Nästa steg

Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer

Betänkande av Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner

Stockholm 2022

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2022:41

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).
Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Elanders Sverige AB
Omslagsbild: Combined AB
Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2022

ISBN 978-91-525-0428-4 (tryck)
ISBN 978-91-525-0429-1 (pdf)
ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet Lena Hallengren

Regeringen beslutade den 22 december 2020 att tillsätta en utredare med uppdrag att föreslå en äldreomsorgslag. Utredaren fick vidare i uppdrag att överväga och lämna förslag på hur den medicinska kompetensen kan stärkas i verksamheten samt, vid behov, på den kommunala ledningsnivån. Målsättningen är att åstadkomma långsiktiga förutsättningar för äldreomsorgen och att tydliggöra äldreomsorgens uppdrag och innehåll samt säkerställa tillgången till god hälso- och sjukvård och medicinsk kompetens inom äldreomsorgen (dir. 2020:142).

Till särskild utredare förordnades generaldirektören Olivia Wigzell. Utredningen har tagit namnet Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner (S 2020:16).

Som sekreterare i utredningen anställdes den 25 januari 2021 rättssakkunniga Katrin Westlund. Som huvudsekreterare i utredningen anställdes den 13 februari 2021 kanslirådet Louise Andersson. Som sekreterare i utredningen anställdes den 1 mars 2021 verksjurist Malin Lundberg. Som sekreterare anställdes fr.o.m. den 20 september 2021 t.o.m. den 31 maj 2022 kanslirådena Brigitta Hultblad och Elisa Baroni. David Eriksson har praktiserat i sekretariatet under våren 2022.

Som sakkunniga till utredningen förordnades den 30 mars 2021 departementssekreteraren Monica Engström, departementssekreteraren Joanna Hägg, kanslirådet Jimmy Järvenpää, departementssekreteraren Unni Mannerheim, kanslirådet Kristoffer Lundberg och kanslirådet Petra Ferngren Zetterberg. Som experter till utredningen förordnades den 30 mars 2021 samordnaren Greger Bengtsson, chefsjuristen Bitte Bråstad, förbundsordföranden Eva Eriksson, utredaren Mari Huupponen, förbundsordföranden Ann-Marie Högberg, vice ordföranden Ann Johansson, samordnaren Lisbeth Löpare Johansson, professorn Ingmar Skoog, professor emeritus Marta Szebehely, ord-

föranden Christina Tallberg, ordföranden Marina Tuutma, utredaren Erik Wessman, utredaren Daniel Zetterberg och tillsynschefen Marie Åberg. Departementssekreterarna Monica Engström och Joanna Hägg entledigades fr.o.m. den 17 september 2021. Den 20 september förordnades kanslirådet Johanna Hedström och rättssakkunniga Marzia Kristensson som sakkunniga. Departementssekreteraren Unni Mannerheim entledigades fr.o.m. den 24 september 2021. Departementssekreteraren Hector Catasus förordnades som sakkunnig fr.o.m. den 27 september 2021 och entledigades fr.o.m. den 1 mars 2022. Samma dag förordnades departementssekreteraren Linnea Englund Davidsson sakkunnig till utredningen.

Utredningen överlämnar härmed betänkandet Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer (SOU 2022:41).

Stockholm i juni 2022

Olivia Wigzell

/Louise Andersson
Elisa Baroni
David Eriksson
Brigitta Hultblad
Malin Lundberg
Katrin Westlund

Innehåll

Sammanfattning **15**

1 Författningsförslag **25**

1.1 Förslag till lag (2024:000) om äldreomsorg 25

1.2 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125) 33

1.3 Förslag till ändring i lagen (1990:1402) om övertagande av vissa sjukhem och sjukvårdsinrättningar 34

1.4 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453) 35

1.5 Förslag till lag om ändring i lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk 42

1.6 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821) 44

1.7 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 45

1.8 Förslag till förordning om ändring i socialtjänstförordningen (2001:937) 53

1.9 Förslag till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdförordningen (2017:80) 59

2 Om uppdraget och dess genomförande **63**

2.1 Utredningsuppdraget 63

2.1.1 En äldreomsorgslag, inklusive bestämmelser om en nationell omsorgsplan 64

2.1.2 God hälso- och sjukvård och medicinsk kompetens inom äldreomsorgen 65

2.2 Tillvägagångssätt ... 66
2.2.1 Ett inkluderande arbetssätt ... 66
2.2.2 Befintliga utredningar, rapporter, registerdata och statistik samt egna kartläggningar ... 70

2.3 Betänkandets innehåll ... 71
2.3.1 Läshänvisning ... 71
2.3.2 Några centrala begrepp i betänkandet ... 72

2.4 Allmänna utgångspunkter för arbetet ... 74
2.4.1 Pandemin satte ljuset på långvariga strukturella utmaningar i vården och omsorgen för äldre personer ... 74
2.4.2 Ett system som kan möta dagens och morgondagen behov och förväntningar ... 75
2.4.3 Vårt uppdrag är en pusselbit av många ... 79
2.4.4 Avgränsningar ... 84

3 Kontext ... 89

3.1 Historik ... 89
3.1.1 Fokus på möjligheten att försörja sig ... 90
3.1.2 Stärkt individperspektiv i det offentliga åtagandet ... 91
3.1.3 Vård och omsorg för äldre ökar i omfattning ... 93
3.1.4 Ädelreformen – En ambition att integrera sociala och medicinska perspektiv ... 94

3.2 Behov och förväntningar på vård och omsorg i samband med åldrande ... 97
3.2.1 Åldrande – en del av livet ... 97
3.2.2 Vård och omsorgsbehov hos äldre personer ... 99

3.3 Strukturella förutsättningar ... 106
3.3.1 Demografi ... 107
3.3.2 Kompetensförsörjning ... 110
3.3.3 Samverkan och samordning ... 114
3.3.4 Forskning, utveckling och utbildning i äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård ... 116
3.3.5 Digitalisering, e-hälsa och välfärdsteknik ... 121

3.3.6 Pandemins påverkan på vård och omsorg för äldre ... 125

3.4 Sverige i en internationell kontext ... 128
3.4.1 FN-systemets arbete med hälsosamt åldrande ... 128
3.4.2 EU-kontexten ... 130
3.4.3 Den nordiska kontexten ... 133

4 Gällande rätt – övergripande ... 135

4.1 Mänskliga rättigheter ... 135
4.1.1 Globala instrument ... 135
4.1.2 Europeiska instrument ... 136

4.2 Fri och rättigheter enligt regeringsformen ... 138

4.3 Förbud mot diskriminering ... 138

4.4 Kommunernas och regionernas uppgifter och organisation ... 139
4.4.1 Regeringsformen ... 139
4.4.2 Kommunallagen ... 140
4.4.3 Privata utförare ... 146

4.5 Samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården ... 147
4.5.1 Övergripande krav på samverkan ... 147
4.5.2 Krav på samverkan och planering för enskilda personer ... 148

5 Äldreomsorg ... 151

5.1 Gällande rätt för socialtjänst ... 151
5.1.1 Socialtjänstens mål ... 151
5.1.2 Socialtjänstens huvudfunktioner ... 152
5.1.3 Ansvar för äldreomsorg ... 153
5.1.4 Kvalitet och uppföljning ... 155
5.1.5 Innehåll i äldreomsorgen ... 159
5.1.6 Särskilda bestämmelser om äldreomsorg i socialtjänstlagen ... 163
5.1.7 Tillsyn över äldreomsorgen ... 167
5.1.8 Angränsande lagstiftning ... 167

5.2 Äldreomsorgen i praktiken ... 169
5.2.1 Handläggning av ärenden ... 169
5.2.2 Lokala riktlinjer och rutiner ... 171
5.2.3 Socialt ansvarig samordnare ... 172
5.2.4 Organisering av arbetet på utförarnivå ... 173
5.2.5 Personal och kompetens i äldreomsorgen ... 175
5.2.6 Personer med äldreomsorg och innehåll i äldreomsorgen ... 180

6 Kommunal hälso- och sjukvård ... 185

6.1 Några begrepp ... 185

6.2 Gällande rätt ... 188
6.2.1 Hälso- och sjukvårdslagstiftning ... 188
6.2.2 Ansvaret för hälso- och sjukvården ... 189
6.2.3 Verksamhetens ledning och styrning ... 193

6.3 Organiseringen av kommunala hälso- och sjukvården ... 196
6.3.1 Valfrihet inom primärvården ... 196
6.3.2 Kommunernas organisering av hälso- och sjukvården ... 196
6.3.3 Regionernas organisering av läkarresurser ... 197

6.4 Patienter och personal i kommunal hälso- och sjukvård ... 198
6.4.1 Patientgrupper och vårdbehov ... 198
6.4.2 Personal och kompetens ... 200

6.5 Tillsyn över hälso- och sjukvård ... 202

7 En äldreomsorgslag ... 203

7.1 Brister och förbättringsområden ... 203
7.1.1 Äldreomsorgens uppdrag och innehåll ... 203
7.1.2 Behovet av en tillgänglig och förebyggande äldreomsorg ... 207
7.1.3 Bristande individanpassning och delaktighet ... 210
7.1.4 Bristande samverkan och samordning ... 216
7.1.5 Bristande kontinuitet påverkar kvalitet, trygghet och säkerhet ... 217
7.1.6 Stöd, avlastning och involvering av anhöriga eller andra närstående ... 221

7.1.7 Behovet av en adekvat bemannad och kompetenssatt äldreomsorg 224
7.1.8 Uppföljning 231

7.2 Det behövs förtydligad lagreglering av äldreomsorgens uppdrag och innehåll 234

7.3 En särskild lag om äldreomsorg 236
7.3.1 Det behövs en särskild lag 236
7.3.2 Lagens tillämpningsområde beskriver vad som utgör äldreomsorg 240
7.3.3 Lagens förhållande till socialtjänstlagen 251
7.3.4 Lagens syfte 257
7.3.5 Äldreomsorgens mål 261
7.3.6 En personcentrerad äldreomsorg med individens behov i centrum 269
7.3.7 Ett personcentrerat perspektiv vid utförandet av insatserna 273
7.3.8 De beviljade insatserna behöver följas upp för att säkerställa att insatserna tillgodoser behoven 281
7.3.9 Delaktighet, inflytande och information 283
7.3.10 En samordnad vård och omsorg 287
7.3.11 Kontinuitet, trygghet och säkerhet 288
7.3.12 Fast omsorgskontakt 292
7.3.13 Uppföljning för kvalitetsutveckling 295
7.3.14 Ledarskap 300
7.3.15 Personal, bemanning och kompetens 307
7.3.16 Stöd till anhöriga och andra närstående 313
7.3.17 Nationella minoriteter och minoritetsspråk 316
7.3.18 En nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen 317

7.4 En modell för en nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen 323
7.4.1 En samskapande process för att utveckla förslagen 323
7.4.2 Förslag på områden som en nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen bör omfatta 324

7.4.3 En tänkbar modell med områden, delmål och bestämmelser för genomförande ... 331

8 Stärkt primärvård i kommuner ... 339

8.1 Kraven på den kommunala hälso- och sjukvården har förändrats ... 339
8.1.1 Vad är kommunens hälso- och sjukvårdsansvar? ... 339
8.1.2 Vårdbehoven och samhället har förändrats ... 343
8.1.3 Demografiska utmaningar framöver ... 345
8.1.4 God och nära vård – en omställning av hälso- och sjukvården som pågår ... 346
8.1.5 Hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser behöver prioriteras ... 348

8.2 Gränsdragning mot specialiserad hälso- och sjukvård i hemmet ... 350

8.3 Brister och förbättringsområden ... 351
8.3.1 Strukturella brister ... 352
8.3.2 Fördjupad problembild av tillgången till rehabilitering och förebyggande insatser ... 354
8.3.3 Fördjupad problembild av tillgången till sjuksköterskor ... 356
8.3.4 Fördjupad problembild av tillgången till läkare ... 359

8.4 Ansvaret för läkarinsatser ... 368
8.4.1 Kommunens möjlighet att utföra läkarinsatser bör inte ändras ... 368

8.5 Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar tydliggörs ... 378
8.5.1 Det kommunala primärvårdsansvaret ... 378
8.5.2 En gemensam plan för primärvården ... 385
8.5.3 Kommunens primärvård ska ges nära patienten ... 390
8.5.4 Vårdbehov i kommunens primärvård ... 393

8.6 Stärkt tillgång till medicinsk kompetens i kommunens primärvård ... 398
8.6.1 Medicinsk bedömning av sjuksköterska dygnet runt ... 398
8.6.2 Individuell vårdplanering ... 404
8.6.3 Fast vårdkontakt i kommuner ... 417

8.7 Stärkt tillgång till läkare 425
8.7.1 Styrning för ökad likvärdighet och tillgänglighet 425
8.7.2 Möjlighet att lista sig hos en vårdgivare med ett särskilt uppdrag 430
8.7.3 Innehållet i det särskilda läkaruppdraget 436
8.7.4 Uppgifter för alla fasta läkarkontakter 440
8.7.5 Medicinsk bedömning av läkare dygnet runt 442

8.8 Stärkt medicinsk kompetens på ledningsnivå 446
8.8.1 Den medicinska kompetensen behöver förstärkas 446
8.8.2 Stärkt medicinsk kompetens inom omvårdnad på vårdgivarnivå 454
8.8.3 Stärkt medicinsk kompetens inom rehabilitering på vårdgivarnivå 461
8.8.4 Stärkt medicinsk kompetens på huvudmannanivå 468
8.8.5 Medicinsk ledningsfunktion i regionen 479

9 Konsekvensanalyser 483

9.1 Utgångspunkter 484
9.1.1 Det behövs investeringar i vård och omsorg för äldre 484
9.1.2 Begränsat underlag för konsekvensanalyser 485
9.1.3 Vad innebär ett noll-alternativ i vårt fall? 485
9.1.4 Förväntad utveckling utifrån demografi 486
9.1.5 Kostnaderna för vård och omsorg för äldre 489
9.1.6 Ytterligare åtgärder behövs 494

9.2 Övergripande samhällsekonomiska konsekvenser av utredningens samlade förslag 495
9.2.1 Att kvantifiera positiva samhällsekonomiska konsekvenser 495
9.2.2 Förväntade positiva samhällsekonomiska konsekvenser 496
9.2.3 Sammanfattande reflektioner 510

9.3 Utgångspunkter för kostnadsberäkningar 511
9.3.1 Beskrivning av målgrupper för konsekvensanalyser 511
9.3.2 Antaganden kring personalkostnader 514

9.4 Konsekvensanalyser gällande förslag om en äldreomsorgslag 515
9.4.1 Övergripande konsekvenser av förslaget om en äldreomsorgslag 515
9.4.2 Konsekvenser för äldre personer samt anhöriga och andra närstående 516
9.4.3 Konsekvenser för personal inom berörda yrkesgrupper 517
9.4.4 Konsekvenser för kommunala självstyret 520
9.4.5 Ekonomiska konsekvenser för kommunerna 528
9.4.6 Ekonomiska konsekvenser för staten 549
9.4.7 Konsekvenser för företag 552
9.4.8 Konsekvenser för EU-rätten och internationella rättsliga åtaganden 554
9.4.9 Övriga konsekvenser 556

9.5 Konsekvensanalyser gällande förslag om stärkt medicinsk kompetens 557
9.5.1 Övergripande konsekvenser av förslag om stärkt medicinsk kompetens 557
9.5.2 Konsekvenser för äldre personer samt anhöriga och andra nästående 559
9.5.3 Kompetensförsörjning 561
9.5.4 Konsekvenser för personal inom berörda yrkesgrupper 565
9.5.5 Konsekvenser för kommunala självstyret 569
9.5.6 Ekonomiska konsekvenser för kommuner 578
9.5.7 Ekonomiska konsekvenser för regioner 586
9.5.8 Ekonomiska konsekvenser för staten 588
9.5.9 Konsekvenser för företag som är vårdgivare 589
9.5.10 Konsekvenser för EU-rätten och internationella rättsliga åtaganden 591
9.5.11 Övriga konsekvenser 592

9.6 Finansiering av utredningens förslag 593
9.6.1 Förslag som aktualiserar finansieringsprincipen och medför nya kostnader 594
9.6.2 Tidsbegränsade satsningar..... 595

10 Ikraftträdande och förutsättningar för genomförande ... 597

10.1 Ikraftträdande 597
10.1.1 Äldreomsorgslagen och en nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen 597
10.1.2 Förslag med anledning av ändringar i hälso- och sjukvårdslagstiftning..... 598

10.2 Förutsättningar för genomförande 599
10.2.1 Behov av stöd för att lagförslagen ska få genomslag..... 599
10.2.2 Ytterligare initiativ för att understödja utvecklingen..... 600

11 Författningskommentar 603

11.1 Förslag till lag (2024:000) om äldreomsorg 603

11.2 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125) 628

11.3 Förslag till ändring i lagen (1990:1402) om övertagande av vissa sjukhem och sjukvårdsinrättningar 629

11.4 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453) 629

11.5 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:812) 635

11.6 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 636

Särskilda yttranden 657

Referenser 663

Bilaga

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2020:142 685

Sammanfattning

Pandemin blottlade strukturella brister i vården och omsorgen till äldre personer. Dessa problem har beskrivits och analyserats under lång tid. Det är nu trettio år sedan Ädelreformen förändrade äldreomsorgen i grunden. I och med lagförslagen i detta betänkande tas nästa steg för att utveckla äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården.

Utredningen har tagit fram förslag till en äldreomsorgslag. Lagen syftar till att stödja en äldreomsorg med likvärdigt god kvalitet och en äldreomsorg som utgår från individens förutsättningar, behov och delaktighet. Lagen kompletterar den bredd av satsningar på äldreomsorgen som sker från statligt håll, bl.a. i form av tillskott av finansiella resurser, satsningar på kompetensförsörjning, kunskapsstöd och vägledning.

Utöver äldreomsorgslagen har utredningen också tagit fram förslag på hur hälso- och sjukvårdslagstiftningen kan förstärkas så att kvalitet och tillgänglighet förbättras för personer som får kommunal hälso- och sjukvård, däribland personer som har stöd och hjälp från äldreomsorgen.

Utredningens förslag tar avstamp i strukturella problem och utmaningar för vården och omsorgen till äldre personer. Förslagen avser också tillvarata de möjligheter som finns i att utveckla såväl äldreomsorg som kommunal och regional primärvård, och inte minst det hälsofrämjande, förebyggande och personcentrerade förhållningssättet.

Om uppdraget och dess genomförande

Utredningen fick ett tydligt uppdrag att ta fram förslag på en äldreomsorgslag. Äldreomsorgslagen ska enligt direktiven komplettera socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL. Dvs. äldreomsorgen ska även fortsättningsvis utgöra en del av kommunernas socialtjänst. Direktiven anger att det bör vara tydligt vilka mål, krav och förväntningar som omger äldreomsorgens uppdrag. I direktiven fastslås vidare att det i lagen ska finnas bestämmelser om en ordning för en så kallad nationell omsorgsplan, som långsiktigt kan bidra till en förbättrad äldreomsorg.

Utredningen ska enligt direktiven även lämna förslag för att säkerställa tillgången till god hälso- och sjukvård för personer i särskilt boende och för personer med kommunal hemsjukvård. I uppdraget ingår också att överväga behovet av stärkt medicinsk kompetens på ledningsnivå, inklusive införandet av olika funktioner för att stödja detta, som t.ex. medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

I utvecklingen av våra förslag har utredningens ambition varit att arbetet ska genomföras med ett inkluderande arbetssätt och ett brett dialogarbete. Utredningen har eftersträvat att inrymma perspektiven från de som berörs av förslagen, däribland personer som har insatser från äldreomsorg, anhöriga och andra närstående, personal och chefer. I den andan har vi löpande i våra dialoger informerat om den preliminära inriktningen på våra slutsatser och förslag. Dialogerna har på så sätt gett möjlighet till värdefulla inspel från olika berörda aktörer i ett skede där vi haft utrymme att vidareutveckla och justera våra förslag.

Bakgrund och kontext

Förändrade behov och förutsättningar

Både den samhälleliga och den medicintekniska utvecklingen har lett till stora förändringar i vård- och omsorgslandskapet under de senaste årtiondena.

Det gäller t.ex. demografiska förändringar, men även människors behov och förväntningar på att – utifrån egna förutsättningar och önskemål – få vara delaktiga och medskapande i sin egen vård och omsorg. Det gäller även en utveckling av vården, där alltmer specialiserad

hälso- och sjukvård kan ske utanför sjukhusen, även i hemmet, och ibland via digitala tjänster.

Vård och omsorgsbehoven för personer med insatser från äldreomsorg och kommunal primärvård är i dag omfattande och ställer höga krav på kompetens, god kontinuitet och samordning.

Samtidigt hanterar äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården sedan länge strukturella utmaningar: Det handlar bl.a. om utmaningar kopplade till arbetsmiljö, bemanning och kompetens, inklusive kring sjukdomsförebyggande och rehabiliterande insatser. Den förändrade kontexten kräver en förändring också i våra arbetssätt.

Behovet av en grund för ett långsiktigt utvecklingsarbete

För att vi ska få en väl fungerande äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård av god kvalitet krävs ett långsiktigt och uthålligt utvecklings- och förbättringsarbetet inom en rad olika områden. Mycket sådant arbete är redan initierat eller pågående, bl.a. till följd av erfarenheter utifrån coronapandemin och utifrån omställningen mot god och nära vård.

Vårt uppdrag är specifikt inriktat på att ta fram författningsförslag för att tydliggöra och om nödvändigt skärpa vissa delar av regelverken för vård och omsorg för äldre. Det är en grundläggande del i arbetet med att åstadkomma långsiktigt hållbara förutsättningar för äldreomsorgen och säkerställa tillgången till god hälso- och sjukvård och medicinsk kompetens inom den kommunala hälso- och sjukvården.

En äldreomsorgslag och en nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen

En särskild äldreomsorgslag

Det saknas i dag tydlighet om vilka grundläggande krav som äldreomsorgen ska utgå från. För att förtydliga äldreomsorgens uppdrag och innehåll samt skapa förutsättningar för en nationellt mer likvärdigt god kvalitet föreslår vi att det ska införas en särskild lag om äldreomsorg som ska komplettera socialtjänstlagen.

En särskild lag bidrar till att kommunernas ansvar synliggörs och tydliggörs och kan skapa ett ramverk för styrning och uppföljning samt tillsyn. Tydligheten gör att det kan vara lättare att förutse vilka förväntningar och krav man kan ställa på äldreomsorgen. För personalen kan tydligheten ge ett stöd i kvalitets- och utvecklingsarbetet. En lag ger också en långsiktighet i styrning, något som är viktigt eftersom många brister är strukturella.

Innehållet i äldreomsorgslagen

Vårt förslag till äldreomsorgslag kompletterar socialtjänstlagen, och anger vad som särskilt gäller för äldreomsorgen. Övergripande bestämmelser i socialtjänstlagen ska även fortsatt gälla för äldreomsorgen. T.ex. ska en ansökan om bistånd även fortsatt utredas, dokumenteras och prövas enligt SoL och gällande myndighetsföreskrifter för socialtjänsten.

Personer som får äldreomsorg ska kunna vara delaktiga och få sina behov av insatser inom äldreomsorgen tillgodosedda med god kvalitet på ett samordnat, tryggt och säkert sätt samt få stöd och hjälp för att få tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver.

Vi förslår mål i lagen, särskilt utformade för äldreomsorgen och dess målgrupper. Vi föreslår att äldreomsorgen ska ha ett förebyggande perspektiv och inriktas på att vara hälsofrämjande och stödja funktionsförmåga. Äldreomsorgen ska också vara tillgänglig.

Förslaget till äldreomsorgslag innehåller utöver detta bestämmelser om förbättringar gällande samordning, delaktighet, individanpassning, information, kontinuitet, trygghet och säkerhet samt kompetens och ledarskap. Lagen innebär även förbättringar för anhöriga och andra närstående samt krav på att även personer på särskilt boende ska kunna få fast omsorgskontakt. Befintliga bestämmelser om nationella minoriteter, minoritetsspråk och äldreomsorg flyttas till äldreomsorgslagen. Lagen reglerar också hur uppföljningen ska ske, både på individnivå och på kommunens nivå, dvs. huvudmannanivå.

Lagen är övergripande. Den ska kunna förstås och läsas av alla. Lagen riktar sig särskilt till kommunerna som ansvariga för finansiering och tillhandhållande av äldreomsorg. Lagen gäller i vissa delar även den som genom avtal utför kommunens uppgifter inom äldreomsorgen. Lagens övergripande bestämmelser ger kommunerna

utrymme att utifrån en lokal kontext utforma verksamheten så att de når lagens mål. Lagens utformning ger även utrymme för tillitsbaserad styrning med utgångspunkt i medarbetarnas kompetens, professionella omdöme samt för att tillvarata innovation- och utvecklingskraft i verksamheten.

En nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen

Till lagen förslår vi att en förordning om en nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen (NOK) kopplas.[1] Den ska ses som ett stöd och en styrning för kommun och verksamheter, i syfte att utveckla kvaliteten och uppnå ökad likvärdighet.

Utredningen har tagit fram förslag på en struktur för NOK och vilka områden den bör omfatta. För att säkerställa att förslagen är grundade i de behov och de värden som identifieras av personer som själva får stöd och hjälp från äldreomsorgen och av dem som jobbar i och med berörda verksamheter, har förslagen utvecklats med hjälp av representanter för berörda grupper.

Vårt förslag utgör en grund för vidare arbete med att utveckla förordningen. Vår utredning har dock inte uppdrag att ta fram förordningen i sin helhet. Regeringen avser i nästa steg att ge ett sådant uppdrag till en myndighet. Vi bedömer att den myndighet som får i uppdrag att ta fram en NOK, även bör få i uppdrag att föreslå en ordning för hur den ska följas upp och förvaltas.

Nästa steg mot en stärkt äldreomsorg

Våra förslag skapar sammantaget förutsättningar för att äldre personer och deras anhöriga och andra närstående ska kunna vara mer delaktiga och utöva självbestämmande i äldreomsorgen. Ett förebyggande och personcentrerat perspektiv i äldreomsorgen bidrar till bättre förutsättningar för bästa möjliga hälsa och självständighet. Informerad – om äldreomsorgens uppdrag och innehåll i stort, och även om sitt eget ärende – kan man känna en större trygghet i och med att det finns en förutsebarhet.

[1] Motsvarande det som i våra direktiv kalles för ”en nationell omsorgsplan”.

Stärkt primärvård i kommunerna

Utredningen lämnar även flera förslag på lagstiftning som syftar till att stärka hälso- och sjukvården i kommunerna. De ska säkra likvärdig tillgång till hälso- och sjukvård för patienter med kommunal primärvård. Förslagen bygger vidare på den omställning som sker mot god och nära vård, där kommuner och regioner, i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvård, samverkar. Vi lämnar ett antal förslag som syftar till att tydliggöra huvudmännens respektive uppdrag och därigenom även stärka grunderna för deras samverkan kring det gemensamma ansvaret för primärvård (se vidare under rubrikerna verksamhetsnivå och ledningsnivå nedan).

Vi föreslår dessutom att det i hälso- och sjukvårdslagen ska framgå att kommunen ansvarar för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå. Detta förtydligas genom att uttrycket ”hälso- och sjukvård” i tillämpliga fall ersätts med ”primärvård”. Regionen och kommunerna ska även i en gemensam plan ange formerna för och utvecklingen av primärvården, vilken utgör ett gemensamt ansvar för bägge huvudmännen. Syftet är dels att säkerställa en övergripande och långsiktig planering av primärvården, dels att klargöra vilken huvudman som ska ansvara för vad inom primärvården.

Verksamhetsnivå

För att förstärka tillgången till medicinsk kompetens föreslår utredningen förtydliganden både kring regionens och kommunens ansvar. Regionens ansvar för att tillhandahålla läkare förtydligas. Det ska vara möjligt att vid behov få en medicinsk bedömning av läkare dygnet runt. På motsvarande sätt tydliggörs kommunens ansvar att säkerställa att det är möjligt att vid behov få en medicinsk bedömning av sjuksköterska dygnet runt i kommunens primärvård

För att säkerställa relationskontinuiteten behöver den enskilde patienten få träffa samma läkare. Resurserna behöver också användas mer effektivt för att klara framtida utmaningar. Vi föreslår därför att patienter i anslutning till att de skrivs in i kommunens primärvård[2]

[2] Med inskriven i kommunens primärvård avses personer som bor i särskilda boenden som avses i 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen och personer som har primärvård i ordinärt boende enligt 12 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen.

ska kunna lista sig hos en vårdgivare med särskilt uppdrag att ha fast läkarkontakt tillgänglig för både planerade och oplanerade besök.

En fast vårdkontakt i kommunen ska utses när man skrivs in i den kommunala primärvården, för att planera och samordna vården. Genom tydligare reglering av såväl fast läkarkontakt som fast vårdkontakt för patienter med kommunal primärvård understryks behovet av relationskontinuitet för dessa personer.

Vi lämnar även förslag i syfte att stärka informationskontinuiteten. Detta görs genom förtydliganden av bestämmelser gällande individuell plan, både vad gäller innehåll och för vilka en sådan ska upprättas.

Ledningsnivå

I dagens kontext behövs en ökad tydlighet kring huvudmannens respektive vårdgivarens ansvar och stärkt hälso- och sjukvårdskompetens på båda dessa ledningsnivåer i den kommunala hälso- och sjukvården. Nuvarande reglering behöver därför ersättas med en reglerad ledningsstruktur som kan bidra till att säkerställa nödvändig hälso- och sjukvårdskompetens.

För att säkerställa att det finns hälso- och sjukvårdskompetens på ledningsnivå i kommunen införs krav på en ny funktion. I kommunen ska det finnas en ledningsansvarig för kommunens primärvård, som säkerställer kommunens, dvs. huvudmannens, ansvar för en god och säker vård.

Det finns också behov av en tydlig samverkanspart till kommunerna i samtliga regioner, som kan säkerställa regionens huvudmannaansvar för läkarinsatser på primärvårdsnivå och hälso- och sjukvårdsinsatser inom specialiserad vård till berörda patienter. I regionen ska det därför, på huvudmannanivå, finnas en ledningsansvarig för planering och samordning av hälso- och sjukvårdsinsatser i kommunens primärvård. Dessa båda funktioner kan både planera och följa upp primärvården, gemensamt och var och en för sig. De får centrala roller i arbetet med den gemensamma planen för primärvården.

Även vårdgivare, genom verksamhetschefen, behöver säkerställa att rätt kompetens finns för att fullt ut kunna ta sitt ansvar för att den hälso- och sjukvård som bedrivs i verksamheten är god och säker. I lagen införs därför krav på två nya funktioner, kvalitets-

ansvarig för omvårdnad samt kvalitetsansvarig för rehabilitering. Dessa ska tillsättas om inte verksamhetschefen besitter nödvändig kompetens inom dessa områden.

Utredningen föreslår således nya funktioner för att stötta både huvudman och vårdgivare i efterlevnaden av det lagstadgade ansvaret. Dessa nya funktioner ersätter den funktion, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), som inrättades i och med Ädelreformen, när vård- och omsorgsbehov samt hälso- och sjukvårdslagstiftningen var annorlunda.

Genomförande

För att lagstiftningen ska få genomslag behöver berörda målgrupper få kunskap om innehållet i den. Lagstiftningen behöver därför kompletteras med stöd- och informationsinsatser. En annan viktig del för genomförandet är en regelbunden uppföljning av kvaliteten i vård och omsorg till äldre.

För att regleringen fullt ut ska få genomslag behövs även en effektiv statlig tillsyn. Vårt förslag anger mer tydligt än dagens lagstiftning vad som gäller för äldre personers tillgång till en vård och omsorg av god kvalitet, vilket kan ge tillsynsmyndigheten bättre förutsättningar för tillsyn.

Hur märks förändringarna i lagstiftningen för den enskilde?

Den förändrade lagstiftningen ska märkas för den enskilde på flera sätt.

För det första ska det stöd och den hjälp som den enskilde får i större utsträckning vara anpassat efter de unika förutsättningar och behov som finns samt efter egna önskemål. Den enskilde ska ges möjlighet att vara delaktig.

För den andra ska vård och omsorg ges med större kontinuitet, upplevelsen av trygghet kan därmed öka. Det ska finnas ett större utrymme att anpassa stödet eftersom kontinuitet ger ökad kännedom om behov och situation.

För det tredje ska ansvaret för och arbetet med att koordinera och samordna vård och omsorg tydligt ligga på socialtjänst och hälso- och

sjukvård. Den enskilde och dess anhöriga och andra närstående ska alltså i minskad utsträckning behöva åta sig denna uppgift.

För det fjärde ska den enskilde kunna få tillgång till god och säker hälso- och sjukvård, som kan ges i ens eget hem, när så är lämpligt, och utifrån de olika vårdbehov som den enskilde har.

Anhörigas och andra närståendes behov ska uppmärksammas och de ska också kunna få stöd i tid, så att ork, engagemang och omtanke, utifrån egen vilja och kapacitet, kan bli mer uthålligt.

Förhoppningen är också att den enskilde ska få stöd till hälsa och funktionsförmåga, dvs. stöd för att klara sin egen vardag och för att både återvinna förmågor och bibehålla förmågor intakta, så lång tid som möjligt.

Avslutande reflektioner

Utredningen har mött en stor samsyn om vikten av att ytterligare utveckla äldreomsorgen. Det har funnits många förslag och idéer och utredningen har bedömt vilka som kan bli föremål för reglering i författning. Utgångspunkten har, i enlighet med direktiven, varit en äldreomsorgslag som förtydligar uppdraget samtidigt som lagen ger kommunerna möjlighet till lokala anpassningar av verksamheten. Utgångspunkten för hälso- och sjukvårdslagstiftningen har varit att förstärka tillgången till vård, eftersom nuvarande lagstiftning inte är tillräcklig för att tillförsäkra vård efter behov och god och säker vård till de patienter som får kommunal primärvård. De förslag utredningen lägger fram utgör ett samlat paket där de olika delarna hänger ihop och förstärker varandra.

Utredningen har i enlighet med direktiven avgränsat arbetet till författningsförslag, men ser att detta är ett styrmedel bland flera. Lagstiftningen och tillsynen kopplad till lag är grundläggande för rättssäkerhet, likvärdighet och långsiktighet. Utredningen har mött ett heltäckande spektrum i synen på författningsreglering. I ena änden finns önskemål om en mycket detaljerad lagstiftning. Motivet är ofta att minska variationer i kvalitet och åtgärda brister. I andra änden finns önskemål om att inte förändra lagstiftningen och att inte reglera äldreomsorgen i särskild ordning och ej heller tillgången till hälso- och sjukvård. Motiven till detta är att utvecklingen av vård

och omsorg till äldre personer sker bättre utan någon ytterligare lagstiftning.

Hur man ser på behov av tydligare lagstiftning hänger också ihop med hur allvarligt de stora variationer i tillgång och kvalitet, som finns mellan kommunerna, ska ses.

Vi bedömer att kvarvarande strukturella brister och stora variationer i kvalitet visar på behovet av ett tydligare gemensamt ramverk för styrning och uppföljning av vård och omsorg för äldre personer och att gällande författningsreglering behöver förtydligas.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag (2024:000) om äldreomsorg

Härigenom föreskrivs följande.

Tillämpningsområde och innehåll

1 § Denna lag gäller i socialnämndens verksamhet som avser stöd och hjälp i den dagliga livsföringen på grund av nedsatt funktionsförmåga som förvärvats eller kvarstår i samband med åldrande för personer som fyllt 65 år (äldreomsorg).

Lagen gäller även personer som inte fyllt 65 år, när insatser inom äldreomsorgen är ändamålsenligt med hänsyn till personens behov av stöd och hjälp.

Lagen innehåller även bestämmelser om socialnämndens ansvar för stöd och information till anhöriga och andra närstående till personer som omfattas av denna lag.

Lagens 1–3, 5, 14–16, 18, 20–22 och 28 §§ gäller även i enskild verksamhet som, i enlighet med 2 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453), utför kommunens uppgifter inom äldreomsorgen.

Förhållandet till socialtjänstlagen

2 § Lagen gäller utöver bestämmelserna i socialtjänstlagen (2001:453) och innebär ingen inskränkning av rättigheter som en person kan ha enligt någon annan lag.

Syfte

3 § Syftet med lagen är att personer som omfattas av denna lag ska kunna vara delaktiga och få sina behov av insatser inom äldreomsorgen tillgodosedda med god kvalitet på ett samordnat, tryggt och säkert sätt samt få stöd och hjälp för att få tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver.

Mål för äldreomsorgen

4 § Bestämmelser om mål för socialtjänsten finns i 1 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453). Bestämmelsen anger att samhällets socialtjänst på demokratins och solidaritetens grund ska främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor samt aktiva deltagande i samhällslivet. Vidare ska socialtjänsten under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och gruppers egna resurser. Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.

5 § Äldreomsorgen ska, utöver de mål som anges i 1 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), ha ett förebyggande perspektiv och inriktas på att vara hälsofrämjande och stödja personers funktionsförmåga samt vara tillgänglig.

Äldreomsorgen ska vidare inriktas på att personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund).

Socialnämnden ska verka för att personer får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra.

Övergripande uppgifter

6 § Socialnämnden ska göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för äldre personer samt i sin uppsökande verksamhet upplysa om socialtjänstens verksamhet på detta område.

Kommunen ska planera sina insatser för äldre personer. I planeringen ska kommunen samverka med regionen samt andra samhällsorgan och organisationer.

Samverkan och samordning

7 § Bestämmelser om att socialnämndens insatser för en person vid behov ska utformas och genomföras i samverkan med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar finns i 3 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453).

Boende

8 § Socialnämnden ska verka för att personer som omfattas av 1 § första stycket denna lag får goda bostäder och ska ge dem som behöver det stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service.

Kommunen ska inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för personer som behöver särskilt stöd och omfattas av 1 § första stycket i lagen.

Kommunen får även inrätta särskilda boendeformer för personer som omfattas av 1 § första stycket i lagen som främst behöver stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service och som därutöver har behov av att bryta oönskad isolering.

Insatser

9 § Bestämmelser om att socialnämnden genom hemtjänst, dagverksamheter eller annan liknande social tjänst bör underlätta för den enskilde att bo hemma och att ha kontakt med andra finns i 3 kap. 6 § första stycket socialtjänstlagen (2001:453).

10 § Bestämmelser om rätt till bistånd till den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt finns i 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

Bestämmelser om att socialnämnden får ge bistånd utöver vad som följer av 4 kap. 1 § socialtjänstlagen om det finns skäl för det finns i 4 kap. 2 § socialtjänstlagen.

Bestämmelser om att socialnämnden utan föregående behovsprövning får erbjuda hemtjänst till äldre personer under vissa förutsättningar finns i 4 kap. 2 a § socialtjänstlagen.

11 § De insatser en person beviljas som stöd och hjälp i den dagliga livsföringen ska vara utformade och genomföras på ett sätt som tillgodoser personens individuella behov och utgår från personens förutsättningar.

Första stycket gäller dock inte insatser som erbjuds personer utan föregående behovsprövning enligt 4 kap. 2 a § socialtjänstlagen (2001:453).

12 § För den som har beviljats eller beviljas bistånd i form av boende i en sådan särskild boendeform som avses i 8 §, ska det ingå i en skälig levnadsnivå enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453) att kunna sammanbo med make eller sambo. Detta gäller under förutsättning att paret varaktigt har sammanbott eller, om den ena parten redan bor i ett sådant boende, att paret dessförinnan varaktigt har sammanbott.

Första stycket gäller oavsett om maken eller sambon har behov av boende i särskild boendeform.

Delaktighet, självbestämmande och information

13 § Bestämmelser om att insatser för en person ska utformas och genomföras tillsammans med denne finns i 3 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453).

14 § En person ska, så långt det är möjligt, kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges.

15 § En person ska få den information som behövs för att kunna vara delaktig och ha inflytande i sitt ärende och de insatser som lämnas.

Informationen ska beskriva

1. handläggningsprocessen,
2. planering,
3. utförare av beviljade insatser,
4. uppföljning, och
5. fast omsorgskontakt.

Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den läm-

nade informationen. Informationen ska lämnas skriftligen i den utsträckning som behövs.

Om informationen inte kan lämnas till eller förstås av personen ska den i stället, såvitt möjligt, lämnas till en anhörig eller annan närstående till honom eller henne.

Kontinuitet, trygghet och säkerhet

16 § Personers behov av kontinuitet, trygghet och säkerhet ska beaktas vid planering och organisering av verksamheten.

Individuell planering

17 § Bestämmelser om individuell plan finns i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453) och 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

En sådan plan ska upprättas då en person flyttar in i ett sådant boende som avses i 8 § andra stycket denna lag, om den enskilde samtycker till det och det inte är uppenbart obehövligt.

18 § En genomförandeplan över när och hur insatser som har beviljats en person efter en prövning enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453) ska genomföras ska upprättas, om det inte är uppenbart obehövligt. Planen ska ha utgångspunkt i personens individuella behov och förutsättningar

Planen ska följas upp och fortlöpande hållas aktuell.

Planen ska upprättas, följas upp och fortlöpande hållas aktuell tillsammans med personen den gäller, så långt det är möjligt. Anhöriga eller andra närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och personen som den gäller inte motsätter sig det.

Personer som vårdar en närstående

19 § Socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar eller stödjer en närstående som omfattas av 1 § första stycket denna lag.

Socialnämnden ska i sin uppsökande verksamhet informera om stöd till anhöriga och andra närstående.

Ledarskap

20 § Chefer, som är den närmaste chefen för den operativa verksamheten i verksamhet som utför insatser inom äldreomsorgen, ska ges de förutsättningar som behövs för att de ska kunna utöva ett aktivt och närvarande ledarskap.

Personal

21 § I verksamhet som utför insatser inom äldreomsorgen ska det finnas den personal som behövs för att insatserna ska kunna utföras i enlighet med de mål och krav som gäller för verksamheten enligt denna lag och socialtjänstlagen (2001:453).

Fast omsorgskontakt

22 § Den som har hemtjänst med stöd av 4 kap. 1 eller 2 a § socialtjänstlagen (2001:453), eller bor i en sådan boendeform som avses i 8 § andra stycket denna lag, ska erbjudas en fast omsorgskontakt, om det inte är uppenbart obehövligt.

Den fasta omsorgskontakten ska tillgodose den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, individanpassad omsorg och samordning i boendet eller när hemtjänstinsatsen verkställs.

Uppföljning

23 § Socialnämnden ska följa upp om de insatser som beviljats en person enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453) tillgodoser personens behov. Uppföljningen ska även ske med utgångspunkt i insatsernas kvalitet enligt 3 kap. 3 § socialtjänstlagen.

24 § Socialnämnden ska senast den 1 mars varje år upprätta en kvalitetsberättelse för äldreomsorgen.

En kvalitetsberättelse ska innehålla en redogörelse för

1. hur arbetet med att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten inom äldreomsorgen har bedrivits,
2. vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra äldreomsorgens kvalitet, och
3. vilka resultat som uppnåtts.

Socialnämnden ska ta del av kvalitetsberättelsen tillsammans med de patientsäkerhetsberättelser som ska upprättas enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659) som avser hälso- och sjukvård inom nämndens ansvarsområde.

Kvalitetsberättelsen och patientsäkerhetsberättelserna ska utgöra underlag för nämndens arbete med att utveckla och säkra äldreomsorgens kvalitet.

Nationella minoriteter

25 § Kommunen ska verka för att det finns tillgång till personal med kunskaper i finska, jiddisch, meänkieli, romani chib eller samiska där detta behövs i äldreomsorgens omvårdnad.

En kommun som ingår i ett förvaltningsområde ska erbjuda den som begär det möjlighet att få hela eller en väsentlig del av den service och omvårdnad som erbjuds inom ramen för äldreomsorgen av personal som behärskar finska, meänkieli respektive samiska.

En kommun som inte ingår i något förvaltningsområde ska erbjuda den som begär det möjlighet att få hela eller en väsentlig del av den service och omvårdnad som erbjuds inom ramen för äldreomsorgen av personal som behärskar finska, jiddisch, meänkieli, romani chib eller samiska, om kommunen har tillgång till personal med sådana språkkunskaper. Detsamma gäller för en kommun som ingår i ett förvaltningsområde för ett visst språk vad gäller övriga språk.

26 § Kommunen ska inom ramen för sådan omsorg som erbjuds enligt 25 § beakta personers behov av att upprätthålla sin kulturella identitet.

27 § Kommunen ska informera den som ansöker om bistånd inom ramen för äldreomsorgen om möjligheterna till sådan service och omvårdnad som anges i 25 §.

Nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen

28 § En nationell ordning för kvalitetsutveckling ska gälla för äldreomsorgen. Den ska närmare ange äldreomsorgens uppdrag och innehåll samt de mål och bestämmelser för genomförande som ska gälla för äldreomsorgen. Ordningen för kvalitetsutveckling ska utformas utifrån bestämmelserna i socialtjänstlagen (2001:453) och denna lag.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela närmare föreskrifter om innehållet i den nationella ordningen för kvalitetsutveckling.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2024 och i fråga om 28 § den dag regeringen bestämmer.

1.2 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

Härigenom föreskrivs att 8 a § tandvårdslagen (1985:125) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
8 a §	
Vid tillämpningen av 8 § ska regionen särskilt se till att uppsökande verksamhet bedrivs bland dem som	
1. omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, eller	
2. har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som	
a) omfattas av en kommuns ansvar för *hälso- och sjukvård* enligt 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30),	a) omfattas av en kommuns ansvar för *primärvård* enligt 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30),
b) får *hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård)*, eller	b) får *primärvård i ordinärt boende*, eller
c) är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård eller omsorg som personer som omfattas av 2 a eller 2 b ovan.	
Regionen ska också se till att nödvändig tandvård erbjuds patienter som avses i första stycket.	
Regionen ska vidare se till att tandvård kan erbjudas	
1. dem som har behov av särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid, och	
2. dem som har stora behov av tandvård på grund av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.	

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2024.

1.3 Förslag till ändring i lagen (1990:1402) om övertagande av vissa sjukhem och sjukvårdsinrättningar

Härigenom föreskrivs att 3 § lagen (1990:1402) om övertagande av vissa sjukhem och sjukvårdsinrättningar ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
3 §	
Sjukhem och andra vårdinrättningar, som övertagits av kommunerna med stöd av denna lag, skall anses som sådana boendeformer som anges i *5 kap. 5 § andra stycket socialtjänstlagen (2001:453)*.	Sjukhem och andra vårdinrättningar, som övertagits av kommunerna med stöd av denna lag, skall anses som sådana boendeformer som anges i *8 § andra stycket äldreomsorgslagen (2024:000)*.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2024.

1.4 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

Härigenom föreskrivs att i fråga om socialtjänstlagen (2001:453)

dels att 5 kap. 4–6 §§ ska upphöra att gälla,

dels att 2 kap. 7 §, 2 a kap. 4 §, 4 kap. 2 a och 2 b §§, 5 kap. 10 §, 7 kap. 1 §, 8 kap. 2 § och 11 kap. 8 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
2 kap.	
7 §	
När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om kommunen eller regionen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.	När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om kommunen eller regionen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål *och planen ska följas upp löpande*.
Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.	
Av planen ska det framgå	Av planen ska det framgå
1. vilka insatser som behövs,	1. vilka insatser, *inklusive förebyggande och rehabiliterande insatser,* som behövs,
	2. vilka insatser respektive huvudman ska svara för,
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller regionen, *och*	3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller regionen,

4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.	4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen, *och*
	5. vad målet med insatserna är utifrån den enskildes perspektiv.

2 a kap.

4 §

En kommun behåller ansvaret för stöd och hjälp åt en enskild som till följd av ett beslut av kommunen vistas i en annan kommun i

1. familjehem enligt 6 kap. denna lag eller 9 § 8 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,
2. hem för vård eller boende eller i stödboende enligt 6 kap.,

3. särskild boendeform för äldre människor enligt *5 kap. 5 § andra eller tredje stycket* eller 7 kap. 1 § första stycket 2,	3. särskild boendeform för äldre människor enligt *8 § andra eller tredje stycket äldreomsorgslagen (2024:000)* eller 7 kap. 1 § första stycket 2,

4. bostad med särskild service enligt 5 kap. 7 § tredje stycket eller 7 kap. 1 § första stycket 2,
5. bostad med särskild service eller annan särskilt anpassad bostad enligt 9 § 8 eller 9 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, eller
6. annat boende, om det inte är klarlagt vilken kommun som är den enskildes bosättningskommun.

4 kap.

2 a §

Socialnämnden får utan föregående behovsprövning erbjuda hemtjänst till äldre personer.

Ett sådant erbjudande förutsätter att den äldre personen har informerats om:

1. i vilken utsträckning och på vilket sätt han eller hon kan påverka utförandet av insatserna,
2. på vilket sätt kommunen följer upp insatserna, och
3. rätten att alltid kunna ansöka om bistånd enligt 1 §.

Kommunen ska följa upp insatserna med utgångspunkt i kommunens riktlinjer, insatsernas	Kommunen ska följa upp insatserna med utgångspunkt i kommunens riktlinjer, insatsernas

kvalitet enligt 3 kap. 3 § *denna lag* och värdegrunden i *5 kap. 4 §*.	kvalitet enligt 3 kap. 3 § *denna lag* och värdegrunden i *5 § andra stycket äldreomsorgslagen (2024:000)*.
	2 b §
	Den som har hemtjänst med stöd av 1 eller 2 a § ska erbjudas en fast omsorgskontakt, om det inte bedöms vara uppenbart obehövligt.
	Den fasta omsorgskontakten ska tillgodose den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, individanpassad omsorg och samordning när hemtjänstinsatsen verkställs.
	Första stycket gäller inte den som omfattas av äldreomsorgslagen (2024:00). I den lagen finns bestämmelser om fast omsorgskontakt i äldreomsorg.
	5 kap.
	4 §
Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund).	
Socialnämnden ska verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra.	
	5 §
Socialnämnden ska verka för att äldre människor får goda bostäder och ska därutöver ge dem som behöver det stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service.	

Kommunen ska inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd.

Kommunen får även inrätta särskilda boendeformer för äldre människor som främst behöver stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service och som därutöver har behov av att bryta oönskad isolering.

Den äldre personen ska, så långt det är möjligt, kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges.

6 §

Socialnämnden ska göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för äldre människor samt i sin uppsökande verksamhet upplysa om socialtjänstens verksamhet på detta område.

Kommunen ska planera sina insatser för äldre. I planeringen ska kommunen samverka med regionen samt andra samhällsorgan och organisationer.

Kommunen ska verka för att det finns tillgång till personal med kunskaper i finska, jiddisch, meänkieli, romani chib eller samiska där detta behövs i omvårdnaden om äldre människor.

10 §

Socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som *vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående* som har *funktionshinder*.	Socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar *eller stödjer en närstående som är långvarigt sjuk eller* som har *funktionsnedsättning.*

7 kap.

1 §

Ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ får inte utan tillstånd av Inspektionen för vård och omsorg yrkesmässigt bedriva

1. verksamhet i form av stödboende eller hem för vård eller boende enligt 6 kap.,

2. verksamhet i form av boenden som motsvarar dem som avses i *5 kap. 5 § andra och tredje styckena eller 5 kap. 7 § tredje stycket,*	2. verksamhet i form av boenden som motsvarar dem som avses i *5 kap. 7 § tredje stycket denna lag eller 8 § andra och tredje styckena äldreomsorgslagen (2024:000)*,

3. verksamhet i form av hem för viss annan heldygnsvård,

4. verksamhet i form av hem eller öppen verksamhet för vård under en begränsad del av dygnet, oavsett var verksamheten bedrivs,

5. verksamhet som har till uppgift att till socialnämnden föreslå familjehem och jourhem till barn samt som lämnar stöd och handledning till sådana hem som tar emot barn, eller

6. hemtjänst.

Kommun och region som driver verksamhet som avses i första stycket 1–4 och 6 ska anmäla denna verksamhet till Inspektionen för vård och omsorg innan verksamheten påbörjas.

8 kap.

2 §

Kommunen får enligt grunder som kommunen bestämmer ta ut skäliga avgifter som inte överstiger kommunens självkostnader i följande fall:

1. familjerådgivning,

2. verksamhet för barn och unga enligt 5 kap. 1 § som inte är stöd- och hjälpinsatser av behandlingskaraktär,

3. föräldrautbildning inför adoption,

4. hemtjänst,

5. dagverksamhet,

6. bostad i sådant särskilt boende som avses i *5 kap. 5 § andra och tredje styckena eller 7 § tredje stycket* och som inte omfattas av 12 kap. jordabalken, och

6. bostad i sådant särskilt boende som avses i *5 kap 7 § tredje stycket denna lag eller 8 § andra och tredje styckena äldreomsorgslagen (2024:000)* och som inte omfattas av 12 kap. jordabalken, och

7. annan liknande social tjänst.

I fråga om avgifter för hemtjänst, dagverksamhet och bostad i särskilt boende finns ytterligare bestämmelser i 3–9 §§.

11 kap.

8 §

I ärenden hos socialnämnden som avser myndighetsutövning mot någon enskild tillämpas följande bestämmelser i förvaltningslagen (2017:900):

– 10 § om partsinsyn,

– 11 och 12 §§ om åtgärder om handläggningen försenas,

– 23 § om utredningsansvaret,

– 24 § om när man får lämna uppgifter muntligt,

– 25 § om kommunikation,

– 31 § om dokumentation av beslut,

– 32 § om motivering av beslut,

– 33 och 34 §§ om underrättelse om innehållet i beslut och hur ett överklagande går till, och

– 36 § om rättelse av skrivfel och liknande.

Bestämmelserna i 10 och 25 §§ tillämpas dock inte i fråga om uppgifter som rör någon annan sökande i ett ärende om ett sådant boende som avses i *5 kap. 5 § andra och tredje styckena eller 7 § tredje stycket* eller om någon annan liknande social tjänst.

Bestämmelserna i 10 och 25 §§ förvaltningslagen tillämpas dock inte i fråga om uppgifter som rör någon annan sökande i ett ärende om ett sådant boende som avses i *5 kap. 7 § tredje stycket denna lag eller 8 § andra och tredje styckena äldreomsorgslagen (2024:000)* eller

om någon annan liknande social tjänst.

Vad som sägs i första stycket gäller också när det är fråga om en ansökan eller ett yttrande till en annan myndighet i ett mål eller ärende som rör myndighetsutövning mot enskild hos denna.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2024.

1.5 Förslag till lag om ändring i lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk

Härigenom föreskrivs att 18–18 c §§ lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk ska upphöra att gälla.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	18 §
En kommun som ingår i ett förvaltningsområde ska erbjuda den som begär det möjlighet att få hela eller en väsentlig del av den service och omvårdnad som erbjuds inom ramen för äldreomsorgen av personal som behärskar finska, meänkieli respektive samiska	
	18 a §
En kommun som inte ingår i något förvaltningsområde ska erbjuda den som begär det möjlighet att få hela eller en väsentlig del av den service och omvårdnad som erbjuds inom ramen för äldreomsorgen av personal som behärskar finska, jiddisch, meänkieli, romani chib eller samiska, om kommunen har tillgång till personal med sådana språkkunskaper. Detsamma gäller för en kommun som ingår i ett förvaltningsområde för ett visst språk vad gäller övriga språk	

18 b §

Kommunen ska inom ramen för sådan omsorg som erbjuds enligt 18 och 18 a §§ beakta de äldres behov av att upprätthålla sin kulturella identitet.

18 c §

Kommunen ska informera den som ansöker om bistånd inom ramen för äldreomsorgen om möjligheterna till sådan service och omvårdnad som anges i 18 och 18 a §§.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2024.

1.6 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821)

Härigenom föreskrivs att i fråga om patientlagen (2014:821)

dels att 6 kap. 4 § ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas en ny paragraf 6 kap. 2 a § av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	6 kap.
	2 a §
	En fast vårdkontakt enligt 2 § ska utses i anslutning till att en patient skrivs in i kommunens primärvård, om det inte är uppenbart obehövligt.
	4 §
För en enskild som har behov av både hälso- och sjukvård och insatser från socialtjänsten ska en individuell plan upprättas under de förutsättningar som anges i 16 kap. *4 §* hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).	För en enskild som har behov av *både kommunens och regionens hälso- och sjukvård eller* både hälso- och sjukvård och insatser från socialtjänsten ska en individuell plan upprättas under de förutsättningar som anges i 16 kap. *4 och 5 §§* hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Denna lag ska träda i kraft den 1 januari 2024.

1.7 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

dels att 7 kap. 7 §, 8 kap. 8 §, 11 kap. 3–4 §§, 12 kap. 1–4 §§, 14 kap. 1–2 §§, 16 kap. 1 §, och 4 § ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas nya paragrafer, 4 kap. 4 §, 7 kap. 3 d §, 11 kap. 2 a §, 13 a kap. 2–6 §§, 16 kap. 1 a § och 5 § och närmast före 13 a kap. 2 § och 5 § nya rubriker av följande lydelse.

Nuvarande lydelse (den 1 juli 2022)	*Föreslagen lydelse*
	4 kap.
	4 §
	Om en verksamhetschef enligt 2 § i kommunens primärvård inte har den kompetens och erfarenhet som krävs för att säkerställa en god och säker vård ska en kvalitetsansvarig för omvårdnad och en kvalitetsansvarig för rehabilitering utses för att stödja verksamhetschefen inom kompetensområdet.
	Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om vilka uppgifter och vilken kompetens som krävs för att kunna säkerställa kvaliteten enligt första stycket inom kommunens primärvård.
	7 kap.
	3 d§
	I regionen ska det finnas en ledningsansvarig för huvudmannens planering, uppföljning och samord-

	ning av hälso- och sjukvårdsinsatser i kommunens primärvård.
7 §	
I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.	I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen samverka med *kommuner*, samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.
8 kap.	
8 §	
Regionen får erbjuda läkemedel utan kostnad till den som får *hälso- och sjukvård* i *hemmet (hemsjukvård)*.	Regionen får erbjuda läkemedel utan kostnad till den som får *primärvård* i *ordinärt boende*.
11 kap.	
	2 a §
	Kommunen ska organisera sin primärvård så att vård kan ges nära enskilda som avses i 12 kap. 1–2 §§.
3 §	
I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska kommunen samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.	I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska kommunen samverka med *regionen*, samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.
4 §	
Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska.	*I kommunen ska det finnas en ledningsansvarig som kan säkerställa huvudmannens ansvar för planering, samordning och uppföljning av kommunens primärvård.*

Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering, får en fysioterapeut eller en arbetsterapeut fullgöra de uppgifter som åligger en medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Första och andra styckena gäller sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som avses i 12 kap. 1 och 2 §§ i en kommun som inte ingår i en region, om det i verksamheten inte finns någon läkare.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om ansvar och uppgifter för personal som avses i första och andra styckena.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om kompetens och uppgifter för den person som avses i första stycket.

12 kap.

1 §

Kommunen ska erbjuda en god *hälso- och sjukvård* åt den som efter beslut av kommunen bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i *5 kap. 5 § andra stycket*, 5 kap. 7 § tredje stycket eller motsvarande tillståndspliktig boendeform eller bostad som avses i 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453). Kommunen ska även i samband med dagverksamhet enligt 3 kap. 6 § samma lag erbjuda en god *hälso- och sjukvård* åt den som vistas i dagverksamheten.

Kommunen ska erbjuda en god *primärvård* åt den som efter beslut av kommunen bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i *8 § andra stycket äldreomsorgslagen (2024:000)*, 5 kap. 7 § tredje stycket eller motsvarande tillståndspliktig boendeform eller bostad som avses i 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453). Kommunen ska även i samband med dagverksamhet enligt 3 kap. 6 § samma lag erbjuda en god *primärvård* åt den som vistas i dagverksamheten.

2 §	
Kommunen får erbjuda den som vistas i kommunen *hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård)* i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i *5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453)*.	Kommunen får erbjuda den som vistas i kommunen *primärvård* i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i *8 § tredje stycket äldreomsorgslagen (2024:000)*.
3 §	
Med undantag för vad som anges i 16 kap. 1 § *tredje* stycket gäller vad som sägs i 1 och 2 §§ inte sådan *hälso- och sjukvård* som ges av läkare.	Med undantag för vad som anges i 16 kap. 1 § *andra* stycket gäller vad som sägs i 1 och 2 §§ inte sådan *primärvård* som ges av läkare.
4 §	
Regionen får på framställning av en kommun inom regionen erbjuda läkemedel utan kostnad ur läkemedelsförråd till den som 1. bor i en sådan särskild boendeform som avses i *5 kap. 5 § andra stycket socialtjänstlagen (2001:453)*, eller 2. får *hemsjukvård* genom kommunens försorg.	Regionen får på framställning av en kommun inom regionen erbjuda läkemedel utan kostnad ur läkemedelsförråd till den som 1. bor i en sådan särskild boendeform som avses i *8 § andra stycket äldreomsorgslagen (2024:000)*, eller 2. får *primärvård i ordinärt boende* genom kommunens försorg.
Regionen svarar för kostnaderna för läkemedel som rekvireras till läkemedelsförråden.	

13 a kap.

Regionens ansvar i kommunens primärvård

2 §

Regionen ska säkerställa att enskilda som är inskrivna i kommunens primärvård vid behov kan få en medicinsk bedömning av

en läkare i primärvården dygnet runt.

3 §

Regionen ska säkerställa att enskilda i anslutning till att de skrivs in i kommunens primärvård kan lista sig hos en vårdgivare som ansvarar för läkarinsatser till ett särskilt boende enligt 12 kap. 1 § eller ordinärt boende enligt 12 kap. 2 §.

Regionen får inte begränsa den enskildes val till endast denna vårdgivare.

4 §

Regionen ska säkerställa att den vårdgivare som avses i 3 § har fasta läkarkontakter som kan vara tillgängliga för,

1. planerad och oplanerad medicinsk bedömning och behandling, planering och samordning av patienternas vård, och

2. handledning och viss fortbildning av kommunens hälso- och sjukvårdspersonal.

Kommunens primärvård

5 §

Kommunen ska säkerställa att enskilda som är inskrivna i kommunens primärvård vid behov kan få en medicinsk bedömning av en sjuksköterska dygnet runt.

	6 §
	Kommunen ska säkerställa att enskilda som är inskrivna i kommunens primärvård kan få en fast vårdkontakt i kommunen.
	Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om uppgifter och kompetens för personer som avses i första stycket.
14 kap.	
1 §	
Regionen får till en kommun inom regionen överlåta skyldigheten att erbjuda *hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård)* i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i *5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453)*, om regionen och kommunen kommer överens om det. Överenskommelsen får inte avse ansvar för *hälso- och sjukvård* som ges av läkare. Överenskommelsen får även avse ansvar för sådana förbrukningsartiklar som avses i 8 kap. 9 §.	Regionen får till en kommun inom regionen överlåta skyldigheten att erbjuda *primärvård* i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i *8 § tredje stycket äldreomsorgslagen (2024:000)*, om regionen och kommunen kommer överens om det. Överenskommelsen får inte avse ansvar för *primärvård* som ges av läkare. Överenskommelsen får även avse ansvar för sådana förbrukningsartiklar som avses i 8 kap. 9 §.
Regionen får lämna sådant ekonomiskt bidrag till kommunen som motiveras av överlåtelsen.	
2 §	
Om samtliga kommuner inom en regions område ingår i en överlåtelse av ansvar för *hemsjukvård* enligt 1 § och om det behövs för kostnadsutjämning mellan kommunerna, får kom-	Om samtliga kommuner inom en regions område ingår i en överlåtelse av ansvar för *primärvård i ordinärt boende* enligt 1 § och om det behövs för kostnadsutjämning mellan kommunerna,

munerna lämna ekonomiskt bidrag till varandra.

får kommunerna lämna ekonomiskt bidrag till varandra.

16 kap.

1 §

Regionen ska till kommunerna inom regionen avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god *hälso- och sjukvård* i särskilt boende och i dagverksamhet enligt 12 kap. 1 §. Detsamma gäller *hemsjukvård* i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i *5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453)*, om en kommun ansvarar för vården enligt 14 kap. 1 §.

Regionen ska med kommunerna inom regionen sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan.

Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter *enligt avtalet* att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från regionen.

Regionen ska till kommunerna inom regionen avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god *primärvård* i särskilt boende och i dagverksamhet enligt 12 kap. 1 §. Detsamma gäller *primärvård* i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i *8 § tredje stycket äldreomsorgslagen (2024:000)*, om en kommun ansvarar för vården enligt 14 kap. 1 §.

Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter att tillhandahålla läkare *enligt denna lag* har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från regionen.

1 a §

Regionen och kommunerna i regionen ska i en gemensam plan ange formerna för och utvecklingen av primärvården.

Planen ska följas upp årligen.

4 §

När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, ska regionen tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan.

Planen ska upprättas om regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska upprättas om regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål *och planen ska följas upp löpande.*

Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

1. vilka insatser som behövs,

2. vilka insatser som respektive huvudman ska svara för,

3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än regionen eller kommunen, *och*

4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Av planen ska det framgå

1. vilka insatser, *inklusive förebyggande och rehabiliterande insatser,* som behövs,

3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än regionen eller kommunen,

4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen,

5. *vad målet med insatserna är utifrån den enskildes perspektiv, och*

6. *i tillämpliga fall, hur förväntade framtida vårdbehov ska omhändertas.*

5 §

En individuell plan enligt 4 § ska upprättas för enskilda som är inskrivna i kommunens primärvård, om det inte är uppenbart obehövligt.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2024.

1.8 Förslag till förordning om ändring i socialtjänstförordningen (2001:937)

Härigenom föreskrivs i fråga om socialtjänstförordningen (2001:937) att 2 kap. 2 och 3 §§, 3 kap. 1 §, 4 kap. 1, 1 a, 3 och 4 §§ ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
2 kap.	
2 §	
För det fall makar, sambor eller registrerade partner beviljas boende i en sådan särskild boendeform som avses i *5 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453) skall* med skälig levnadsnivå förstås att båda bereds plats i samma boende, om de begär det.	För det fall makar, sambor eller registrerade partner beviljas boende i en sådan särskild boendeform som avses i *8 § äldreomsorgslagen (2024:000) ska* med skälig levnadsnivå förstås att båda bereds plats i samma boende, om de begär det.
3 §	
I en sådan särskild boendeform som avses i *5 kap. 5 § andra stycket socialtjänstlagen (2001:453)* ska det, utifrån den enskildes aktuella behov, finnas tillgång till personal dygnet runt som utan dröjsmål kan uppmärksamma om en boende behöver stöd och hjälp. Den boende ska ges det stöd och den hjälp som behövs till skydd för liv, personlig säkerhet eller hälsa.	I en sådan särskild boendeform som avses i *8 § andra stycket äldreomsorgslagen (2024:00)* ska det, utifrån den enskildes aktuella behov, finnas tillgång till personal dygnet runt som utan dröjsmål kan uppmärksamma om en boende behöver stöd och hjälp. Den boende ska ges det stöd och den hjälp som behövs till skydd för liv, personlig säkerhet eller hälsa.
3 kap.	
1 §	
Med hem för vård eller boende avses ett hem inom socialtjänsten som tar emot enskilda för vård eller behandling i förening med ett boende. Om ett sådant hem drivs av ett bolag, en förening, en	

samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ krävs dessutom att verksamheten bedrivs yrkesmässigt.

Som hem för vård eller boende räknas inte sådana särskilda boendeformer som avses i *5 kap. 5 § andra och tredje styckena* eller 5 kap. 7 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453).

Som hem för vård eller boende räknas inte sådana särskilda boendeformer som avses i *8 § andra och tredje styckena äldreomsorgslagen (2024:000)* eller 5 kap. 7 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453).

4 kap.

1 §

En ansökan till Inspektionen för vård och omsorg om tillstånd som avses i 7 kap. 1 § första stycket socialtjänstlagen (2001:453) för att bedriva enskild verksamhet ska vara skriftlig och ange

1. vilken verksamhet som ska bedrivas,
2. vem som ska bedriva verksamheten,
3. hur verksamheten ska bedrivas och dess omfattning,
4. för vilka grupper verksamheten är avsedd,
5. hur verksamheten ska finansieras,
6. vem som ska förestå verksamheten, och
7. uppgifter om personalen samt dess utbildning och erfarenhet.

För en ansökan om tillstånd till att bedriva sådan verksamhet som avses i *5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen* och som det hänvisas till i 7 kap. 1 § första stycket 2 *samma lag* gäller inte första stycket 4, 6 och 7.

Ritningar över verksamhetens lokaler samt uppgifter om hur brandskyddet är ordnat ska ges in samtidigt med ansökan. Detta gäller inte verksamhet enligt 7 kap. 1 § första stycket 5 och 6 socialtjänstlagen. För en ansökan om tillstånd till att bedriva sådan verksamhet som avses i *5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen* och

För en ansökan om tillstånd till att bedriva sådan verksamhet som avses i *8 § tredje stycket äldreomsorgslagen (2024:000)* och som det hänvisas till i 7 kap. 1 § första stycket 2 *socialtjänstlagen* gäller inte första stycket 4, 6 och 7.

Ritningar över verksamhetens lokaler samt uppgifter om hur brandskyddet är ordnat ska ges in samtidigt med ansökan. Detta gäller inte verksamhet enligt 7 kap. 1 § första stycket 5 och 6 socialtjänstlagen. För en ansökan om tillstånd till att bedriva sådan verksamhet som avses i *8 § tredje stycket äldreomsorgslagen*

som det hänvisas till i 7 kap. 1 § första stycket 2 *samma lag* gäller inte kravet på att ritningar över verksamhetens lokaler ska ges in samtidigt med ansökan.

(2024:000) och som det hänvisas till i 7 kap. 1 § första stycket 2 *socialtjänstlagen* gäller inte kravet på att ritningar över verksamhetens lokaler ska ges in samtidigt med ansökan.

Vid en ansökan om tillstånd att bedriva verksamhet i form av stödboende ska även en förteckning över de lägenheter eller motsvarande som ska ingå i verksamheten ges in samtidigt med ansökan.

Om sökanden är ett bolag, en förening, en samfällighet eller en stiftelse ska sökanden också bifoga bolagsordningen eller stadgarna och uppge vem som har behörighet att företräda bolaget, föreningen, samfälligheten eller stiftelsen

1 a §

En anmälan till Inspektionen för vård och omsorg enligt 7 kap. 1 § andra stycket socialtjänstlagen (2001:453) ska vara skriftlig och ange

1. vem som bedriver verksamheten,
2. hur verksamheten bedrivs och dess omfattning,
3. för vilka grupper verksamheten är avsedd,
4. vem som förestår verksamheten, och
5. uppgifter om personalen samt dess utbildning och erfarenhet.

För en anmälan om att bedriva sådan verksamhet som avses i *5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen* och som det hänvisas till i 7 kap. 1 § första stycket 2 *samma lag* gäller inte första stycket 3–5.

Ritningar över verksamhetens lokaler samt uppgifter om hur brandskyddet är ordnat ska ges in samtidigt med anmälan. För en anmälan om att bedriva sådan verksamhet som avses i *5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen* och som det hänvisas till i 7 kap. 1 § första stycket 2 *samma lag* gäller

För en anmälan om att bedriva sådan verksamhet som avses i *8 § tredje stycket äldreomsorgslagen (2024:000)* och som det hänvisas till i 7 kap. 1 § första stycket 2 *socialtjänstlagen* gäller inte första stycket 3–5.

Ritningar över verksamhetens lokaler samt uppgifter om hur brandskyddet är ordnat ska ges in samtidigt med anmälan. För en anmälan om att bedriva sådan verksamhet som avses i *8 § tredje stycket äldreomsorgslagen* och som det hänvisas till i 7 kap. 1 § första stycket 2 *socialtjänstlagen* gäller

inte kravet på att ritningar över verksamhetens lokaler ska ges in samtidigt med anmälan.

inte kravet på att ritningar över verksamhetens lokaler ska ges in samtidigt med anmälan.

Vid en anmälan om att bedriva verksamhet i form av stödboende ska även en förteckning över de lägenheter eller motsvarande som ska ingå i verksamheten ges in samtidigt med anmälan

3 §

Inspektionen för vård och omsorg ska utfärda ett skriftligt bevis när tillstånd har meddelats. Beviset ska innehålla uppgifter om den juridiska eller fysiska person som ska bedriva verksamheten, för vilken grupp verksamheten är godkänd, det högsta antal personer som samtidigt får vårdas i eller omfattas av verksamheten, vem som ska förestå verksamheten samt övriga villkor för tillståndet. För sådan verksamhet som avses i *5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453)* och som det hänvisas till i 7 kap. 1 § första stycket 2 *samma lag* gäller inte kraven på uppgifter om för vilka grupper verksamheten är avsedd, om det högsta antalet personer som samtidigt får vistas eller vårdas i verksamheten och kravet på uppgift om vem som ska förestå verksamheten.

Inspektionen för vård och omsorg ska utfärda ett skriftligt bevis när tillstånd har meddelats. Beviset ska innehålla uppgifter om den juridiska eller fysiska person som ska bedriva verksamheten, för vilken grupp verksamheten är godkänd, det högsta antal personer som samtidigt får vårdas i eller omfattas av verksamheten, vem som ska förestå verksamheten samt övriga villkor för tillståndet. För sådan verksamhet som avses i *8 § tredje stycket äldreomsorgslagen (2024:000)* och som det hänvisas till i 7 kap. 1 § första stycket 2 *socialtjänstlagen (2001:453)* gäller inte kraven på uppgifter om för vilka grupper verksamheten är avsedd, om det högsta antalet personer som samtidigt får vistas eller vårdas i verksamheten och kravet på uppgift om vem som ska förestå verksamheten.

Inspektionen för vård och omsorg ska utfärda ett skriftligt bevis när tillstånd har meddelats. Beviset ska innehålla uppgifter om den juridiska eller fysiska person som ska bedriva verksamheten, för

vilken grupp verksamheten är godkänd, det högsta antal personer som samtidigt får vårdas i eller omfattas av verksamheten, vem som ska föreståverksamheten samt övriga villkor för tillståndet. För sådan verksamhet som avses i 5 *kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453)* och som det hänvisas till i 7 kap. 1 § första stycket 2 *samma lag* gäller inte kraven på uppgifter om för vilka grupper verksamheten är avsedd, om det högsta antalet personer som samtidigt får vistas eller vårdas i verksamheten och kravet på uppgift om vem som ska föreståverksamheten.

vilken grupp verksamheten är godkänd, det högsta antal personer som samtidigt får vårdas i eller omfattas av verksamheten, vem som ska föreståverksamheten samt övriga villkor för tillståndet. För sådan verksamhet som avses i *8 § tredje stycket äldreomsorgslagen (2024:000)* och som det hänvisas till i 7 kap. 1 § första stycket 2 *socialtjänstlagen* gäller inte kraven på uppgifter om för vilka grupper verksamheten är avsedd, om det högsta antalet personer som samtidigt får vistas eller vårdas i verksamheten och kravet på uppgift om vem som ska föreståverksamheten.

Ett tillstånd ska meddelas tills vidare. Till verksamhet som kommunen genom avtal enligt 2 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453) har överlämnat till enskild att utföra får även tidsbegränsade tillstånd meddelas.

Tillståndet får inte överlåtas.

4 §

Bestämmelserna i 3 kap. 3–5 och 8 §§ ska gälla på motsvarande sätt för verksamhet i form av

1. boenden som motsvarar dem som avses i *5 kap. 5 § andra stycket* eller 5 kap. 7 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453) och som det hänvisas till i 7 kap. 1 § första stycket 2 samma lag,

2. hem för viss annan heldygnsvård som avses i 7 kap. 1 § första stycket 3 socialtjänstlagen, eller

Bestämmelserna i 3 kap. 3–5 och 8 §§ ska gälla på motsvarande sätt för verksamhet i form av

1. boenden som motsvarar dem som avses i *8 § andra stycket äldreomsorgslagen (2024:000)* eller 5 kap. 7 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453) och som det hänvisas till i 7 kap. 1 § första stycket 2 samma lag,

2. hem för viss annan heldygnsvård som avses i 7 kap. 1 § första stycket 3 socialtjänstlagen, eller

3. verksamhet i form av hem eller öppen verksamhet för vård under en begränsad del av dygnet, oavsett var verksamheten bedrivs som avses 7 kap. 1 § första stycket 4 socialtjänstlagen.	3. verksamhet i form av hem eller öppen verksamhet för vård under en begränsad del av dygnet, oavsett var verksamheten bedrivs som avses 7 kap. 1 § första stycket 4 socialtjänstlagen.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2024.

1.9 Förslag till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdförordningen (2017:80)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) att

dels 4 kap. 1 och 6 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas nya paragrafer i 4 kap. 6 a–e §§ av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
4 kap.	
1 §	
En verksamhetschef enligt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Verksamhetschefen ska utse en fast vårdkontakt enligt vad som anges i 6 kap. 2 § patientlagen (2014:821).	En verksamhetschef enligt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Verksamhetschefen ska utse en fast vårdkontakt enligt vad som anges i 6 kap. 2 § *och 2 a §* patientlagen (2014:821). *En fast vårdkontakt ska utses till enskilda i anslutning till att de skrivs in i kommunens primärvård, om det inte är uppenbart obehövligt.*
6 §	
En *medicinskt ansvarig sjuksköterska enligt 11 kap. 4 § första stycket* hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska ansvara för att	En *verksamhetschef som avses i 4 kap. 4 §* hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska ansvara för att
1. patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,	
2. patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,	2. patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare *eller annan*

	legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal förordnat om,
3. journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355),	
4. beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten,	
5. det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för	5. det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
a) läkemedelshantering,	a) läkemedelshantering,
b) *rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), och*	b) *rehabilitering och förskrivning och användning av hjälpmedel,*
c) *att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.*	c) *rapportering enligt 6 kap.4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), och*
Detsamma gäller i tillämplig omfattning sådana fysioterapeuter och arbetsterapeuter som avses i 11 kap. 4 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen.	*d) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.*
	6 a §
	Den som är kvalitetsansvarig för omvårdnad enligt 4 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska vara sjuksköterska.
	Den som är kvalitetsansvarig för rehabilitering enligt samma bestämmelse ska vara fysioterapeut eller arbetsterapeut.
	6 b §
	Den ledningsansvarige enligt 11 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska ha i uppgift att
	1. svara för uppföljningen av kommunens primärvård och säkerställa att målen för hälso- och sjuk-

vården och kraven på god, säker och nära vård uppfylls,

2. delta i planering, utveckling och samordning av kommunens primärvård med regionen och med kommunens socialtjänst,

3. delta i samverkan med regionen om planering och uppföljning av läkarinsatser och andra hälso- och sjukvårdsinsatser, och

4. svara för att patienter får tillgång till läkare när regionen inte fullgör sitt ansvar.

Den ledningsansvarige enligt första stycket ska vid fullgörandet av sitt uppdrag samverka med den ansvarige som avses i 7 kap. 3 d § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Vad som sägs i första stycket fråntar inte annan dess ansvar enligt lag eller förordning.

6 c §

Den ledningsansvarige enligt 11 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska vara sjuksköterska eller läkare, som har specialistkompetens.

6 d §

Den som är fast läkarkontakt till en enskild som är inskriven i kommunens primärvård, ska delta i planering, samordning och uppföljning av den enskildes hälso- och sjukvård enligt 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Arbetet ska fullgöras tillsammans med den enskildes andra fasta

vårdkontakter enligt patientlagen (2014:821) och i tillämpliga fall med dennes fasta omsorgskontakt samt andra berörda inom socialtjänsten.

6 e §

En fast vårdkontakt i kommunen ska svara för att planera, samordna och följa upp den enskildes primärvårdsinsatser från kommunens primärvård.

Arbetet ska fullgöras tillsammans med den enskildes andra fasta vårdkontakter enligt patientlagen (2014:821) och i tillämpliga fall dennes fasta omsorgskontakt samt andra berörda inom socialtjänsten.

Den fasta vårdkontakten i kommunen ska vara sådan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som bedöms ändamålsenlig i varje enskilt fall.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2024.

2 Om uppdraget och dess genomförande

2.1 Utredningsuppdraget

Den 22 december 2020 beslutade regeringen att ge en särskild utredare i uppdrag att föreslå en äldreomsorgslag (se bilaga 1, dir. 2020:142). I direktiven anges att begreppet äldreomsorg behöver definieras och verksamheten ges ett tydligare uppdrag och innehåll. Vidare konstateras att den pågående coronapandemin har visat att patientsäkerheten inom den kommunala vården brister. Utredaren gavs därmed även i uppdrag att överväga och lämna förslag på hur den medicinska kompetensen kan stärkas i verksamheten samt, vid behov, på den kommunala ledningsnivån.

För att kunna möta framtidens utmaningar och för att öka förtroendet för äldreomsorgen behöver behovet av nationell styrning genom lagstiftning ses över.

Målsättningen med de författningsförslag utredningen har i uppdrag att ta fram är att åstadkomma långsiktiga förutsättningar för äldreomsorgen och att tydliggöra äldreomsorgens uppdrag och innehåll samt säkerställa tillgången till god hälso- och sjukvård och medicinsk kompetens inom äldreomsorgen.

Uppdraget kan sägas stå på två ben. Ett ben utgörs av framtagandet av ett förslag på äldreomsorgslag. Det andra benet av övervägande och författningsförslag för att säkerställa tillgången till god hälso- och sjukvård och medicinsk kompetens inom äldreomsorgen. Nedan utvecklar vi de olika deluppdragen.

2.1.1 En äldreomsorgslag, inklusive bestämmelser om en nationell omsorgsplan

Utredningen ska föreslå en äldreomsorgslag som kompletterar socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL. Dvs. äldreomsorgen ska även fortsättningsvis utgöra en del av kommunernas socialtjänst. Det innebär att äldreomsorgen även framöver omfattas av de övergripande mål och andra bestämmelser som gäller för socialtjänsten.

I direktiven konstateras att socialtjänstens insatser riktade mot äldre personer är reglerade på flera olika sätt vad gäller mål, syfte och kvalitet. I socialtjänstlagen saknas också en lagstadgad definition av vad äldreomsorg är. Det kan leda till att det blir otydligt vad man kan förvänta sig av äldreomsorgen. Det handlar dels om huruvida det stöd och den hjälp som tillhandahålls motsvarar de behov av vård och omsorg som man har, dels att veta och kunna förutse vilket stöd och vilken hjälp man kan få. Utredningen ska därför definiera begreppet äldreomsorg och vilka som omfattas av lagen.

Vidare anges att lagstiftningen är övergripande och kan uppfattas som otydlig. Det saknas nationella riktlinjer om vilka grundläggande krav som äldreomsorgen ska utgå ifrån. Det innebär en risk för att kommunerna tillämpar lagen olika. Direktiven anger att det bör vara tydligt vilka mål, krav och förväntningar som omger äldreomsorgens uppdrag.

Av direktiven framgår även att utredningen, i äldreomsorgslagen, ska föreslå bestämmelser som reglerar en ordning för en så kallad nationell omsorgsplan.[1] Inspirationen kommer från skolans läroplaner. Regeringen bedömer att en liknande modell kan bidra till en långsiktig förbättring och en höjd kvalitet inom äldreomsorgen. Den kan också tydliggöra äldreomsorgens uppdrag och innehåll och främja likvärdighet över landet.

Vid utformningen av bestämmelserna om omsorgsplanen ska utredningen ta utgångspunkt i socialtjänstlagens bestämmelser om värdegrund, ansvar, mål och kvalitet samt om samverkan mellan huvudmän. Utredningen ska också lämna förslag på områden som en nationell omsorgsplan bör omfatta. Regeringen avser sedan att ge

[1] Vi har i vårt förslag valt att kalla detta för en nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen, förkortad NOK. I våra dialoger och möten med representanter för olika målgrupper blev det tydligt att ordet ”plan” ledde tankarna till en planering på individnivå, vilket skapade en osäkerhet om vad som avsågs. Se vidare avsnitt 7.3.18.

relevant myndighet i uppdrag att precisera och utforma förslag på innehållet i omsorgsplanen.

Utredningens överväganden och förslag i dessa delar behandlas i kapitel 7 och bakgrund ges i kapitel 5.

2.1.2 God hälso- och sjukvård och medicinsk kompetens inom äldreomsorgen

I direktiven konstateras att det behövs ytterligare insatser för att tillgodose äldres behov av en fungerande och säker vård och omsorg. Den regionala och den kommunala hälso- och sjukvården behöver komma närmare äldreomsorgen och finnas till hands såväl för hälsofrämjande insatser som för sjukvård så snart behov uppstår.

Utredningen ska föreslå en ändamålsenlig reglering för att säkerställa tillgången till god hälso- och sjukvård och medicinsk kompetens för personer i särskilt boende och personer med kommunal hemsjukvård i ordinärt boende. I uppdraget ingår att överväga och ta ställning till om läkare och sjuksköterskor bör finnas tillgängliga dygnet runt i särskilt boende. I uppdraget ingår även att överväga om det finns behov av och är ändamålsenligt att kommuner ges möjligheter att utföra läkarinsatser.

Utredningen ska även överväga om det bör införas krav på att det i varje kommun ska finnas en medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) på samma sätt som gäller för medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

Utredningen ska vidare överväga om det finns behov av och är ändamålsenligt att införa krav på en medicinskt ledningsansvarig läkare för kommunal hälso- och sjukvård. Det finns inget som i dagsläget förbjuder kommuner att ha en sådan funktion. Utredningen ska lämna nödvändiga författningsförslag.

Utredningens överväganden och förslag i dessa delar finns i kapitel 9 och bakgrunden finns i kapitel 6.

2.2 Tillvägagångssätt

Nedan redovisas de huvudsakliga metoder utredningen använt för att samla in material till grund för våra analyser, bedömningar och förslag.

I utredningens direktiv fastslås att arbetet ska präglas av ett inkluderande arbetssätt, och att vi ska samråda med ett stort antal olika aktörer. Likaså ska vi beakta tidigare utredningars kartläggnings- och analysarbete som är av betydelse för uppdraget. Detta har vi tagit fasta på i utredningsarbetet.

Vårt uppdrag handlar om att ta fram förslag på ny lagstiftning inom områden där det i stora drag finns en tydlig beskrivning och bred samsyn om de strukturella brister och problem som behöver åtgärdas. Utifrån en sammanställning och analys av befintligt kunskapsläge har vårt arbete därför i hög grad inriktats på att utforma författningsförslag som kan tydliggöra relevanta regelverk och därigenom bidra till att höjd kvalitet och åtgärdande av dessa brister.

2.2.1 Ett inkluderande arbetssätt

I enlighet med våra direktiv har vår ambition varit att arbeta med inkludering och tillämpa ett transparent arbetssätt. I den andan har vi löpande under arbetets gång, i våra dialoger, informerat om den preliminära inriktningen på våra slutsatser och förslag. Dialogerna har på så sätt gett möjlighet till värdefulla inspel från olika berörda aktörer i ett skede där vi haft utrymme att vidareutveckla och justera våra förslag.

Nedan redogörs för de huvudsakliga forum vi använt för vårt dialog- och förankringsarbete.

Experter och sakkunniga

Utredningen har haft en brett sammansatt grupp med sakkunniga och experter utsedda av Regeringskansliet. Bland dessa återfinns företrädare för olika departement och myndigheter, men även företrädare för pensionärs- och anhörigorganisationer, professionsföreträdare, forskare och Sveriges kommuner och Regioner (SKR). För en fullständig förteckning över gruppen hänvisas till missivet. Utredningen har samlat denna gruppering till fem möten under ut-

redningstiden, fått skriftliga synpunkter under arbetets gång samt utifrån behov haft enskilda möten med de olika medlemmarna.

Utredningen har även skapat en särskild arbetsgrupp kopplat till arbetet med konsekvensanalyser, med representanter från myndigheterna, SKR samt Finansdepartementets representanter i expert- och sakkunniggruppen. Arbetsgruppen har träffats två gånger under våren 2022 och utredningen har även inhämtat skriftliga synpunkter från deltagarna.

Referensgrupper

Utredningen har valt att etablera tre referensgrupper: en med företrädare för pensionärs-, patient och anhörigorganisationer,[2] en med företrädare för olika professioner[3] och en med företrädare för de åtta riksdagspartierna.

Dessa tre grupperingar representerar olika centrala perspektiv som vi har haft stor nytta av att kontinuerligt kunna få ta del av i förhållande till de olika frågeställningar vi haft att beakta. Utredningen har träffat varje referensgrupp fem gånger under utredningstiden, dvs. totalt 15 möten.

Samarbete med Hälsolabb

I arbetet med att ta fram förslag på områden för en nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen (se avsnitt 7.4) har utredningen samarbetat med Hälsolabb.

Hälsolabb är en samverkan mellan Experio Lab vid Region Värmland, Sveriges kommuner och Regioner (SKR), Samhällsnytta och Centrum för Tjänsteforskning (CTF) vid Karlstads Universitet samt Linköpings Universitet. Hälsolabb har som målsättning att stärka kommuners och regioners kapacitet och förmåga att arbeta

[2] Pensionärernas riksorganisation (PRO), SKPF Pensionärerna (SKPF), Riksförbundet PensionärsGemenskap (RPG), SPF Seniorerna (SPF), Sverigefinska Pensionärer (SFP) (RSE) Finska Pensionärernas Riksförbund i Sverige, Funktionsrätt Sverige, Anhörigas Riksförbund och Demensförbundet

[3] Dietisternas riksförbund (DRF), Farmaceuterna, Fysioterapeuterna, Kommunal, Svenska Läkaresällskapet (SLS), Svensk sjuksköterskeförening (genom representanter för sektionerna Riksföreningen för sjuksköterskor inom äldre- och demensvård respektive Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering), Sveriges arbetsterapeuter, Sveriges läkarförbund, Akademikerförbundet SSR, Vision och Vårdförbundet.

användardrivet, hitta nya lösningar i gränslandet mellan olika aktörer, och hantera komplexa utmaningar i omställningen till Nära vård. Arbetet är en del av SKR:s stöd till regioner och kommuner för att utveckla en Nära vård.

Då en nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen är en helt ny företeelse inom vård- och omsorgsområdet bedömde vi att det passade särskilt väl för ett mer utforskande arbetssätt.

Det finns flera argument för policyutveckling som dels utgår från användarnas behov och resurser, dels är samskapande[4] med många aktörer i systemet. Det handlar bland annat om att involvera användare, i detta fall äldre personer och deras anhöriga, som en aktiv del i arbetets olika faser. Genom att kartlägga och lyssna på deras erfarenheter och önskemål kan problembeskrivningar identifieras, som ofta kan skilja sig från de som organisationerna upplever. Värden som ska skapas genom utredningens förslag kan då formuleras ur de äldres perspektiv, snarare än organisationens.

Ett annat argument för en samskapande policyprocess är behovet av ett systemperspektiv. Genom att samla flera av de professionella aktörer som finns runt äldre personer och deras anhöriga, och beakta flera olika perspektiv, är det möjligt att dels förstå samverkan mellan olika delar av systemet bättre, dels få insikter kring lösningar som kan bidra till att hela systemet runt den äldre förbättras. När det gäller mer komplexa samhällsutmaningar är det ofta problematiskt att bara fokusera på enskilda delar av en utmaning, eller enskilda aktörers roller och uppdrag. Man behöver i stället ha fokus på samspelet mellan dessa och mellanrummen mellan olika aktörer.

Ett ytterligare argument handlar om vikten av att förstå den lokala och regionala kontexten som de nya förslagen kommer att påverka. Att i ett tidigt skede försöka förstå vilka konsekvenser förslagen skulle få i vårdens och omsorgens vardag och för organisationernas styrning och ledning.

Med hjälp av Hälsolabb samt regioner och kommuner i tre pilotlän (Kronoberg, Värmland och Örebro) genomfördes en samskapande process med äldre personer med egna erfarenheter av äldreomsorg, anhöriga, medarbetare, chefer och ledare inom vården och omsorgen. Den beskrivning av behov som där framkom svarade överlag

[4] Begreppet samskapande tar sikte på att man i stället för att skapa (system för) vård och omsorg *åt* den enskilde strävar efter att skapa vård och omsorg *tillsammans med* den som har behov av vård och omsorg, och andra involverade aktörer.

mycket väl mot det som våra och andras tidigare analyser visat. Arbetet hjälpte samtidigt till att lyfta fram vissa aspekter som av enskilda kunde upplevas som mycket centrala, men som kanske inte alltid tillskrevs sådan tyngd i analyser som främst formulerats utifrån verksamhetsperspektiv (för resultatet av arbetet se avsnitt 7.4).

Ett brett dialogarbete

Utöver de ovan beskrivna processerna har utredningen också träffat flera olika nätverk och medverkat vid informationstillfällen genom att presentera utredningens arbete och inriktning på förslag samt föra dialog hos bl.a. SKR, huvudmän och olika professionsorganisationer. Vidare har utredningen genomfört ett stort antal enskilda dialoger, med företrädare för bl.a. olika pensionärs- och patientföreningar, professionsföreträdare, myndigheter, enskilda utförare (genom vårdföretagarna respektive FAMNA) och andra utredningar.[5] Vidare har utredningen genomfört två dialogtillfällen med företrädare för de nationella minoriteterna. Totalt har utredningen genomfört ett 120-tal dialoger och presentationer.

Information via hemsida och blogg

Utredningen har även informerat om sitt uppdrag och arbete via hemsidan (www.sou.gov.se/aldreomsorg). Bl.a. har utredningen publicerat en blogg, där vi på en övergripande nivå beskrivit arbetet och olika aktuella frågor i utredningsarbetet. Nya blogginlägg har vanligen publicerats den första fredagen i varje månad.

[5] U 2021:02 Utredningen om utbildning till sjuksköterska och barnmorska; S 2019:04 Utredningen Nationell samordnare för kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre; S 2020:12 Tillgänglighetsdelegationen; S 2020:08 Samsjuklighetsutredningen; S 2021:04 Författningsberedskap inför framtida pandemier; Fi 2021:09 Försöksverksamhet i kommuner och regioner.

2.2.2 Befintliga utredningar, rapporter, registerdata och statistik samt egna kartläggningar

Genomgång och analys av befintlig kunskap

Vård och omsorg för äldre personer är områden där det finns mycket samlad kunskap vilken utgjort utgångspunkt för vårt arbete. Utredningen har tagit del av tidigare utredningar, rapporter och vissa tillgängliga registerdata och annan statistik och använt dessa som utgångspunkter för vår analys. Några av utredningarna presenteras övergripande i avsnitt 2.4.3, andra presenteras i anslutning till relaterade analyser i våra texter. I kapitel 3 beskrivs den internationella kontexten, med visst fokus på övriga EU-länder. Övriga källor redovisas i bakgrundskapitel och samband med att vi beskriver skälen till våra bedömningar och förslag.

Som underlag för våra konsekvensanalyser har vi bl.a. utgått från statistik från Socialstyrelsen i form av registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning och registret över kommunal hälso- och sjukvård, men även öppna jämförelser och databaser för akutmottagningar, väntetider och besök samt för yttre orsaker till skador och förgiftningar. Vi har även använt SCB:s befolkningsstatistik och prognoser, hälsoräkenskaperna, lönestatistik, företagsregister och yrkesregistret. Vidare har statistikdatabasen Kolada och SKR:s statistik om personal inom äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård samt statistik om kostnader inom hälso- och sjukvård använts.

Kartläggningar

Utöver arbetet med att samla in och analysera befintliga underlag har utredningen också gjort egna kartläggningar av kommunernas riktlinjer för äldreomsorg[6] samt av de avtal om läkarmedverkan som regioner och kommuner ska sluta enligt HSL.[7]

Utredningen har vidare genom Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering ställt ett urval av frågor om hur det praktiskt ser ut med organisering och arbetsuppgifter för MAS:ar och MAR:ar, vilka besvarats av olika lokala nätverk runtom i landet.

[6] 126 av 290 kommuner.
[7] 16 av 21 regioner.

2.3 Betänkandets innehåll

2.3.1 Läshänvisning

Kapitel 1 rymmer våra författningsförslag.

Här i kapitel 2 ges en introduktion till utredningens uppdrag och hur vi tagit oss an det.

I kapitel 3 ges en mer övergripande kontext till våra analyser och förslag, i form av bl.a. en kort historisk tillbakablick, beskrivning av vård och omsorgsbehov hos äldre personer, olika strukturella förutsättningar samt en internationell utblick.

I kapitel 4, 5 och 6 ges en bakgrund till våra förslag och överväganden.

I kapitel 4 beskrivs gällande rätt på områden som är av betydelse för bägge benen i vårt utredningsuppdrag (dvs. både äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård).

I Kapitel 5 återfinns kort bakgrund till våra överväganden om en äldreomsorgslag, inklusive gällande rätt på socialtjänstområdet.

Kapitel 6 ger på motsvarande sätt en kort bakgrund till våra överväganden om en stärkt hälso- och sjukvård i kommuner, inklusive gällande rätt.

I kapitel 7 återfinns våra överväganden och förslag på en äldreomsorgslag, inklusive en nationell ordning för nationell kvalitetsutveckling inom äldreomsorgen (det som i våra direktiv benämns ”nationell omsorgsplan”).

Kapitel 8 innehåller på motsvarande sätt våra överväganden och förslag för en stärkt hälso- och sjukvård i kommuner.

I kapitel 9 analyseras konsekvenser av utredningens olika förslag.

I kapitel 10 redogörs för ikraftträdande och förutsättningar för genomförande.

I det avslutande kapitel 11 återfinns författningskommentarer till de författningsförslag som finns i kapitel 1. Dessa bägge kapitel bör alltså läsas tillsammans.

2.3.2 Några centrala begrepp i betänkandet

Anhörig och närstående

SoL och HSL använder begreppet *närstående* på motsatta sätt. I SoL används *närstående* för att beskriva den enskilde som tar emot vård eller stöd. I HSL används begreppet närstående i stället för att beskriva den som har en nära relation till den enskilde som får hälso- och sjukvård (patienten).

Inom socialtjänstområdet benämns personer med nära relation till den enskilde i stället *anhörig.*

I löptext använder vi som utgångspunkt *anhörig eller annan närstående*, för att visa på att det den som ger vård eller stöd också kan vara någon utanför den närmsta familjen eller släkten.

Första linjens chef

Med *första linjens chef* avser vi den närmaste chefen för den operativa verksamheten, som planlägger och leder den dagliga verksamheten samt ansvarar för personal.

Kommunal hälso- och sjukvård

Med *kommunal hälso- och sjukvård,* eller *kommunalt finansierad hälso- och sjukvård*, avser vi den hälso- och sjukvård som kommunen är huvudman för.

Kommunal primärvård

Med begreppet *kommunal primärvård* avser vi den hälso- och sjukvård som kommunen är huvudman för (se kommunal hälso- och sjukvård), se även avsnitt 9.1.1 och 9.5.1. Formuleringen understryker att den hälso- och sjukvård som kommunen kan vara huvudman för är vård på primärvårdsnivå. Begreppen ”kommunal hälso- och sjukvård” och ”kommunal primärvård” är i princip utbytbara i detta betänkande.

Omsorgspersonal

Med ”*omsorgspersona*l” avses i detta betänkande de vårdbiträden, undersköterskor och undersköterskor med specialistkompetens som jobbar i äldreomsorgen.

Personcentrerad vård och omsorg

Det finns ingen fastlagd definition av begreppet personcentrerad vård och omsorg, och inte heller av delarna i det begreppet, dvs. personcentrerad omsorg respektive personcentrerad vård.

Kärnan i de olika beskrivningsmodeller som finns kan dock sägas vara ett förhållningssätt som innebär att se den enskilda personen, i dess kontext, och involvera och anpassa efter dennes behov och förutsättningar.

Personcentrering handlar också om att ta tillvara den enskildes och anhörigas eller andras närståendes erfarenheter och kunskaper. Eftersom personcentrering alltid måste utgå från individen så betyder personcentrering i praktiken olika saker, i olika situationer, för olika individer.

Personlig omvårdnad

Med *personlig omvårdnad* avses hemtjänstinsatser som rör personen (dusch, påklädning mm) till skillnad från ”serviceinsatser” (städning, tvätt och dylikt).

I den mån begreppet *omvårdnad* förekommer ensamt avses hälso- och sjukvård.

Privat utförare/aktör

Avser både vinstdrivande och ideella privata utförare/aktörer inom vård och omsorg.

Vård och omsorg

I betänkandet används det fasta uttrycket *vård och omsorg* när både socialtjänst och hälso- och sjukvård avses. I den mån de ingående orden används ensamma avser ”vård” i detta betänkande enbart hälso- och sjukvård och begreppet ”omsorg” används uteslutande för socialtjänst.

2.4 Allmänna utgångspunkter för arbetet

2.4.1 Pandemin satte ljuset på långvariga strukturella utmaningar i vården och omsorgen för äldre personer

Vårt uppdrag gavs i en kontext med en pågående pandemi där majoriteten av de sjuka och avlidna återfunnits i den äldre delen av befolkningen. En pandemi som satte blixtbelysning på strukturella problem i äldreomsorgen.

Det handlar om utmaningar kopplade till bemanning och kompetens, arbetsmiljö, kontinuitet och samordning. Det handlar också om tillgången till hälso- och sjukvårdskompetens, inklusive när det gäller sjukdomsförebyggande och rehabiliterande insatser (se vidare i kapitel 3, 7 och 8). Ytterst handlar det om möjligheten att få en likvärdigt god tillgång till vård och omsorg av god kvalitet.

Utmaningarna speglas också i att allmänhetens förtroende för äldreomsorgen är relativt lågt, och betydligt lägre än t.ex. för hälso- och sjukvården. Det finns behov av att öka förtroendet för äldreomsorgen. Ett lågt förtroende kan bl.a. innebära en risk för att personer med behov av stöd och äldreomsorg inte ansöker om insatser eller att anhöriga tar på sig mer av det som det offentliga ska göra.[8] Ett lågt förtroende kan också påverka viljan till en fortsatt solidarisk finansiering äldreomsorg och hälso- och sjukvård, vilket är grundläggande för att ingen av ekonomiska skäl ska behöva avstå äldreomsorg eller hälso- och sjukvård som man har behov av.

Dessa utmaningar kan dock inte sägas vara nya utan har, i lite olika skepnader, funnits under lång tid. Som vi kommer att se i historikavsnittet (se avsnitt 3.1) har systemet inte främst byggts utifrån en logik som är anpassad för de behov som följer med att vi når en högre ålder. Systemet har inte fungerat tillfredställande för

[8] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2021*, 2021, s. 93 f.

äldre personer, och andra, som har behov av långvariga kontakter, och kontakter med flera olika delar av systemet.

Dagens utmaningar vad gäller att säkerställa tillgång till medicinsk kompetens för äldre personer är alltså inte nya. Inte heller utmaningarna vad gäller balans mellan det sociala och det medicinska perspektivet eller att få till en fungerande samverkan. Ädelreformen i början av 1990-talet – som lade grunden för kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar – syftade bl.a. till att försöka skapa strukturer som skulle ge bättre förutsättningar att lösa dessa problem och ge möjligheter att skapa en sammanhängande vård och omsorg, utifrån individernas behov.

Sammantaget pekar dock de kvarvarande strukturella problemen på att vi inte kan fortsätta arbeta på samma sätt som i dag. Den förändrade kontexten kräver en förändring också i våra arbetssätt om vi ska lyckas åtgärda problemen. Det behövs en omställning till mer proaktiva arbetssätt, utgående från individernas behov och önskemål, med höjd kompetens, stärkt kontinuitet och samverkan samt bättre arbetsmiljöer.

De stora variationer i kvalitet och utfall som uppmärksammats i verksamheter pekar dock också på vilka möjligheter till förbättring och effektivisering det finns om vi kan komma till rätta med kvalitetsbristerna.

2.4.2 Ett system som kan möta dagens och morgondagen behov och förväntningar

Nya förutsättningar för vård och omsorg att navigera i

Både den samhälleliga och den medicinsktekniska utvecklingen har lett till stora förändringar i ”vård- och omsorgslandskapet” under de senaste årtiondena.

Det gäller t.ex. demografiska förändringar men även människors behov och förväntningar på att – utifrån egna förutsättningar och önskemål – få vara delaktiga och medskapande i sin egen vård och omsorg. Det gäller även en specialisering och utveckling av vården där vi kan ge alltmer specialiserad hälso- och sjukvård utanför sjukhusen, och i hemmen, ibland via digitala tjänster.

Det har även skett en diversifiering av utförare, där en allt större andel av offentligt finansierad vård och omsorg för äldre nu tillhanda-

hålls av olika privata utförare. Dvs. behovet av samverkan mellan flera olika professioner och organisatoriska enheter runt en enskild person har blivit allt större. Utvecklingen har också bidragit till en allt tydligare differentiering mellan huvudmannarollen och utförarrollen (dvs. motsvarande vård- eller omsorgsgivare) för kommuner och regioner. Något som bl.a. speglas i nyare lagstiftning på hälso- och sjukvårdsområdet.

Ökande medicinska behov bland äldre personer på särskilt boende och med hemsjukvård sätter fokus på frågor om vilken hälso- och sjukvård som ska kunna tillhandhållas såväl på särskilt boende som i ordinärt boende. Om sköra äldre personer ska slippa tillbringa tid på väg till och på sjukhus, för bedömningar och åtgärder som skulle kunna göras i deras hemmiljö med lika god kvalitet, så behöver tillgängligheten till kvalitativa medicinska insatser i dessa miljöer stärkas. Det förutsätter i sin tur ett stärkt samarbete mellan olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet.

Vem är äldre och vem handlar uppdraget om?

Själva begreppet ”äldre”, som skulle kunna vara en neutral term som beskriver den senare delen av våra liv, har i dag för många kommit att bli kopplat till stereotypa och ofta negativt laddade föreställningar om åldrande och dess olika dimensioner. I offentlig debatt tenderar det att i princip enbart förknippas med nedgång av förmågor, förluster och en ökad risk att bli beroende av andra. Den gängse bilden av äldre och åldrande i vårt samhälle lyfter sällan fram att åldrande i sig kan ha något gott med sig som till exempel större erfarenhet, ökad självinsikt och mognad.[9] Detta, och den ålderism som finnas i vårt samhälle (se avsnitt 3.2.1) bidrar troligen till den negativ laddningen kring att uppfattas tillhöra gruppen ”äldre”.

Även den äldre befolkningen, sett ur ett generationsperspektiv, är dock väsentligen annorlunda i dag än för några årtionden sedan (och i stora delar annorlunda än den stereotypa bilden av ”äldre”). På individnivå finns självfallet samma variation mellan individer som i andra åldersgrupper, men tittar vi generationsvis kan vi se vissa gemensamma drag och hur dessa förändras.

[9] DN debatt, *Sjuttio är inte det nya femtio utan i stället något mer*, 2021.

Dagens äldre är generellt mycket friskare och mer aktiva än tidigare generationer (även om hälsan är ojämlikt fördelad, se även avsnitt 3.2). Genom H-70 studierna[10] vid Göteborgs universitet vet vi t.ex. att såväl kognitiva som fysiska funktionsförmågor samt kroppslig och psykisk hälsa har förbättrats för 70-åringar över tid. Studierna visar även på att personligheter förändrats över tid mellan generationerna, t.ex. är kvinnor och män mer lika i personlighetsdragen i senare årskullar. Likaså kan vi se att andelen 75-åringar som behövde hjälp med basala dagliga aktiviteter minskade från 17 procent till 4 procent mellan 1975–1976 och 2005–2006.[11]

Det sker alltså på gruppnivå en förskjutning av åldern då vi behöver någon form av vård och omsorg från samhället. I dag är merparten av de som får insatser från äldreomsorgen över 80 år. Det är dock denna – relativt sett mindre grupp – av äldre personer, som har behov av stöd och hjälp som står i fokus för äldreomsorgen och för vårt uppdrag.

Denna grupp, vår utrednings huvudsakliga målgrupp, utgör en relativt liten del av befolkningen av över 65 år (som är den statistiska gräns som vanligen används för att avgränsa gruppen äldre) och att vara äldre än 65 år är inte synonymt med att ha behov av äldreomsorg.

Vårt samhälle behöver understödja en fortsatt utveckling mot allt fler friska och självständiga levnadsår efter 65 år för så många som möjligt. Dock är det samhällets uppgift att säkerställa att de äldre personer som har behov av vård, stöd och hjälp ska kunna få det, med god kvalitet och på tryggt, säkert och samordnat sätt. Det är i fokus för detta utredningsuppdrag.

Behovet av ett inkluderande systemperspektiv

Det har blivit tydligt att kommunerna, och den hälso- och sjukvård de har ansvaret för, i allt för hög grad kommit att hamna i utkanten, och ibland rent av exkluderas i den övergripande styrningen och utvecklingen av hälso- och sjukvården i Sverige. Som såväl Socialstyrelsen som den tidigare utredningen Samordnad utveckling för

[10] H-70 studierna har sedan 1971 undersökt olika årskullar av 70-åringar, den första född 1901-02 och den senaste född 1944. För mer information om studierna se: https://www.gu.se/forskning/h70-studierna-i-goteborg

[11] Delegationen för senior arbetskraft (S 2018:10), *Rapport 21, 70 är det nya 50*, 2020.

god och nära vård konstaterat, behöver den kommunala hälso- och sjukvården inkluderas som en fullt integrerad del av våra hälso- och sjukvårdssystem.

En annan aspekt av att äldreomsorg och primärvård inte varit i fokus för styrning är en mindre förekomst av forskning och vetenskapligt kunskapsunderlag på områdena. En viktig aspekt av att stärka äldreomsorg och den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården handlar därmed också om att stärka forskningen i och kring såväl äldreomsorg som primärvård, samt att skapa bättre dataunderlag, både när det gäller registerdata och kvalitativa data. Samtidigt kan vi inte låta det faktum att dessa områden blivit eftersatta få fortsätta styra än i dag genom att låta frånvaro av evidens bli ett skäl att inte göra några förändringar. Vi behöver pröva nytt, och säkerställa att vi systematiserat och strukturerat följer upp, utvärderar och drar lärdomar på vägen.

Vi bygger vidare på omställningen till en god och nära vård

Ett viktigt steg på vägen mot att skapa bättre integrerade system som kan svara mot nuvarande och framtida behov och förväntningar har tagits genom att ett övergripande reformarbete initierats i den svenska hälso- och sjukvården. I november 2020 beslutade riksdagen att den svenska hälso- och sjukvården bör ställa om så att primärvården är navet. Omställningen till en god och nära vård är en flerårig strukturreform som berör hela hälso- och sjukvården och genomförs av både regioner och kommuner. Målet är bland annat att reformen ska öka tillgängligheten och kontinuiteten inom primärvården samt att patienten ska bli mer delaktig och få personcentrerad vård. Centrala perspektiv i omställningsarbetet är också ett stärkt fokus på hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande och rehabiliterande arbetssätt.

Parallellt med de utredningar som legat till grund för omställningsarbetet mot en god och nära vård tillsattes också den utredning som fick i uppdrag att göra en översyn av socialtjänstlagen. I deras förslag till ny socialtjänstlag läggs också ett tydligare fokus på det förebyggande perspektivet och på tillgänglighet samt på bl.a. uppföljning och en kunskapsbaserad socialtjänst. Förslagen bereds i Regeringskansliet (se vidare i avsnitt 2.4.3).

2.4.3 Vårt uppdrag är en pusselbit av många

För att vi ska få en väl fungerande äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård av god kvalitet krävs ett långsiktigt och uthålligt utvecklings- och förbättringsarbetet inom en rad olika områden. Mycket sådant arbete är redan initierat eller pågående, bl.a. till följd av erfarenheter utifrån coronapandemin och utifrån den pågående omställningen mot god och nära vård. I avsnitt 3.3.3beskriver vi ett antal sådana initiativ vars genomförande är centralt också för att skapa rätt förutsättningar för våra förslag att få sin tänka effekt.

Vi ser vårt arbete som en del i omställningen mot god och nära vård, och vi knyter an till det arbete som är påbörjat för att skapa ett samordnat, sömlöst stöd för individen, genom stärkt samverkan mellan olika huvudmän och aktörer. I detta arbete behövs både regler och kultur som understödjer förflyttningen mot den personcentrerade, nära vården och omsorgen.

Vårt uppdrag är, som tidigare redogjorts för, inriktat på att ta fram författningsförslag för att tydliggöra och om nödvändigt skärpa vissa delar av regelverken för vård och omsorg för äldre. Det är en viktig pusselbit i arbetet med att åstadkomma långsiktigt hållbara förutsättningar för äldreomsorgen och säkerställa tillgången till god hälso- och sjukvård och medicinsk kompetens inom den kommunala hälso- och sjukvården. En pusselbit som är avsedd att bygga vidare på och komplettera annat pågåendearbete.

Relaterade utredningar

De senaste åren har ett flertal utredningar av relevans för utvecklingen inom vård och omsorg för äldre levererat betänkanden och förslag. Flertalet av dessa, vilka tagits vidare i någon form, redogör vi för i anslutning till relaterade analyser i våra texter.

Här redogör vi dock övergripande för tre centrala betänkanden, varav två inte innehöll förslag till förändringar i lagstiftning och därför inte tagits vidare i lagstiftningsprocessen, samt förslaget till ny socialtjänstlag, vilket ännu är under beredningen i Regeringskansliet.

Hållbar Socialtjänst. En ny socialtjänstlag

Regeringen beslutade den 6 april 2017 (dir. 2017:39) att tillsätta en särskild utredare att göra en översyn av socialtjänstlagen, och vissa av socialtjänstens uppgifter. Utredningen fick bl.a. i uppgift att se över och lämna förslag beträffande:

- socialtjänstlagens struktur och konstruktion,
- tillgången till en jämlik, jämställd och likvärdig socialtjänst,
- en hållbar socialtjänst som främjar långsiktigt strukturellt förebyggande arbete och bidrar till hållbarhet samt minskar behovet av individuella insatser,
- socialtjänstens uppdrag,
- socialtjänstlagens indelning i olika grupper,
- en kompetens- och kunskapsbaserad socialtjänst.

Den 20 juli 2018 fick utredningen tilläggsdirektiv som bl.a. innebar ett förtydligat uppdrag att analysera och beakta vilken funktion en särreglering för äldre skulle ha (dir. 2018:69).

Utredningens direktiv fastslog att de inte fick lägga förslag som var kostnadsdrivande eller ambitionshöjande.

Den 24 april 2018 överlämnade utredningen delbetänkandet Ju förr desto bättre – vägar till en förebyggande socialtjänst (SOU 2018:32).

I augusti 2020 överlämnade utredningen betänkandet Hållbar socialtjänst. En ny socialtjänstlag (SOU 2020:47). Utredningen föreslog att en ny socialtjänstlag ska ersätta den nuvarande lagen. Ambitionen har varit att lagen i större utsträckning ska återfå karaktären av ramlag och därmed även lämna större utrymme för helhetssyn på individen. Utredningen har därmed även övervägt att ta bort de bestämmelser för olika grupper som finns i nuvarande 5 kap. socialtjänstlagen. Detta bedömdes dock inte vara praktiskt genomförbart och i stället föreslog utredningen att lagen ska strukturerats så att nuvarande gruppindelning tonas ner.

De större förslagen i betänkande kan övergripande sägas handla om en förebyggande och lätt tillgänglig socialtjänst, om övergripande planering och planering av insatser, en kunskapsbaserad socialtjänst och om möjligheten att tillhandahålla insatser utan föregående be-

hovsprövning. Det framhålls att förslagen tillsammans bildar en helhet i vilken de olika delarna är beroende av och förutsätter varandra.

Vad gäller frågan om en särreglering för äldre ansåg utredningen att det för den socialt inriktade äldreomsorgen fanns flera fördelar med en fortsatt reglering i socialtjänstlagen. Vad en särlagstiftning för äldreomsorgen skulle innebära för äldre personer och deras närstående skulle bero på hur lagen utformas, t.ex. när det gäller vilka personer och insatser som lagen skulle omfatta. En äldreomsorgslag som avgränsas till socialtjänstområdet bedömdes till stora delar komma att dubblera socialtjänstlagen. En sådan lag skulle inte förändra förutsättningarna för en sammanhållen vård och omsorg om den inte också omfattade bestämmelser för hälso- och sjukvården. Utredningen bedömde därför att det behövdes ett fortsatt arbete för att se över hur lagstiftningen kan stärka både den sociala omsorgen för äldre personer och deras tillgång till en sammanhållen vård och omsorg med utgångspunkt i socialtjänstlagen och lagstiftningen för hälso- och sjukvården.

Utredningen lämnade några frågor utan ställningstaganden eller utredningsunderlag. Det gällde bl.a. uppdraget att se över om det finns behov av att införa ett krav på socialt ansvarig samordnare.

Betänkandet har remitterats och bereds i Regeringskansliet.

Vilja välja vård och omsorg

I juni 2021 lämnade utredningen Nationell samordnare för kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre sitt betänkande, Vilja välja vård och omsorg – En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre (SOU 2021:52). Där presenterades analyser, bedömningar och rekommendationer till kommunerna och till regeringen. En övergripande slutsats är att en ambitionshöjning är nödvändig – och att arbetet kan börja redan nu. Äldreomsorgslyftet ger förutsättningar att påbörja ett sådant långsiktigt arbete då ny och befintlig baspersonal får möjlighet att utbilda sig på betald arbetstid.

Rekommendationerna till kommunerna strukturerades kring fyra områden

1. Förnya, behålla och utveckla kompetens.
2. Stärk ledarskapet.
3. Skapa trygga anställningsförhållanden och en god arbetsmiljö.
4. Ny teknik i vårdens och omsorgens tjänst.

Rekommendationerna till regeringen konstaterade att nationellt stöd behövs för fortsatt utvecklingsarbete – på kort och lång sikt. En konkret rekommendation var att överväga att inrätta ett kompetenscentrum för utveckling av äldreomsorgen.

Regeringen har därefter gett Socialstyrelsen i uppdrag att föreslå hur ett nationellt kompetenscentrum för äldreomsorg kan inrättas och organiseras vid myndigheten.[12] Verksamheten förväntas påbörjas 2023.[13]

Äldreomsorgen under pandemin

I december 2020 lämnade Coronakommissionen sitt första delbetänkande, Äldreomsorgen under pandemin (SOU 2020:80). I detta redovisar Coronakommissionen vad den bedömer vara de viktigaste orsakerna till den stora smittspridningen och de höga dödstalen bland äldre personer i Sverige. Kommissionen menar att äldreomsorgen stod oförberedd och illa rustad när pandemin slog till. Detta bottnade i strukturella brister vilka varit kända före virusutbrottet. Enligt kommissionen bedömning beror de strukturella bristerna i äldreomsorgens beredskap bl.a. på nedan listade orsaker.

En fragmenterad organisation

När smittan bröt ut på allvar fanns på nationell nivå ingen överblick över kommunernas beredskap för att kunna möta en pandemi. Det saknades också etablerade kanaler mellan t.ex. Socialstyrelsen och den kommunala hälso- och sjukvården liknande de upparbetade

[12] Regeringen (Socialdepartementet), *Uppdrag om ett nationellt kompetenscentrum för äldreomsorg, S2021/08232 (delvis)*.
[13] Socialstyrelsen, *Nationellt kompetenscentrum för kompetenscentrum för vård och omsorg för äldrevård och omsorg för äldre. Inrättande av centrum vid Socialstyrelsen*, 2022.

kanalerna mellan myndigheten och den regionala hälso- och sjukvården.

Vidare framhålls att det behövs verktyg och upparbetade kanaler som säkerställer en operationell och kontinuerlig samordning mellan regioner och kommuner där varje aktör förmår se till helheten och investerar tillräckligt med resurser. Något som sannolikt kräver genomgripande förändringar i styrningen av äldreomsorgen inklusive den medicinska vården.

Ett behov av högre bemanning, ökad kompetens, och rimliga arbetsförhållanden

I detta avseende anför kommissionen att riksdag och regering måste se över vad som är en tillräcklig bemanning på särskilda boenden och i hemtjänsten, inte minst vad gäller vård och behandling av demenssjuka. Arbetsgivarna måste också förbättra förutsättningarna för ledarskap genom att se över ledningsstrukturer och organisering så att antalet medarbetare som en chef ansvarar för sänks väsentligt. Vidare måste arbetsgivarna förbättra anställningstryggheten och personalkontinuiten i äldreomsorgen samt kraftigt minska andelen personal med timanställning.

Kommissionen framhåller även att trots ökade medicinska behov hos omsorgsmottagarna i Sverige är bemanningen med medicinskt utbildad personal generellt sett låg. De anser att den medicinska kompetensen inom äldreomsorgen behöver förstärkas och konstaterar att den nödvändiga ambitionshöjningen kan kräva stöd av statliga insatser.

Ett otillräckligt regelverk

Många smittskyddsåtgärder inom ramen för ett särskilt boende strider mot äldreomsorgens värdegrund och det är osäkert om den lagstiftning som finns ger utrymme för samtliga de åtgärder som behöver vidtas där. Kommissionen menar att lagstiftaren måste säkerställa att det i äldreomsorgen finns lagliga möjligheter att vidta de åtgärder som krävs för att skydda omsorgsmottagarna vid en pandemi och i andra extraordinära krissituationer.

Hinder för kommunerna att anställa läkare och få tillgång till medicinsk utrustning

Kommissionen anser att den kategoriska uppdelningen mellan kommun och region i fråga om läkaransvar inte ens i en normal situation framstår som en lämplig lösning, och i synnerhet inte i en kris där varje beslutsled och gränssnitt innebär en sårbarhet i sig. Kommissionen anser därför att det bör vara möjligt för kommuner att anställa läkare.

Kommissionen anser vidare att det vid varje särskilt boende bör finnas tillgång till sådan medicinsk utrustning att nödvändiga medicinska insatser och en god palliativ vård kan ges på plats. Det gäller bland annat apparatur för att ge syrgas och näringslösning. Ett uppenbart skäl är att den boende då kan få tillgång till sådana insatser utan de påfrestningar en sjukhustransport och sjukhusvistelse kan innebära och en god lindrande (palliativ) vård kan ges på plats.

2.4.4 Avgränsningar

Även om det alltså finns en mängd relevanta kopplingar mellan vårt uppdrag och diverse olika områden och frågor så har vi utifrån vårt utredningsuppdrag och dess omfattning behövt klargöra vissa avgränsningar i fråga om vad som ryms inom vårt utredningsuppdrag. Nedan redogörs för dessa.

Vi har ej specifika uppdrag om kompetensförsörjning

Att säkerställa kompetensförsörjningen inom vård och omsorg är generellt en av de viktigaste åtgärderna för att kunna tillhandahålla en god och säker vård och omsorg, som motsvarar befolkningens behov och förväntningar. Detta är välkänt och det pågår en rad initiativ, också på nationell nivå, för att åtgärda befintliga problem (se avsnitt 3.3.2). Att framgång nås i det arbetet kommer vara avgörande även för att våra förslag ska kunna få hela den avsedda effekten.

Vår utredning har dock inga utpekade uppdrag att lämna förslag för stärkt kompetensförsörjning och det är därmed ett område vi enbart berör genom våra förslag på reglering av äldreomsorgen och den kommunala primärvården.

Smittskydd och krisberedskap

I samband med coronapandemin har behovet av adekvat kompetens och reglering inom såväl smittskyddsområdet som krisberedskap aktualiserats, så även i förhållande till kommunernas ansvar för vård och omsorg. Vår utredning har dock inga specifika uppdrag i dessa delar.

Sådana uppdrag har givits till andra utredningar. I september 2021 tillsattes en utredning för att göra en översyn av smittskyddslagen. Uppdraget ska slutredovisas senast den 1 september 2023.[14]

I februari 2021 överlämnade Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (S2018:09) sitt slutbetänkande, med förslag för att stärka den svenska hälso- och sjukvårdens beredskap och motståndskraft.[15] Förslagen bereds i Regeringskansliet. Baserat på utredningens tidigare delbetänkande har också ett antal regeringsuppdrag givits till olika myndigheter, bl.a. ett uppdrag till Socialstyrelsen och länsstyrelserna gällande kartläggning och stöd av den kommunala hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap.[16]

Personer med nedsatt beslutsförmåga

En fråga som aktualiseras när man behandlar frågor om vård och omsorg till äldre personer, är hur man ska hantera situationer – kopplade till vård och omsorg – där en person inte har förmåga att fullt ut utöva sitt självbestämmande.

Det saknas i dag generella och heltäckande regler i svensk rätt gällande i vilka situationer vuxna ska anses sakna förmåga, i rättslig mening, att fatta egna beslut om sin hälso- och sjukvård eller omsorg och vad som då ska gälla. Enligt en tidigare utredning bidrar detta till att det råder stor osäkerhet bland dem som berörs (enskilda och deras närstående, verksamheterna och personalen etc.) om hur situationer som involverar personer som inte kan göra ställningstaganden själva ska hanteras.[17]

[14] Dir 2021:68, *Författningsberedskap inför framtida pandemier*.
[15] SOU 2022:6, *Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga*.
[16] Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag gällande kartläggning och stöd av den kommunala hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap*, 2021.
[17] SOU 2015:80, *Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till vård, omsorg och forskning*, s. 28.

Vår utredning instämmer i behovet av ett tydligare regelverk på området, såsom framfört av tidigare utredningar.[18] Inte minst utifrån den ökande förekomsten av demenssjukdomar bland äldre personer (se avsnitt 3.2.2.). Att utreda utformning och lägga fram förslag på ett sådant regelverk är dock inte en fråga som ryms inom vårt aktuella utredningsuppdrag.

Primärvård i fokus

Vårt uppdrag när det gäller hälso- och sjukvård fokuserar på den kommunala hälso- och sjukvården som ges på primärvårdsnivå, samt de läkarinsatser på primärvårdsnivå som regionerna ansvarar för att erbjuda till patienter med kommunal primärvård. För att även äldre och andra personer med kommunal primärvård ska få en likvärdig tillgång till hälso- och sjukvård krävs även en välfungerande samverkan mellan primärvården och den specialiserade vården. Detta gränssnitt berörs därmed delvis i våra analyser, men vårt uppdrag på hälso- och sjukvårdsområdet handlar om vård på primärvårdsnivå.

Regelverk som styr möjligheter att dela information

Olika hinder – såväl regleringsmässiga som tekniska – för att dela information mellan olika vårdgivare och mellan vård- och omsorgsgivare medför i sin tur utmaningar för att uppnå en integrerad vård och omsorg. Även detta är ett välkänt strukturellt problem, och riksdagen har nyligen beslutat om en proposition om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Parallellt har E-hälsomyndigheten haft ett uppdrag att analysera och föreslå hur de legala möjligheterna till sammanhållen journalföring kan nyttjas i så stor utsträckning som möjligt i hälso- och sjukvården (se vidare avsnitt 3.3.3).

Detta är alltså ett område som nyligt är utrett av andra, där vår utredning inte har särskilda uppdrag. Vi ser dock att en utveckling utifrån bägge de nämnda initiativen kommer vara centralt för att skapa bättre förutsättningar för en integrerad vård och omsorg.

[18] Jfr SOU 2015:80, *Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till vård, omsorg och forskning*; SOU 2020:14, *Framtidens teknik i omsorgens tjänst*.

Vårt uppdrag omfattar inte tandvårdslagstiftningen

Utredningens uppdrag att ta fram lagförslag utgår tydligt ifrån gällande lagstiftning på Socialtjänstområdet samt hälso- och sjukvårdsområdet. Tandvård styrs av annan lagstiftning, vilken inte faller under vårt utredningsuppdrag att utreda.[19]

I vårt arbete har vi dock utgått från att munhälsa ofrånkomligen är en integrerad del av vår hälsa, som påverkar övriga delar. Vilket behöver beaktas i förhållande till t.ex. behovet av kompetens inom äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård.

Jämlik vård och omsorg i ett decentraliserat system

En central utgångspunkt i våra direktiv är behovet av större tydlighet om uppdraget för äldreomsorgen, men även den kommunala hälso- och sjukvården. Detta ses som centralt för att kunna säkerställa en jämlik vård och omsorg av god kvalitet.

Nuvarande variationer i utfall på centrala indikatorer såsom oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar, fallolyckor eller andel personer 75 år och äldre med olämpliga läkemedel[20] kan inte förklaras eller rättfärdigas utifrån ett behov av att anpassa till lokal kontext utifrån storlek eller geografisk och demografisk kontext. Denna situation understödjer behovet av att förtydliga regelverket och tydliggöra vad som åligger huvudmän respektive vård- och omsorgsgivare.

Det är dock inte vår uppgift utreda ansvarsfördelningen mellan huvudmän, eller det kommunala självstyret. Våra förslag utgår därmed från befintlig ansvarsfördelning och fortsatt kommunalt självstyre.

[19] Tandvården har nyligt varit föremål för en översyn, se SOU 2021:8, *När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa*. Förslagen bereds i Regeringskansliet.
[20] Jfr Socialstyrelsens öppna jämförelser för Vård och omsorg för äldre.

3 Kontext

I detta kapitel ges en mer övergripande kontext till våra analyser och förslag som följer i senare kapitel. Först gör vi en kort historisk tillbakablick, därefter beskrivs behov och förväntningar på vård och omsorg för äldre personer i dag.

Därefter redogör vi för några olika strukturella förutsättningar för utvecklingen av vård och omsorg för äldre, vilka oundvikligen kommer påverka möjligheterna att fullt ut nå den tänkta potentialen i våra förslag. Områden där vi inte har uppdrag att lämna förslag, men där många initiativ pågår, vilket beskrivs.

Kapitlet avslutas med en internationell utblick.

3.1 Historik

Den vård och omsorg som samhället erbjuder äldre personer speglar den kunskap och de värderingar som samhället vid en viss tid har kring åldrandet samt vilka behov som behöver uppfyllas.

Äldreomsorgens framväxt och utveckling i Sverige har nyligt beskrivits av andra statliga utredningar bl.a. Coronakommissionen.[1] Här görs därmed ingen heltäckande genomgång, men väl en redogörelse för några centrala utvecklingslinjer som vi bedömer vara av betydelse för en gemensam utgångspunkt gällande dagens vård och omsorg för äldre personer.

[1] SOU 2020:80, *Äldreomsorgen under pandemin*; SOU 2021:52, *Vilja välja vård och omsorg – En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre*.

3.1.1 Fokus på möjligheten att försörja sig

Fattigstugorna

Den svenska äldreomsorgen har sitt ursprung i äldre tiders fattigvård. Dess uppgift handlade framför allt om att tillhandahålla ”livets nödtorft” i form av tak över huvud och mat på bordet.

Redan på slutet av 1500-talet reglerades lokalsamhällets ansvar för personer som inte kunde klara sig själv (inklusive äldre personer).[2] I samband med kommunreformen 1862 gick detta ansvar över från socknen till kommunerna.[3] Det var dock fortsatt en fråga om försörjning snarare än det vi med dagens mått mätt skulle kalla vård eller omsorg.

Det var först i början av 1900-talet som man i den socialpolitiska debatten började diskutera hur en äldreomsorg skulle utvecklas, t.ex. att omsorgen om de äldre och fattigvården skulle skiljas åt.[4] Den första större reformen för äldrevården kan sägas ha kommit i och med 1918 års fattigvårdslag. Där fastslogs att samtliga kommuner måste kunna erbjuda plats för behövande åldringar på särskilda ålderdomshem.

Kronikervården

Givet att äldre personer utgjort den större andelen av gruppen personer med kroniska sjukdomar så behöver en historisk översikt även uppmärksamma vården av kroniskt sjuka. Eller snarare frånvaron av den, eftersom den svenska sjukvården historiskt sedan 1700-talet utvecklats ur och fokuserat på akutsjukvården.[5]

Sjukvården var länge inriktad på de patienter som kunde förväntas återfå sin förvärvsförmåga. De kroniskt sjuka, de som inte kunde botas och därmed förväntas bidra till produktionen i samhället, var länge aktivt uteslutna från sjukhusvården. Det var öppenvården, främst genom provinsial- och stadsläkarna, som fick hantera de kroniskt sjuka. Även de prioriterade dock de akuta, epidemiska

[2] Grafström M, Sundström G, *Fattigvården och framväxten av dagens offentliga äldreomsorg-exemplet Daretorp,* Jönköping University School of Health and Welfare Working Paper No. 04, 2015.
[3] Prop 1979/80:1, *Om socialtjänst*.
[4] Thorslund M, *Åldrandet och äldreomsorgens utveckling*, i Socialmedicinsk tidskrift 5–6/2010.
[5] Socialstyrelsen, *Utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar. Lägesrapport 2015*, 2015.

infektionssjukdomar som utgjorde det dominerande inslaget i dåtidens sjukdomspanorama.

I praktiken blev det i hög grad den kommunala fattigvården som kom att härbärgera många av dessa fattiga personer med kronisk sjukdom, trots att ålderdomshemmen inte var avsedda för att ge den typen av medicinsk vård.

Först genom 1927 års beslut om inrättande av (sjuk)hem för kroniskt sjuka bröts trenden med denna uteslutning, som det i praktiken kommit att handla om, från sjukvården. Förbudet mot att ta in personer med kronisk sjukdom på lasarett kvarstod dock.[6]

3.1.2 Stärkt individperspektiv i det offentliga åtagandet

Det var först efter andra världskriget som såväl de politiska som ekonomiska förutsättningarna fanns på plats för större satsningar på såväl äldre personer som de med kroniska sjukdomar.

1948 höjdes pensionerna för att göra det möjligt för fler att klara sig utan hjälp av närstående eller från fattigvården. Samtidigt blev ansatsen att kraftigt bygga ut ålderdomshemmen. Man beräknade att ungefär var tionde ålderspensionär skulle behöva en plats. Ålderdomshemmets karaktär av passiv tillvaro och dålig bostadsstandard skulle dock förändras till det bättre.

Från fattigvård till socialtjänst

Från mitten av femtiotalet och framåt kan vi se hur individens behov och önskemål successivt får mer utrymme i lagstiftningen.

1957 trädde socialhjälpslagen i kraft, vilken ersatte fattigvårdlagstiftningen. Den nya socialvårdens ansvarsområde var mer vidsträckt än den tidigare fattigvårdens; den hade högre ambitioner och skulle agera aktivt och förebyggande på sociala problem.[7] Samma år beslutade riksdagen om riktlinjer för ålderdomshemmen. Där angavs att vården måste respektera den äldres integritet, intressen och individuella önskemål samt i största möjliga utsträckning inriktas på att

[6] Socialstyrelsen, *Utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar. Lägesrapport 2015*, 2015.
[7] Socialstyrelsen, *Utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar. Lägesrapport 2015*, 2015.

de äldre skulle få leva ett oberoende liv så länge som möjligt i sina egna hem.[8]

Socialhjälpslagen (och flera andra lagstiftningar) ersattes i sin tur 1980 av socialtjänstlagen. I propositionen angavs då att målen inom äldreomsorgen var självbestämmande och normalisering. Servicen som den äldre väljer skulle ges utan ingrepp i den personliga integriteten.[9]

Från vårdhem till hemvård – kvarboendeprincipen gör sitt intåg

Den stora utbyggnaden av ålderdomshemmen under efterkrigstiden kom att ifrågasättas. Bl.a. av framväxande pensionärsorganisationer och av debattörer, som Ivar Lo-Johansson. Under parollen ”hemvård i stället för vårdhem” kritiserades den anstaltsvård som bedrevs på dåtidens ålderdomshem och man debatterade för en mer human vård av äldre.[10] Ingen skulle tvingas till en institution bara för att man var gammal och hade behov av stöd, utan i högre grad få möjlighet till stöd att bo kvar i den egna hemmiljön och sammanhanget.

Denna linje kom att få visst genomslag i den ”Åldringsvårdsutredning” som presenterades i mitten av 50-talet, i vilken kvarboendeprincipen lanserades. Äldre personer skulle nu i första hand få stöd och åtgärder för att kunna leva ett oberoende liv så länge som möjligt i sina egna hem. Denna princip har sedan dess varit vägledande för utformningen av svensk äldreomsorg.

En ytterligare utveckling som bidrog till att möjliggöra kvarboende var framväxten under 1950-talet av hemtjänst. Civilsamhällesorganisationer som Röda Korset och husmodersföreningar var först med att erbjuda denna typ av tjänst, som sedan också kom att erbjudas av kommunerna. Vanligen var det hemmafruar som utförde den.[11]

[8] Prop. 1957:38, *Angående vissa frågor rörande åldringsvården*, s. 60 ff.
[9] Prop. 79/80:1, *Om socialtjänsten del A*.
[10] Grafström M, Sundström G, *Fattigvården och framväxten av dagens offentliga äldreomsorg - exemplet Daretorp*, Jönköping University School of Health and Welfare Working Paper No. 04, 2015; Johansson, I-L, *Ålderdoms-Sverige,* 1952.
[11] SOU 2020:80, *Äldreomsorgen under pandemin*, s. 56.

Kronisk sjukdom inkluderas i landstingens ansvar

Utredningarna som låg bakom förändringarna av äldrevården i början och mitten av förra seklet satte också fokus på de personer bland de äldre som var kroniskt sjuka. Att dessa personer först skildes ut och bereddes plats inom sjukvården ansågs vara en förutsättning för inrättandet av en kommunal åldringsvård. Genom en ändring i sjukhuslagen fick landstingen 1951 till slut ett tydligare ansvar även för vården av kroniskt sjuka personer. Kronisk sjukdom jämställdes då med övrig kroppssjukvård och förbudet mot att ta in personer med kronisk sjukdom på lasarett slopades.[12]

I praktiken blev dock gränsen mellan kommunernas ålderdomshem och landstingens kronikervård inte så tydlig. På ålderdomshemmen kunde fortsatt personer bo som var lika sjuka som i landstingens kronikervård.[13]

3.1.3 Vård och omsorg för äldre ökar i omfattning

Äldreomsorg

För att svara mot den växande andelen äldre i befolkningen skedde mellan 1960–80 en stark expansion av äldreomsorgen, både vad gäller institutioner och hemtjänst. Ålderdomshemmen blev dock återigen ifrågasatta bl.a. utifrån att de äldre blev ensamma och isolerade. Trenden gick efter hand alltmer mot ett ifrågasättande av institutionsvård (inte bara för äldre) och en ökad betoning av den personliga integriteten. Servicehus bemannade med såväl omsorgs- som hälso- och sjukvårdspersonal byggdes, där trygghet skulle förenas med frihet och självständighet.[14]

Vård av personer med kronisk sjukdom

Inte bara äldreomsorgen expanderade under denna tid utan även landstingens vård av personer med kronisk sjukdom. Det blev allt tydligare att denna grupp till övervägande del bestod av just äldre

[12] Socialstyrelsen, *Utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar. Lägesrapport 2015*, 2015.
[13] SOU 2020:80, *Äldreomsorgen under pandemin*, s. 55.
[14] SOU 2020:80, *Äldreomsorgen under pandemin*, s. 57.

personer och att både gruppen och behandlingstiderna växte. Detta till följd av bl.a. bättre levnadsstandard och ett förändrat sjukdomspanorama samt nya behandlingsmöjligheter. Utbyggnaden av vårdplatser för kroniskt sjuka var under 1960–1970-talen större än på något annat vårdområde. Samtidigt började dock trenden så smått svänga, från den rådande ”slutenvårdsideologin” mot ett större fokus på den öppna vården, inklusive hemsjukvård.

Hemsjukvårdens intåg

Hemsjukvårdens utbyggnad i slutet av 1940-talet var ett direkt resultat av beslutet att överföra sjuka äldre personer från den kommunala åldringsvården till den landstingsanslutna sjukvården. När det inte fanns tillräckligt med vårdplatser gav landstingen i stället s.k. hemsjukvårdsbidrag, ofta till anhöriga. Det som initialt kanske främst sågs som en övergångslösning kom dock att bli en permanent lösning och en del av utbyggnaden av den öppna vården. 1971 hade hemsjukvården passerat den slutna vården i omfattning. Antalet kroniskt sjuka som vårdades i hemmet var då 37 000 medan antalet långvårdsplatser uppgick till 34 000.[15]

Under 1980-talet kom en kartläggning som pekade på att problem att få hemtjänst och hemsjukvård utanför kontorstid medförde att personer ”tvingades” flytta till ålderdomshem eller långvård. Detta bidrog till att såväl kommunernas hemtjänst som landstingens hemsjukvård byggdes ut så att insatser kunde ges dygnet runt.[16]

3.1.4 Ädelreformen – En ambition att integrera sociala och medicinska perspektiv

Den senaste stora reformen när det gäller vård och omsorg för äldre, allmänt kallad Ädelreformen, trädde i kraft den 1 januari 1992. Då fick kommunerna ett samlat ansvar för långvarig service, hälso- och sjukvård och socialtjänst till äldre och personer med funktionsnedsättningar. Kommunerna blev alltså huvudmän även för delar av hälso- och sjukvården.

[15] Socialstyrelsen, *Utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar. Lägesrapport 2015*, 2015, s. 27–30.
[16] SOU 2020:80, *Äldreomsorgen under pandemin*, s. 58.

Med sikte på integrering av social och medicinsk kompetens

Reformen föranleddes i hög grad av problem kopplade till oklar ansvars- och uppgiftsfördelning och brist på samverkan mellan kommuner och landsting, allt fler medicinskt färdigbehandlade patienter i sjukvården som inte kunde komma hem samt ökade kostnader p.g.a. allt fler äldre patienter. Det fanns också en värdekonflikt där den kommunala sidan hade ett socialt perspektiv och landstingssidan ett medicinskt perspektiv på hur vården skulle bedrivas.[17] Genom reformen ville man skapa bättre möjligheter att integrera de sociala och medicinska perspektiven:

> En utgångspunkt är att den uppgiftsfördelning mellan sociala och medicinska insatser som nu tillämpas inte är ändamålsenlig. Människors behov av service och vård är sammansatta och skiftar över tiden. Hjälpbehoven låter sig inte enkelt delas in i medicinska och sociala insatser. Enligt min mening bör social och medicinsk kompetens integreras genom att yrkesroller och arbetsorganisation inom socialtjänsten och delar av hälso- och sjukvården samordnas.[18]

I propositionen som låg till grund för reformen framhölls också att det inte fanns någon motsättning mellan behovet av en vidareutvecklad medicinsk kompetens och det sociala synsätt som var utgångspunkt för reformen. Ett socialt synsätt borde utgöra grunden för den dagliga omsorgen. Samtidigt var det viktigt att det fanns kvalificerad medicinsk kompetens nära tillgänglig för den kommunala organisationen och vikten av integration och helhetssyn betonades.[19]

Kommunernas ansvar efter Ädelreformen

I samband med reformen övertog kommunerna bl.a. ansvaret för och driften av sjukhem och andra vårdinrättningar för somatisk långtidssjukvård. Kommunerna blev också skyldiga att inrätta särskilda boendeformer, till vilket räknades bl.a. ålderdomshem, servicehus, gruppboende och de sjukhem som kommunerna övertog i samband med reformen. De blev även ansvariga för att erbjuda hälso- och sjukvård (exklusive läkarinsatser) i dessa särskilda boendeformer och i dagverksamheter.

---

[17] Socialstyrelsen, *Ädelreformen slutrapport*, 1996.
[18] Prop. 1990/91:14, *Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade mm.,* s. 57.
[19] Prop. 1990/91:14, *Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade mm*., s. 135f.

Även om sjukhemmen och andra inrättningar för somatisk långtidssjukvård hade kategoriserats som sjukhus och en del av den slutna vården klargjordes att dessa efter överförandet till kommunerna inte längre var att anses som sjukhus i rättslig mening, utan som en särskild boendeform för service och omvårdnad. Den sjukvård som skulle erbjudas där var därmed att ses som öppen sjukvård.[20]

Kommunerna fick vidare möjlighet att bedriva hemsjukvård, och att efter överenskommelse med landstinget[21] ta över ansvaret att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård).

I elva län övertog kommunerna ansvaret för hemsjukvård direkt i anslutning till Ädelreformens genomförande.

Den ansvarsfördelning som Ädelreformen lade grunden för när det gäller vård och omsorg för äldre är i allt väsentligt den som fortsatt gäller i dag. För vidare beskrivning av gällande rätt inom socialtjänst respektive hälso- och sjukvården hänvisas därmed till kapitel 5 respektive kapitel 6.

En grundläggande förändring i det svenska vård- och omsorgslandskapet som skett succesivt från Ädelreformen och framåt behöver slutligen nämnas. Det faktum att antalet utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård och socialtjänst har vuxit betydligt, vilket bl.a. ställer ökade krav på samverkan.

Att även kommunerna blev huvudmän och utförare av vissa hälso- och sjukuppgifter är en bidragande orsak. Därtill kom ökade möjligheter för huvudmännen att överlämna utförandet av hälso- och sjukvården och socialtjänsten till privata aktörer. Genom lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV, infördes också möjligheten att införa valfrihetssystem inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten och 2010 blev det obligatoriskt för regionerna i sin primärvård.

[20] Prop. 1990/91:14, *Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.*, s. 52.
[21] Dvs. motsvarande dagens ”regioner”.

3.2 Behov och förväntningar på vård och omsorg i samband med åldrande

3.2.1 Åldrande – en del av livet

Alla åldras vi, från dagen då vi föds. Den är en naturlig del av livet. Vi lever också allt längre och förväntat antal friska levnadsår vid 65 års ålder ökar. En fantastisk utveckling. Men hälsan är inte jämnt fördelad.[22] Hur vårt åldrande blir och upplevs beror på många olika faktorer såsom kön, socioekonomiska förhållanden, etnicitet, funktionsnedsättning, språk, könsidentitet och könsuttryck.[23] Sedan mitten av 80-talet har skillnaderna i livslängd mellan olika socioekonomiska grupper i Sverige ökat.[24]

Dagens äldre är generellt mycket friskare och mer aktiva än tidigare generationer. På gruppnivå pågår alltså en förskjutning av åldern då vi går från stabil funktionsförmåga till avtagande funktionsförmåga och slutligen väsentliga förluster av funktionsförmåga. Lever vi tillräckligt länge följer dock så småningom denna utveckling.

För att vi ska få möjlighet att åldras på ett sätt som låter oss fortsätta vara och göra det vi själva värdesätter behövs olika insatser – av oss själva och av samhället – i olika skeden av vårt åldrande. Först åtgärder för att så långt möjligt främja friskfaktorer, förebygga olika kroniska tillstånd och flytta fram tidpunkten för inskränkningar i vår funktionsförmåga. Vi behöver samtidigt säkerställa att vi har system på plats för att identifiera sjukdomstillstånd när de uppstår och kunna sätta in rätt behandling eller kontrollmekanismer. När våra förmågor börja avta behöver vi få stöd från bl.a. hälso- och sjukvård i att så långt möjligt bibehålla förmågor, bota eller sakta ner sjukdomsförlopp, och så småningom att hantera långt framskridna kroniska tillstånd. Vi kan också behöva insatser från t.ex. äldreomsorg för att få stöd för att upprätthålla våra förmågor och få möjlighet att leva värdigt under slutet av våra liv.[25]

[22] Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsans utveckling årsrapport 2021*, 2021, s. 41; Stockholms läns Äldrecentrum, *StockholmSNAC2019. En beskrivning av äldreomsorgstagarna och omsorgens omfattning i Stockholm stad 2019*, 2020, s. 3.
[23] Myndigheten för delaktighet, *Åtgärder på äldreområdet under perioden 2016–2020 Redovisning av Sveriges genomförande av Madrid International Plan of Action on Ageing (MIPAA)*, 2021.
[24] Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsans utveckling årsrapport 2021*, 2021, s. 41.
[25] WHO, *ICOPE Implementation framework*, 2019, s. 12.

Ålderism

Trots den positiva utvecklingen med ökande medellivslängd och fler friska levnadsår så finns det fortsatt många som sitter med stereotypa föreställningar om de personer som i olika sammanhang betecknas som ”äldre”. Föreställningar som påverkar hur den som uppfattas vara äldre beskrivs och bemöts i olika sammanhang och frågan om *ålderism* lyfts allt oftare när frågor om äldre personer diskuteras.

Ålderism handlar om fördomar och stereotypa föreställningar om ålder och konsekvenser av dessa genom diskriminering. Ålderism kan handla om att äldre personer är underrepresenterade i Sveriges riksdag, att äldre personer osynliggörs i mediernas rapportering, att äldre personer stereotypt betraktas som ensamma, sjuka, asexuella, förvirrade, beroende. Ålderism kan också handla om språkliga uttryck och talesätt, som kan vara stereotypt negativa eller positiva. Det kan även handla om åldersgränser i lagstiftning som till exempel att personer som fyllt 65 år inte kan beviljas personlig assistans.[26] Problemet kan alltså både existera som stereotypa attityder och som diskriminerande bestämmelser och praktiker.[27] Forskning om ålderism handlar vanligen om negativa föreställningar som riktas mot äldre men enligt vissa definitioner kan ålderism avse ålder över hela livsloppet.[28]

Det finns olika teorier om vad som ligger bakom ålderism, förklaringar som lyfter faktorer såväl på individ- som samhällsnivå.[29] På individnivå handlar det bl.a. om människors rädsla för åldrandets skörhet, beroende och död. Dvs. en slags beröringsskräck inför sjukdom, funktionsnedsättningar och beroende som man hanterar genom att ta avstånd från eget och andras åldrande. Det medför att vi på olika sätt vill bekräfta bilden av äldre som annorlunda än oss själva (i detta fall ”oss icke äldre”). På samhällsnivå handlar teorierna bl.a. om olika typer av ändrade maktförhållanden, till de äldres nackdel. Dessa beror t.ex. på den teknologiska utvecklingen som minskat värdet av äldres kunskap, urbaniseringen som försvagat familjeband och brutit upp traditionella hierarkier, ansvar och gemenskaper men även att den ökade överlevnaden har inneburit att äldre utgör en större andel av befolkningen, och kommit att ses som en kostnad.

[26] Fr.o.m. den 1 januari 2023 är åldersgränsen 66 år, se prop. 2021/22:181, *Justerade åldersgränser i pensionssystemet och i kringliggande system*, s. 51 och 112 f. 1; 2021/22:SfU25 och rskr 2021/22:331.
[27] Andersson, L, *Ålderism,* 2008.
[28] Jönsson, H, *Perspektiv på ålderism*, Lund, 2021.
[29] Jönsson, H, *Perspektiv på ålderism*, Lund, 2021.

De finns även teorier om att samhället organiseras på ett sätt som gör människor i olika åldrar till främlingar för varandra och påverkar möjligheten till identifikation.

Vittnesmålen om ålderism påminner oss om att det finns ett behov av att synliggöra och slå hål på fördomar och stereotypa föreställningar. Samt att se och möta varje individ – oavsett ålder- utifrån dess enskilda situation, behov, förutsättningar och preferenser.

3.2.2 Vård och omsorgsbehov hos äldre personer

Behoven varierar

Åldrandet varierar alltså mycket från person till person. Förändringar i kroppen märks redan i medelåldern och med stigande ålder ökar risken för sjukdomar som ger funktionsnedsättningar. Men hälsan är ofta god i hög ålder. Faktorer som kan påverka hälsan positivt är t.ex. motion, näringsrik mat och social samvaro.[30]

De allra flesta som nyligen gått i pension klarar sig själva eller med hjälp av anhöriga eller andra närstående. Med stigande ålder ökar dock sannolikheten för att drabbas av olika sjukdomar som kan påverka livskvaliteten och funktionsförmågan och därmed leda till behov av vård och omsorg.

Den fas i livet då behoven av vård och omsorg för många blir större benämns ibland som den fjärde åldern och ibland som att man ingår i gruppen äldre-äldre. Vid vilken ålder man blir ”äldre-äldre” kan lika väl vara när man fyller 65 år som när man fyller 95 år. Det vi vet är att det inträffar tidigare för personer med kortare utbildning och lägre inkomst än för personer med hög utbildning och inkomst. Även personer med vissa funktionsnedsättningar eller sjukdomar kan tidigare inträda i den fas i livet när behoven av vård och omsorg blir större.

Ökad multisjuklighet medför ökade samordningsbehov

Bland personer som är 85 år eller äldre är det nästan 60 procent som har två eller fler kroniska sjukdomar. En kronisk sjukdom har ett långvarigt och ihållande förlopp eller är obotlig. Omhändertagandet

[30] Kunskapsguiden, Socialstyrelsen, *Yrkesintroduktion för baspersonal inom äldreomsorgen. Hälsa*.

av personer med multisjuklighet ställer särskilda krav på vården och omsorgen. För dessa personer behövs ofta flera olika kontakter med vården och omsorgen och de har behov av långvariga relationer, med såväl olika professioner som vårdgivare och myndigheter (t.ex. olika specialister, allmänläkare, fysioterapeut, akutmottagning och hemtjänst). En utmaning då vården traditionellt är uppdelad efter olika discipliner och administreras av olika myndigheter.[31]

Några vanliga hälsoproblem av betydelse för äldre personers hälso- och funktionstillstånd

Hälso- och sjukvårdsbehoven hos personer som får kommunal vård och omsorg är i dag ofta omfattande, eftersom de många gånger har flera sjukdomar samtidigt eller kroniska sjukdomar. Det gäller såväl de med hälso- och sjukvård i särskilt boende som de i ordinärt boende.

Några av de vanligaste förekommande sjukdomarna hos äldre personer är diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar, benskörhet, stroke, KOL, depression och demenssjukdomar. Den vanligaste demenssjukdomen i Sverige är Alzheimers sjukdom.[32]

Vanliga orsaker till behov av omfattande stöd från socialtjänst och hälso- och sjukvård är att äldre personer drabbas av en stroke eller allvarlig fallolycka, vilket ofta medför omfattande behov av rehabilitering.[33]

Många äldre personer behöver även åtgärder för att förebygga och behandla trycksår, undernäring, fall, blåsdysfunktion och dålig munhälsa. Hörsel- och synförmåga påverkas också av åldrande.

Nedan redogör vi lite närmre för några sjukdomar och andra hälsoproblem av betydelse för äldre personers hälso- och funktionstillstånd, och därmed deras eventuella behov av vård och omsorg.

[31] Kunskapsguiden, Socialstyrelsen, *Multisjuklighet hos äldre personer*, *Om multisjuklighet*.
[32] Kunskapsguiden, Socialstyrelsen, *Yrkesintroduktion för baspersonal inom äldreomsorgen*, *Hälsa*; Socialstyrelsen, *Kommunal finansierad hälso- och sjukvård – en förstudie*, 2019.
[33] Göteborg, FoU i Väst, *Rätt stöd i rätt tid – en kartläggning av GR-kommunernas hälsofrämjande och förebyggande arbete för äldre och orsaker till varför äldre söker bistånd från äldreomsorg första gången*, 2016, s. 6; Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre., Lägesrapport 2021*, 2021, s. 412; och Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre., Lägesrapport 2020*, 2020, s. 54 f.

Demenssjukdom

Antalet personer med demenssjukdom i Sverige uppskattas till mellan 130 000 och 150 000.[34] Majoriteten är kvinnor (59 procent), vilket dels beror på att kvinnor lever längre än män, dels på att demenssjukdomar är vanligare bland kvinnor än män.[35] Ca 20 000 av dessa personer beräknas vara födda i ett annat land. Behovet av att utreda och ge vård och omsorg om personer som talar annat språk än svenska[36] och som har demenssjukdom kommer att öka. Fram till 2036 förväntas det ske en fördubbling av antalet utrikesfödda som lider av en kognitiv sjukdom.[37]

Uppskattningsvis har runt 70 procent av boende på särskilda boenden en demenssjukdom. Ca hälften av alla personer med demenssjukdom bor i ordinärt boende och många har hemtjänstinsatser.[38]

Risken att insjukna i demenssjukdom ökar med stigande ålder. Åtta procent av alla som är 65 år eller äldre och nästan hälften av alla som är 90 år eller äldre har en demenssjukdom. Antalet personer med demenssjukdom kommer att öka när det stora antalet personer som föddes på 1940-talet uppnår en hög ålder. Fram till år 2050 förväntas antalet personer med demenssjukdom nästan fördubblas, vilket innebär en stor framtida utmaning för samhället.[39]

Bristande basala kunskaper om demenssjukdomar är ett återkommande problem både hos professioner i vård och omsorg och hos allmänheten.[40] I primärvården kan det t.ex. leda till att demenssjukdom inte upptäcks och i särskilt boende kan det riskera att en person med demens inte får den vård och omsorg som hen behöver.

[34] Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer – Utvärdering. Vård och omsorg vid demenssjukdom. Sammanfattning med förbättringsområden,* 2018, s. 11.

[35] Skr, 2017/18:280, *Framtidens äldreomsorg – en nationell kvalitetsplan*, 2018, s. 9.
[36] Förmågan att tala svenska kan ha gått förlorad till följd av sjukdomen.
[37] Socialstyrelsen, *En nationell strategi för demenssjukdom: underlag och förslag till prioriterade insatser till 2022*, 2017, s. 71.
[38] Socialstyrelsen, *Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2012*, 2014, s. 25.
[39] Socialstyrelsen, Nationella riktlinjer – Utvärdering. Vård och omsorg vid demenssjukdom. Sammanfattning med förbättringsområden, 2018, s. 11.
[40] Socialstyrelsen, *En nationell strategi för demenssjukdom: underlag och förslag till prioriterade insatser till 2022*, 2017, s. 57, 67.

Psykisk ohälsa

Åldrandet innebär en ökad risk för psykisk ohälsa. Två av de vanligaste psykiska sjukdomarna hos äldre personer är depression och ångestsyndrom. Även risken för suicid ökar med stigande ålder. Det är framför allt bland män som risken ökar.[41]

Äldre personer med psykisk ohälsa har ofta sammansatta och komplexa behov som kan kräva både somatiska och psykiatriska insatser, men det flesta äldre med psykisk ohälsa tar inte kontakt med hälso- och sjukvården och får därför ingen diagnos eller behandling. Det är av stor vikt att personal som har regelbundna kontakter med äldre personer med vårdbehov kan identifiera psykisk ohälsa hos de äldre.[42]

Munhälsa

Äldre personer har svårare att behålla en god munhälsa och förekomsten av tandsjukdomar ökar med åldern. Det beror bl.a. på att salivavsöndringen minskar och att kariesframkallande bakterier ökar. Många personer över 65 år tar dessutom läkemedel som kan ge muntorrhet, vilket är en riskfaktor för sämre tandhälsa. Samtidigt ökar svårigheter att sköta tänderna, p.g.a. annan sjuklighet och funktionsnedsättningar. Kontakten med tandvården riskerar att minska, vilket ställer högre krav på att munhälsan uppmärksammas vid annan vård- och omsorgskontakt.[43]

En större andel äldre personer förväntas framåt ha behov av anpassad tandvård och munvårdsinsatser från vård- och omsorgspersonal. Det medför ett ökat behov av kompetensutveckling för att upprätthålla en god munhälsa och munvård inom vård- och omsorgsverksamheter. I Socialstyrelsens nya nationella riktlinjer för tandvård finns rekommendationer om att vård och omsorgspersonal bör få utbildning från tandvården i att ge sådant stöd.[44]

---

[41] Kunskapsguiden, Socialstyrelsen, *Yrkesintroduktion för baspersonal inom äldreomsorgen*, *Hälsa*.
[42] Socialstyrelsen, *Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre. Uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre*, 2018.
[43] Kunskapsguiden, Socialstyrelsen, *Om munvård för äldre personer*.
[44] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*, 2022, s. 33–35.

Undernäring

Risken för undernäring ökar när vi åldras. Med undernäring följer en ökad risk för bl.a. fördröjd sårläkning, försämrad muskelfunktion och nedsatt hjärt- och lungfunktion. Dessutom försvåras tillfrisknandet vid sjukdom. Äldre personer med undernäring besöker också oftare vården, och har längre vårdtider med högre risk för komplikationer och dödlighet, än välnärda äldre.[45]

Det är därmed mycket viktigt att de måltider som serveras i äldreomsorgen håller hög kvalitet och är anpassade efter de äldres egna behov, vanor och önskemål. Det är också viktigt att personalen i hälso- och sjukvården, hemtjänsten och på särskilda boenden har kompetens att se förändringar eller att i samtal ta del av svårigheter och problem som kan bidra till att tecken på undernäring uppmärksammas tidigt.

Det behöver även finnas rutiner för hur personalen ska agera när de ser tecken på undernäring eller risk för undernäring och att de vet vem de ska kontakta. Många problem kopplade till undernäring kan förebyggas om socialtjänsten och hälso- och sjukvården samarbetar, utifrån sina olika synsätt och kompetenser.

Socialstyrelsen har tagit fram föreskrifter och allmänna råd om hur det går att förebygga och behandla undernäring.[46] Som ett komplement till föreskrifterna finns även ett kunskapsstöd, som riktar sig till både hälso- och sjukvård och socialtjänst.[47]

Felaktig läkemedelsanvändning

Den vanligaste behandlingsformen för äldre personer är läkemedel. Personer som är 75 år eller äldre använder i genomsnitt knappt fem olika läkemedel. Sjukdom i kombination med åldersbetingade kroppsliga förändringar gör äldre mer känsliga än andra för läkemedel. Äldre som är multisjuka och äldre som bor på särskilt boende på grund av sviktande funktioner eller olika sjukdomar använder i genomsnitt närmare tio olika läkemedel. Den omfattande läkemedelsanvänd-

[45] Socialstyrelsen, *Att förebygga och behandla undernäring. Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst*, 2020, s. 8.
[46] Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:10) *om förebyggande av och behandling vid undernäring*.
[47] Socialstyrelsen, *Att förebygga och behandla undernäring. Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst*, 2020.

ningen hos många äldre gör att risken för biverkningar ökar och att läkemedel påverkar varandra.[48] Därför är det viktigt att rätt läkemedel används – i rätt doser – och att behandlingen följs upp och omprövas regelbundet.

Ungefär var tionde akut sjukhusinläggning av en äldre person beror på läkemedelsbiverkningar. Biverkningarna orsakas oftast av läkemedel avsedda för behandling av hjärt- och kärlsjukdomar, blodförtunnande läkemedel, smärtstillande medel och diabetesmedel. Exempel på sådana biverkningar är fallolycka, svimning, magblödning och förvirringstillstånd.[49]

Enligt IVO är felaktig läkemedelsanvändning en av de vanligaste orsakerna till att patienter skadas i vården. Lex Maria anmälningar om detta är vanligast inom kommunens primärvård i ordinärt boende.

Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.[50] Där regleras t.ex. att vårdgivaren ska erbjuda de patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel en enkel läkemedelsgenomgång vid såväl påbörjad hemsjukvård som inflyttning i särskilt boende. Patienterna som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel ska dessutom erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång minst en gång per år under pågående hemsjukvård eller boende i en sådan boendeform eller särskilt boende som omfattas av 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen.[51]

Fallskador

Fall är den vanligaste orsaken till att äldre personer skadar sig och konsekvenserna blir ofta allvarliga samt orsakar lång rehabilitering. Ett fall kan orsaka fysiska skador samt nedsatt rörlighet och funktionsförmåga. Fall kan också medföra svåra konsekvenser som psykiska problem, rädsla, isolering, depression och ökat beroende av hjälp och stöd.[52]

[48] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2021*, 2021, s. 49–50; Inspektionen för vård och omsorg (IVO), *Vad har IVO sett 2019?*, 2020, s. 51.
[49] Kunskapsguiden, Socialstyrelsen, *Läkemedel*.
[50] Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) *om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården*.
[51] Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) *om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården*, 11 kap. 3 §.
[52] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*, 2022; Folkhälsomyndigheten, *Statistik & rapportering*; Region Stockholm, *Folkhälsorapport 2019 - Stockholms län*, 2019.

Andelen som faller ökar med stigande ålder, sämre hälsa och är högre för personer som bor på äldreboende eller är inlagda på sjukhus.[53] Riskfaktorer är bl.a. vissa typer av läkemedel, underliggande sjukdomar, låg kroppsvikt, muskelsvaghet och försämrad balans och gångsvårigheter. För att förhindra fall är viktiga åtgärder att kontinuerligt bedöma risken för fall och sätta in förebyggande åtgärder.[54]

De faktorer som framkallar fallskador är välkända och studier visar att skadorna kan minskas med upp till 30 procent. Påverkbara faktorer som behöver utredas kan vara motorik, syn, kognition och beteende, sjukdomar och läkemedel, inkontinens, matvanor och undernäring samt miljö.[55]

En tidig fallriskvärdering ska göras på patienter över 65 år och andra vuxna som har neurologiska eller kognitiva sjukdomstillstånd. Om det finns en förhöjd fallrisk ska ett antal obligatoriska åtgärder sättas in i förebyggande syfte. Det är bland annat en fallriskutredning och planering av åtgärder.[56]

Flertalet äldre personer som vårdas i sluten vård för fallskada är personer med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser. Majoriteten av alla dessa fall sker i den egna bostaden.[57]

Hörsel- och synnedsättningar

En fungerande kommunikation är avgörande såväl för möjligheten att kunna vara delaktig i en social kontext och samhället som i sin egen vård och omsorg.

Utan fungerande kommunikation kan man inte heller säkerställa en patientsäker hälso- och sjukvård. För att en patient ska få rätt vård och behandling måste hälso- och sjukvårdspersonalen och patienten kunna kommunicera med varandra. Patienter med vissa funktionsnedsättningar, till exempel hörselskadade och blinda, har alltid rätt att få en tolk.[58]

Hörselnedsättning är mycket vanligt bland äldre. Varannan person över 75 år har en påtaglig hörselnedsättning. Redan vid 65–74 år har

[53] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*, 2022.
[54] Kunskapsguiden, Socialstyrelsen, *Yrkesintroduktion för baspersonal inom äldreomsorgen. Hälsa*.
[55] SKR, *Nationell kraftsamling för att minska fall hos äldre*, 2020.
[56] Vårdhandboken, *Fallprevention*.
[57] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*, 2022.
[58] Socialstyrelsen, *Vem får göra vad.*

en av tre en hörselnedsättning som påverkar möjligheterna att hänga med i samtal och ta del av vad som sägs i radio och tv.[59]

Att fånga upp de som behöver hörselvård i tid är ett effektivt sätt att minska ohälsan bland äldre personer. Studier pekar t.ex. på att långtidsminnet slås ut i större utsträckning hos personer som har en hörselnedsättning än hos normalhörande, att hörselskadade löper större risk att utveckla demenssjukdomar samt att äldre hörselskadade löper större risk att få försämrade kognitiva förmågor.

Det är viktigt att personal som arbetar med äldre hörselskadade har kunskap om vad en hörselnedsättning innebär och hörselskadades behov. T.ex. behöver de ha grundläggande kunskaper om hörapparater/hörhjälpmedel och vikten av en god hörmiljö.

Det är även vanligt att få en synnedsättning, särskilt om man är äldre. Nedsättningen kan bero på brytningsfel, skador, ögonsjukdomar eller andra sjukdomar. Om man får en bestående synnedsättning av den grad som inte kan förbättras med glasögon finns många olika synhjälpmedel som kan göra att man klarar sin vardag. Dessa kan t.ex. vara speciella, starkt förstorande läsglasögon; olika förstoringsglas; videoutrustning som gör det möjligt att kunna läsa och skriva även med starkt nedsatt syn; talande armbandsklockor; talböcker och utrustning för att laga mat.[60]

Personer som arbetar med äldre med synnedsättning behöver ha kunskap om vad det innebär och vilka behov dessa personer kan ha. Det kan t.ex. röra sig om att tala om när man kommer in i ett rum eller lämnar det, att i förväg beskriva man ska göra när man hjälper personen eller att placera saker så att de inte blir ett hinder och en snubbelrisk. Samt att tala om när man flyttar på saker eller när något i omgivningen ändras.[61]

3.3 Strukturella förutsättningar

I detta avsnitt beskrivs några strukturella förutsättningar för äldreomsorgen och hälso- och sjukvården. Dessa kommer oundvikligen påverka möjligheterna att fullt ut nå den tänkta potentialen i våra förslag. Samtidigt är det inte områden där vi har uppdrag att lämna förslag. Vi bedömer därmed att det är av stor vikt att nödvändiga

[59] Hörsellinjen, *Hörselnedsättning på äldre dar.*
[60] Svenska Makularegistret, *Allmänt om synnedsättning*, 2021.
[61] Region Skåne, *Tips till dig som är närstående till någon med synnedsättning*, 2019.

åtgärder kopplat till dessa förutsättningar tas vidare parallellt med våra förslag.

3.3.1 Demografi

Förändringar i befolkningens storlek och sammansättning är en avgörande faktor för såväl äldreomsorgen som hälso- och sjukvården. Det handlar inte bara om vilka behov som verksamheterna behöver kunna möta. Demografin har också stor betydelse för möjligheterna att rekrytera och behålla personal med rätt kompetens.

Samtidigt är inte befolkningens ålderssammansättning den enda strukturella faktorn som påverkar efterfrågan på välfärden och möjligheterna att möta framtida behov. Det gör även t.ex. faktorer såsom socioekonomiska faktorer samt skattekraft och folkhälsa.

En ökad andel äldre personer i befolkningen

En ökande livslängd leder till en äldre befolkning. Mellan början av 1990-talet och slutet av 2010-talet ökade medellivslängden från födelsen ökat från 80,41 till 84,73 år för kvinnor och från 74,81 till 81,34 år för män.[62] År 2020 var 20 procent av befolkningen i Sverige 65 år eller äldre, och fram till 2050 beräknas detta öka till ca 24 procent.[63]

Enligt Statistiska centralbyråns (SCB) befolkningsframskrivning från april 2021 väntas den största ökningen de närmaste åren ske i åldersgruppen 80 år och äldre. Denna grupp väntas öka med 165 000 personer, vilket motsvarar en ökning med ca 31 procent t.o.m. 2026. Till och med 2035 väntas denna åldersgrupp öka med ca 63 procent jämfört med 2019. Samtidigt väntas antalet personer i yrkesverksam ålder 20–69 år öka med endast ca 6 procent 2019–2035.[64]

[62] SCB, statistikdatabas, Tabell 5.23 – Återstående medellivslängd vid 0, 30 respektive 65 års ålder.
[63] SCB, *Sveriges framtida befolkning 2021-2070*, 2021, s. 225.
[64] Välfärdskommissionen, *Välfärdskommissionens slutredovisning till regeringen (Finansdepartementet)*, 2021, s. 12.

Tabell 3.1 Utveckling av olika åldersgrupper 2019–2026 och 2019–2035

Procentuell utveckling

	0–19	20–69	70–79	80–	Totalt
2019–2026	1,3	2,3	2,1	31,1	3,5
2019–2035	0,5	6,3	6,1	62,6	7.6

Källa: Välfärdskommissionen/ SCB och Finansdepartementet.

Dagens äldre har vuxit upp under andra och bättre förhållanden jämfört med tidigare generationer och många har även högre utbildning och högre materiell standard. Många personer över 65 år fortsätter att arbeta och de flesta kan klara sig utan stöd från socialtjänsten fram till 80-årsåldern.

I fokus för äldreomsorgens framtida utmaningar ligger alltså inte alla de kvinnor och män som fyllt 65 år utan framför allt dem i de allra äldsta åldersgrupperna. Det är personer 80 år och äldre som är de med stora vård- och omsorgsbehov. Denna grupp, 80 år och äldre, förväntas alltså fortsätta att öka. Denna mycket positiva utveckling ställer därmed samtidigt krav på välfärdens organisering och resurstilldelning.[65]

Ökning av utrikes födda

Demografin påverkas även av migrationen. År 2020 var två miljoner, eller 20 procent, av Sveriges befolkning födda utomlands. De framtida antagandena om migrationen är mycket osäkra, både på kort och på lång sikt. Det är högst troligt att nivån kommer att variera även i framtiden. Antalet och andelen utrikes födda beräknas dock på sikt fortsätta öka och år 2035 beräknas de motsvara ca 22 procent av befolkningen.

Även i denna grupp ökar andelen äldre personer. År 1970 var ett fåtal procent av de som avled födda utomlands och år 2020 var det nästan 14 procent. År 2070 beräknas att mer än en fjärdedel av de som avlider är födda utomlands.[66] Det ställer krav på en vård och omsorg som kan möta deras behov. För att kunna ge en person-

[65] Skr 2017/18:280, *Framtidens äldreomsorg – en nationell kvalitetsplan*, 2018, s. 5.
[66] SCB, *Sveriges framtida befolkning 2021-2070*, 2021.

centrad vård och omsorg behöver behov relaterade till att personer har annan kulturell och språklig bakgrund särskilt beaktas.

Hårdare konkurrens om personal till vård och omsorg

Sysselsättningsprognoser

Enligt huvudscenariot i SCB:s senaste sysselsättningsprognos (2018) beräknas förhållandet mellan totalbefolkningen och antalet förvärvsarbetande ligga på ca 2,1 under de kommande decennierna.

Huvudscenariot bygger i första hand på antagandena att äldre i framtiden arbetar längre samt att utrikes föddas förvärvsfrekvenser ökar ju längre tid de har bott i Sverige. SCB räknar dock även med två andra scenarier, där varje person som förvärvsarbetar behöver ”försörja” något fler personer i totalbefolkningen. Inom vissa områden kommer skillnader mellan åldersgrupper i befolkningen att ha särskild betydelse för kompetensförsörjningen och öka konkurrensen om personalen. Det gäller inte minst socialtjänsten som behöver kunna möta behov hos bl.a. barn och äldre personer, två grupper där antalet personer väntas öka. SCB bedömer att efterfrågan fram till 2035 på gymnasialt utbildad vård- och omsorgspersonal kommer att öka med 40 procent. Enligt Arbetsförmedlingens prognoser kommer omkring en tiondel av den utbildade personal som behövs inom området socialt arbete att saknas några år in på 2020-talet.

Personalbehov inom äldreomsorg och hälso- och sjukvård

För att öka verksamheten i takt med de demografiska behoven krävs alltså betydligt fler sysselsatta inom vård och omsorg t.o.m. 2035, vid oförändrad personaltäthet och arbetssätt. Det är framför allt behoven inom äldreomsorgen men också inom hälso- och sjukvården som ökar snabbt. Samtidigt har arbetslösheten stigit under coronapandemin och de som mist sitt arbete kan, efter att ha deltagit i utbildningsinsatser, bidra till att möjligheterna att rekrytera personal till välfärden förbättras. [67]

[67] Välfärdskommissionen, *Välfärdskommissionens slutredovisning till regeringen (Finansdepartementet)*, 2021.

Enligt senare befolkningsprognoser förväntas den demografiska utvecklingen de närmaste åren innebära en stabilisering av den demografiska behovsökningen på omkring 0,6 procent årligen. Det är en återgång till de nivåer som gällde under 2000-talets första decennium och en betydligt lägre ökningstakt än vad som gällde under 2010-talet. Det är också lägre än vad som förutsågs i befolkningsprognosen från SCB 2018. I ljuset av detta beräknar SKR att inom äldreomsorgen och i omsorgen om personer med funktionsnedsättning behöver arbetsstyrkan öka med ca 29 procent under perioden 2020–2030, om ingen förändring av arbetssätt sker.[68]

Det kan noteras att Välfärdskommissionen i sin slutredovisning pekar på att det bör ses över om de prognoser som görs över välfärdens behov av personal är tillräckliga och om de bör utvecklas och samordnas.[69]

3.3.2 Kompetensförsörjning

En väl fungerande och ändamålsenlig kompetensförsörjning är en förutsättning för att verksamheterna inom äldreomsorg och hälso- och sjukvård ska kunna leva upp till lagstiftningens bestämmelser och våra invånare få en god och säker vård och omsorg.

Utmaningar och möjligheter

Som framgår av analysen ovan (se avsnitt 3.3.1) innebär demografin kopplat till ökade behov, stora pensionsavgångar och en ansträngd rekryteringssituation stora utmaningar för huvudmännen när det gäller att säkerställa en effektivt organiserad vård och omsorg med rätt kompetens på rätt plats.

Som vi sett ovan beror dock vård och omsorgsbehoven inte bara på befolkningens ålderssammansättning utan även t.ex. folkhälsa. I Sverige ökar såväl medellivslängd som förväntat antal friska levnadsår vid 65 års ålder. År 2019 hade svenska kvinnor respektive män vid 65 års ålder ca 16,6 respektive 15,9 förväntade friska levnadsår framför

[68] SKR, *Ekonomirapporten, oktober 2021 – Om kommunernas och regionernas ekonomi*, 2021.
[69] Välfärdskommissionen, *Välfärdskommissionens slutredovisning till regeringen (Finansdepartementet)*, 2021.

sig. Det är högst i EU.[70] Jämför vi med EU-kontexten är det också en låg andel i åldersgruppen 65 år och äldre som uppger vissa begränsningar vid dagliga aktiviteter, 11 procent. Att jämföra med 18 procent för EU som helhet.[71]

Hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande och rehabiliterande arbete har historiskt sett varit en stark gren för Sverige, och det har bl.a. bidragit till den höga medellivslängden och antalet friska levnadsår vi har i dag. Men man kan inte leva på gamla meriter, Sverige behöver ta nya grepp för att undvika eller skjuta upp så mycket av sjukdom och funktionsnedsättningar som är möjligt. Häri ligger en möjlighet att både minska mänskligt lidande och använda den gemensamma offentliga resursen på ett mer samhällsekonomiskt effektivt sätt.

Brister i arbetsmiljö är en annan central utmaning för att rekrytera och behålla personal. Återkommande granskningar visar här på stora problem. Undersköterskor och annan personal i hemtjänst, hemsjukvård och på äldreboenden var sjukskrivna dubbelt så många dagar som samtliga anställda, redan före coronakrisen.[72] Olika stressreaktioner samt muskel- och ledbesvär som härleds till mycket hög arbetstakt, problem i relationer med kollegor och överordnade samt tunga arbetsmoment och lyft dominerar för sjukfrånvaron.[73]

Arbetsmiljöverkets tillsynsinsats i äldreomsorgen 2017–19 visade på omfattande och stora brister och risker i arbetsmiljön, i 87 procent av inspektionerna ställdes krav på förbättrande åtgärder. Vid uppföljning hade många förbättrande åtgärder vidtagits. Arbetsmiljöverket framhöll betydelsen av att inspektionen även omfattat den beslutande politiska, nivån samt förvaltningschefer eller styrelser. Ledningens engagemang ses som avgörande för att skapa de rätta förutsättningarna för personalen, såväl chefer som medarbetare, i äldreomsorgen.[74]

En annan utmaning är tillgång till statistik på nationell nivå över hur bemanningen ser ut, som underlag för t.ex. planering och prognoser. Socialstyrelsen saknar i dag möjlighet att följa bemanningen av olika yrkesgrupper i socialtjänsten, eftersom det i nuläget inte finns författningsstöd att samla in uppgifter på individnivå. Detta skiljer sig

[70] Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsans utveckling årsrapport 2022*, 2022, s. 43.
[71] OECD, *Sverige: Landprofil hälsa 2019*, 2019.
[72] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2020*, 2020.
[73] Arbetsmiljöverket, *Projektrapport Äldreomsorgen 2017–2019*, 2020.
[74] Arbetsmiljöverket, *Projektrapport Äldreomsorgen 2017–2019*, 2020.

från hälso- och sjukvården där registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP) kan användas för bl.a. prognosändamål.

I dagsläget finns relaterade uppgifter om yrkesgrupper från SKR och SCB tillgängliga. T.ex. data från SKR:s Novemberundersökning och den årliga rapporten Personalen i välfärden, som till stor del baseras på SKR:s personal- och lönestatistik. Här ingår inte de privata vårdgivarna. Yrkesregistret hos SCB baseras däremot både på data från kommuner och privata utförare.

Socialstyrelsen har i mars 2022 redovisat olika möjliga sätt att förbättra tillgången till statistik om yrkesgrupper inom socialtjänsten. Flera av dessa kräver vidare utredning och myndigheten föreslår att en pilot genomförs med ett urval av yrkesgrupper inom socialtjänsten, inom äldre- och funktionsnedsättningsområdet. [75]

Pågående initiativ

Liksom den tidigare utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård gör vi bedömningen att den påbörjade omstrukturering av hälso- och sjukvårdssystemet är nödvändig för att skapa förutsättningar för god arbetsmiljö och därmed för möjligheten att rekrytera och behålla dagens och framtidens medarbetare i hälso- och sjukvården. Motsvarande gäller äldreomsorgen.

Samtidigt är initiativ och åtgärder för att direkt adressera bemanning och kompetensförsörjning lika nödvändiga. Nedan beskrivs några initiativ på nationell nivå vilka vi bedömer vara centrala delar i det pågående arbetet för en stärkt kompetensförsörjning inom vård och omsorg för äldre personer.

Äldreomsorgslyftet

Regeringen har bedömt att det finns behov av att stödja kommunerna i syfte att höja kompetensen inom vård och omsorg om äldre och genomför därför äldreomsorgslyftet. Satsningen presenterades av regeringen i maj 2020 och innebär att staten finansierar kostnaden för den tid en anställd är frånvarande på grund av studier till bl.a. vårdbiträde eller undersköterska. SKR och Kommunal har en överens-

[75] Socialstyrelsen, *Förbättrad tillgång till statistik om yrkesgrupper inom socialtjänsten. Slutrapport mars 2022*, 2022.

kommelse om äldreomsorgslyftet kopplat till den del av satsningen som rör utbildning till undersköterska och vårdbiträde. Den beskriver hur man lokalt ska hantera äldreomsorglyftet.[76]

Från 2021 vidgades satsningen till att även omfatta andra kompetenshöjande utbildningar inom vård och omsorg om äldre samt möjlighet för första linjens chefer att utbilda sig på betald arbetstid. Äldreomsorgslyftet omfattade ca 3,4 miljarder kronor för 2021 och beräknas omfatta 1,7 miljarder kronor per år för 2022 och 2023.[77]

Skyddad yrkestitel för undersköterskor

I juni 2021 beslutade riksdagen att det ska införas en skyddad yrkestitel för yrket undersköterska. Endast den som har ett bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska ska få använda titeln i yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område och i verksamhet enligt socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Den som saknar ett sådant bevis ska inte heller få använda en titel som kan förväxlas med yrkestiteln undersköterska. Grunden för att få en skyddad yrkestitel kommer att vara det nya utbildningsinnehållet i gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram. Lagändringarna träder i kraft den 1 juli 2023.[78]

Övergångsbestämmelser gäller dock som innebär att den som vid ikraftträdandet är tillsvidareanställd med yrkestiteln undersköterska under en tioårsperiod, räknat från ikraftträdandet, ska få fortsätta att använda titeln även om hen inte har fått bevis om rätt att använda den. Under samma tidsperiod ska även bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska kunna ges till den som har en utbildning med inriktning mot vård och omsorg från gymnasieskolan eller kommunal vuxenutbildning enligt de bestämmelser om utbildningsinnehåll som gäller eller har gällt före den 1 juli 2023.

[76] SKR, *Kompetenslyft, äldreomsorgen*.
[77] Prop. 2021/22:01, *Budgetpropositionen för 2022*, *UO 9*.
[78] Prop. 2020/21:175, *Stärkt kompetens i vård och omsorg – reglering av undersköterskeyrket.*

Satsning på yrkessvenska

I budgetpropositionen för 2021 föreslog regeringen en riktad satsning för att förbättra yrkessvenskan hos personal inom äldreomsorgen, till exempel vårdbiträden och undersköterskor, som saknar tillräckliga kunskaper i det svenska språket för det yrke de utövar. Satsningen förlängdes i budgetpropositionen för 2022.[79]

Nationella vårdkompetensrådet

Nationella vårdkompetensrådet har sedan 2020 regeringens uppdrag att bidra till en god planering av vårdens kompetensförsörjning. Bl.a. genom att göra samlade bedömningar av kompetensförsörjningsbehoven samt stödja beslutsfattare och andra berörda aktörer på nationell och regional nivå i frågor av betydelse för kompetensförsörjningen när det gäller hälso- och sjukvårdspersonal.[80]

I verksamhetsplanen för 2022 lyfts flera aktiviteter som bedöms vara centrala för en utveckling mot en bättre kompetensförsörjning, bl.a. arbete för att tydliggöra regioners och kommuners ansvar för verksamhetsförlagd praktik och klinisk praktik samt att främja och tydliggöra vikten av en stärkt forskarutbildning, klinisk forskning och forskning i kommunal hälso- och sjukvård och dess betydelse för kompetensförsörjning.[81]

Tillsammans med Socialstyrelsen har nationella vårdkompetensrådet även fått i uppdrag att tydliggöra tillgång och efterfrågan samt rekommendationer för dimensionering av läkares specialiseringstjänstgöring (ST), samt av specialistläkare inom allmänmedicin på nationell och regional nivå.[82]

3.3.3 Samverkan och samordning

För att kunna erbjuda en sammanhängande och effektiv vård och omsorg finns i dag ett väsentligt större behov av samverkan och samordning mellan olika aktörer än några årtionden tillbaka. Allt fler

[79] Prop. 2021/22:1, *Regeringens budgetproposition*, s. 25.
[80] Nationella vårdkompetensrådet, *Om nationella vårdkompetensrådet*.
[81] Nationella vårdkompetensrådet, *Rådets verksamhetsplan för 2022*.
[82] Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Regeringsuppdrag om kompetensförsörjning inom primärvården*, 2021.

lever allt längre, många också med komplexa behov, som kräver insatser från såväl olika huvudmän som olika utförare. Att det finns förutsättningar för samverkan och samordning mellan olika involverade aktörer är därmed också avgörande för möjligheterna att ge en god vård och omsorg.

I kapitel 4 beskriver vi den övergripande regleringen för samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården och i kapitel 6 beskrivs hälso- och sjukvårdshuvudmännens ansvar för planering och samverkan. I kapitel 7 och 8 redogör vi för våra förslag som bl.a. syftar till att stärka samordning och samverkan, för att i slutändan säkerställa en personcentrerad vård och omsorg.

För att samordningen av vård och omsorg ska fungera optimalt för enskilda individer med insatser från flera olika utförare är en förutsättning – för såväl nuvarande som framtida reglering – att det finns ändamålsenliga system som möjliggör delande av relevant information om den gemensamma patienten/omsorgsmottagaren, t.ex. om planeringen framåt. På detta område finns det i dag stora utmaningar. Utmaningar som stammar dels ur praktiska frågor kopplat till nyttjande av de möjligheter som faktiskt medges inom ramen för befintlig lagstiftning och dels ur författningsmässiga hinder för att dela information mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Detta är komplexa frågor där såväl behov av tillgång till god vård och patientsäkerhet som skyddet för den enskildes integritet behöver beaktas.

En utredning har nyligen haft regeringens uppdrag att göra en översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet.[83] Baserat på deras arbete har riksdagen beslutat om en proposition om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.[84] Parallellt har E-hälsomyndigheten haft ett uppdrag att analysera och föreslå hur de legala möjligheterna till sammanhållen journalföring kan nyttjas i så stor utsträckning som möjligt i hälso- och sjukvården. I slutrapporten lämnas ett antal förslag.[85] Vissa kan genomföras inom ramen för befintlig lagstiftning medan andra kräver författningsändringar.

[83] Dir. 2019:37, *Översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst-och hälso- och sjukvårdsverksamhet.*
[84] Prop. 2021/22:177, *Sammanhållen vård och omsorgsdokumentation*.
[85] E-hälsomyndigheten, *Sammanhållen journalföring. Möjligheter till digital informationsförsörjning på hälsodataområdet*, 2022.

Att det sker en utveckling utifrån bägge de nämnda initiativen bedömer vi som centralt för att skapa nödvändiga förutsättningar för en integrerad och patientsäker vård och omsorg.

3.3.4 Forskning, utveckling och utbildning i äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård

För att våra invånare ska kunna erbjudas en god och säker vård och omsorg krävs det väl fungerande system för forskning, utveckling och utbildning på dessa områden.

I nuläget skiljer sig de lagstadgade kraven här väsentligt mellan hälso- och sjukvård och socialtjänsten, som äldreomsorgen är en del av. Hälso- och sjukvård ska enligt lag bedrivas i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.[86] Av HSL framgår även att regioner och kommuner ska medverka vid finansiering, planering och genomförande av dels kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område, dels folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Sedan grunduppdraget för primärvården infördes i HSL 2021 är det också fastslaget att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.[87]

Något motsvarande krav på att socialtjänst ska bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet finns inte, vare sig i lagstiftning eller förarbeten. I förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen är det dock uttalat att Socialstyrelsen genom kunskapsstöd och föreskrifter ska bidra till att socialtjänsten bedrivs enligt vetskap och beprövad erfarenhet. Det är också uttalat att den statliga styrningen med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst syftar till att bidra till att socialtjänst bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.[88]

Nedan redogör vi för några initiativ på dessa områden, vilka vi ser som centrala för att kunna utveckla och bedriva en kunskapsbaserad vård och omsorg.

[86] Prop. 1981/82:97, *Om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*, s116; Pl 1 kap. 7 §; PSL 6 kap. 1 §.
[87] HSL 13 a kap. 1 §.
[88] Förordningen (2015:155) *om statliga styrningen med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst*.

Utbildning

Huvudmännens ansvar för utbildning

I betänkandet God och nära vård. En reform för ett hållbart hälsosystem (SOU 2020:19) lämnas förslag på att regioners och kommuners ansvar för medverkan i utbildning ska tydliggöras i HSL.[89] Syftet är att synliggöra utbildningens betydelse för kompetensförsörjning och att möjliggöra att fler aktörer i hälso- och sjukvården medverkar i utbildningsfrågan. Det handlar inte minst om att säkerställa att utbildning också sker i den kommunala hälso- och sjukvården.

Att utbildningar, och inte minst den verksamhetsförlagda delen av utbildningar, är av central betydelse även för kompetensförsörjning har visat sig i forskning. Forskning från exempelvis Kanada och Australien visar t.ex. på att exponering för glesbygd under studierna är en stark faktor som ökar sannolikheten för framtida rekrytering i glesbygd. I linje med detta startade Umeå universitet 2018 ett pilotprojekt med ett glesbygdsmedicinskt spår, för att möta framtida behov både av läkare och av förbättrad lärmiljö i glesbygd. Erfarenheterna av att regionalisera läkarutbildningen i norra sjukvårdsregionen visar också på goda resultat.

Enhetliga utbildningar

Viktiga steg har relativt nyligen också tagit för att säkerställa en mer enhetlig utbildningsnivå för undersköterskor, och delvis även vårdbiträden. Regeringen beslutade i december 2019 om ändringar i gymnasieförordningen (2010:2039) och i förordningen (SKOLFS 2010:14) om examensmål för gymnasieskolans nationella program. Ändringarna innebär bl.a. att fler ämnen blivit obligatoriska för alla elever inom vård- och omsorgsprogrammet. Vidare har kursinnehållet anpassats för att stämma överens med de nationella kompetensmål för undersköterskor som Socialstyrelsen tagit fram.[90] Det reformerade innehållet inom vård- och omsorgsprogrammet gäller

[89] SOU 2020:19, *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälsosystem*, avsnitt 6.2.

[90] Kompetensmålen anger den kompetens (de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt) som enligt Socialstyrelsens bedömning behövs för att utföra arbetet som undersköterska med god kvalitet. Kompetensmålen är utformade för att kunna användas bland annat när utbildning tas fram. Kompetensmålen används även som underlag för bedömningar kring statsbidrag för äldreomsorgslyftet, både vad gäller utbildning till undersköterska, men kanske framför allt vid bedömningar av andra utbildningsinsatser.

för utbildning som påbörjas efter den 30 juni 2021. Det reviderade kursinnehållet gäller även för kurser inom kommunal vuxenutbildning på gymnasial nivå (komvux).

När det gäller vuxenutbildningen så har Skolverket i samråd med branschkunniga också utformat s.k. Nationella yrkespaket för såväl utbildning till undersköterska (1 500 poäng) som vårdbiträde (800 poäng). Nationella yrkespaket är förslag på innehåll för sammanhållna yrkesutbildningar som motsvarar kompetenskraven på nationell nivå för olika yrkesområden. Yrkespaketen består av en specifik kombination av kurser på gymnasial nivå.[91]

Forskning och utveckling

För att säkerställa en kunskapsbaserad äldreomsorg och kommunal primärvård behövs såväl kulturer som strukturer vilka understödjer forskning och utveckling. Detta saknas i hög grad i dag.

Förslag från utredningen Framtidens socialtjänst

I detta sammanhang vill vi särskilt lyfta fram två förslag från Framtidens socialtjänst, som vi bedömer angelägna att ta vidare. Det handlar dels om förslaget att det ska införas en ny bestämmelse i socialtjänstlagen om att verksamhet inom socialtjänsten ska bedrivas i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.[92] Liksom den utredningen anser vi att den fortsatta utvecklingen av en kunskapsbaserad socialtjänst bör stärkas, och att detta förtydligande bör införas i lag för att skapa tydlighet och långsiktiga förutsättningar för ett sådant arbete.

För att det ska finnas förutsättningar att bedriva forskning och utvecklingsarbete är också tillgång till kvalitetssäkrade data grundläggande. Därför är även den utredningens förslag om införandet av en ny lag om socialtjänstdataregister centralt.[93]

För att skapa långsiktiga förutsättningar för en fortsatt utveckling av en kunskapsbaserad socialtjänst så behöver den nationella officiella statistiken inom socialtjänsten stärkas och utökas. Den utredningen

[91] Skolverket, *Nationella yrkespaket för komvux*.
[92] SOU 2020:47, *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag*, se avsnitt 14.3.1
[93] SOU 2020:47, *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag*, se avsnitt 15.10.4.

bedömde därmed att Socialstyrelsens möjlighet att behandla personuppgifter för nationell statistik bör utökas. Vi instämmer i denna bedömning.

Hälsodataregister i primärvården

På motsvarande sätt finns behov av att säkerställa tillgång till kvalitetssäkrade data för primärvården, såväl den regionala som den kommunala. I februari 2021 lämnade Socialstyrelsen förslag på att det nationella patientregistret ska utökas med ett antal uppgifter från regionernas primärvård. I rapporten anförs bl.a. att ett nationellt patientregister över primärvården skulle skapa ett bredare underlag för statistik och forskning, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring. Det skulle ge en tydligare bild av primärvårdens innehåll och verksamhet, samt bidra till att vårdgivaren får bättre underlag för systematiskt kvalitetsarbete. Det kan även bidra till en helhetsbild av hälso- och sjukvården, bl.a. utifrån aspekterna jämlik och säker vård. I slutändan är det framför allt folkhälsan i stort och den enskilde patienten som gynnas av ökad kunskap av vad som sker i primärvården och efterföljande utvecklingsarbeten.[94] Rapporten har remissbehandlats.

För den kommunala hälso- och sjukvården, vilken också är på primärvårdsnivå, finns ett särskilt hälsodataregister, Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård. Fram till och med 2018 innehåller registret enbart uppgifter om personer som fått någon insats inom den kommunala hälso- och sjukvården, uppdelat per kalendermånad. Från och med 2019 kompletteras registret med uppgifter om vilka patientrelaterade åtgärder som utförts av legitimerad personal med kommunen som vårdgivare. Åtgärderna ska vara klassificerade på den mest detaljerade nivån i Klassifikation av vårdåtgärder, KVÅ. Dessutom lämnar kommunerna uppgift om vilket datum åtgärden utfördes samt vilken legitimerad yrkesgrupp som utfört åtgärden.[95] Registret fångar dock inte hälso- och sjukvård som utförts av privata vårdgivare (som kommunen är huvudman för) och inte heller hälso- och sjukvård som utförs på delegation, dvs. av icke-legitimerad vårdpersonal, med kommunen som vårdgivare.

[94] Socialstyrelsen, *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården*, 2021.
[95] Socialstyrelsen, *Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård*, 2019.

För 2020 var dessutom bortfallet av de nya kompletterade uppgifterna, vårdåtgärder, så pass omfattande att det inte gick att publicera dessa uppgifter.

Förslag från Tillgänglighetsdelegationen

Tillgänglighetsdelegationen gör i sitt slutbetänkande bedömningen att regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram förslag till en långsiktigt hållbar struktur för forskning, utbildning och utveckling i kommunal hälso- och sjukvård inklusive former för återkommande nationell uppföljning och utvärdering.[96] Den utredningen menar att det kräver ett utrednings- och utvecklingsarbete på nationell nivå för att med inspiration från den regionala nivån ta fram förslag till hur långsiktigt hållbara och jämlika villkor för forskning, utbildning och utveckling kan åstadkommas för kommunal hälso- och sjukvård. Vår utredning delar denna bedömning.

Forskningspropositionen

I propositionen Forskning, frihet, framtid – kunskap och innovation för Sverige (prop. 2020/21:60) fastslås forskningspolitiken för åren 2021–2024. Sammantaget satsas en halv miljard kronor inom hälsa och välfärd, bland annat på två nya nationella forskningsprogram; om psykisk hälsa och om virus och pandemier. Satsningar planeras på ökad forskningskompetens inom primärvården, forskning om prevention och folkhälsa och äldreforskning.

[96] SOU 2022:22, *Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram*, se avsnitt 6.4.11

3.3.5 Digitalisering, e-hälsa och välfärdsteknik

Digitaliseringens möjligheter

Utvecklingen av e-hälsa[97] och ökad användning av välfärdsteknik[98] ger möjligheter som kan användas både i ett hälsofrämjande och förebyggande arbete och för att underlätta och tillgängliggöra t.ex. stöd, behandling och samverkan mellan olika aktörer. Likaså ger det möjligheter att utveckla arbetssätt och metoder i äldreomsorgen och hälso- och sjukvården, ur medarbetarperspektiv. Det kan t.ex. handla om olika typer av digitala planerings- och dokumentationsverktyg som stöd för schemaläggning och dokumentation i realtid.

För att digitalisering och teknikutveckling ska kunna nå den tänkta potentialen behöver den utgå från verkliga behov. Det är därför avgörande att både välfärdens professioner och användare med olika förutsättningar och behov är delaktiga och medskapande i utvecklingen. Samt att jämställdhet och jämlikhetsperspektiv finns med i utvecklingsarbeten.

Att undvika exkludering

Det måste säkerställas att nya lösningar inte skapar eller bidrar till exkludering, utan att de tvärtom bidrar till digital delaktighet. Utifrån vårt uppdrag är detta särskilt viktigt att framhålla. Dels eftersom tekniska och digitala lösningar ofta inte är anpassade för dessa användargrupper, dels eftersom högre ålder samspelar med lägre tillgång till internet. Av de som är födda på 50-talet eller senare använder mer än 95 procent internet. Därefter går internetanvändandet brant utför till 83 procent av 40-talisterna och 57 procent av 20- och 30-talisterna.[99]

Äldre personer i Sverige har över tid blivit allt mer digitala. År 2010 använde drygt 2 av 10 i åldersgruppen 75 år och äldre internet. År 2019 hade den siffran ökat till närmare 7 av 10. Drygt en miljon av Sveriges befolkning använder dock aldrig internet. För denna grupp är åldern den tydligast särskiljande faktorn. Runt 70 procent

[97] E-hälsa är att använda digitala verktyg och utbyta information digitalt för att uppnå och bibehålla hälsa (Socialstyrelsen).
[98] Välfärdsteknik är digital teknik som syftar till att bibehålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för en person som har eller löper förhöjd risk att få en funktionsnedsättning (Socialstyrelsen).
[99] Internetstiftelsen, *Svenskarna och internet 2021*, 2021, s. 14.

är äldre än 65 år. Det är också äldre och de med lägre utbildning och lägre inkomster som halkar efter i digitala tjänster. Sammantaget riskerar de med hög ålder, låg inkomst och låg utbildning att hamna i ett utanförskap i det digitala samhället.[100]

Många tjänster ställer i dag krav på tillgång till internet och e-legitimation. Äldre åldersgrupper kan ha stora behov av dessa tjänster, men har oftare svårigheter att använda dessa och behöver oftare hjälp.[101]

Coronapandemin har medfört en påskyndad digitalisering för stora delar av vårt samhälle. Många internetanvändare har börjat använda digitala tjänster mer frekvent eller använt dem för första gången. De flesta nytillkomna internetanvändarna under 2020 var 76 år eller äldre. Pensionärerna har också använt digitala vårdtjänster mer under pandemin, och det gäller särskilt de allra äldsta. Av de internetanvändare som är 76 år eller äldre har nära 7 av 10 nyttjat någon digital vårdtjänst under 2020.[102] Samtidigt visar studier från Region Stockholm att coronapandemin fungerade som en tydlig katalysator för digitala besök i primärvården, men besöken fördelades inte jämnt mellan olika åldersgrupper. Äldre minskade kraftigt sitt antal besök på totalen mellan 2018 och 2020, medan yngre, särskilt unga kvinnor, till och med ökade sitt. Detta drevs delvis av äldres större minskningar av fysiska besök, men väldigt tydligt också av stora besöksökningar i digitala besök för yngre. Resultaten visar genomgående att ålder var en mycket viktig faktor för besöksutvecklingen mellan 2018 och 2020, och allra tydligast i fråga om användningen av digitala utomlänsbesök.[103]

Kommunernas användning av välfärdsteknik

Användning av digital teknik ökar i kommunerna inom de flesta områden som undersökts. Ca 87 procent av kommunerna uppger att personer som bor på särskilt boende för äldre har tillgång till internet

[100] Myndigheten för delaktighet, *Åtgärder på äldreområdet under perioden 2016–2020 Redovisning av Sveriges genomförande av Madrid International Plan of Action on Ageing (MIPAA)*, 2021, s. 64.
[101] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*, 2022, s. 11.
[102] Myndigheten för delaktighet, *Åtgärder på äldreområdet under perioden 2016–2020 Redovisning av Sveriges genomförande av Madrid International Plan of Action on Ageing (MIPAA)*, 2021, s. 64.
[103] Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning (CHIS), *Konsumtion av digitala och fysiska besök i primärvården för olika grupper i befolkningen under covid-19-pandemin*, 2022.

i sina bostäder. Ca 76 procent av kommunerna har infört digital nattillsyn i ordinärt boende, att jämföra med 37 procent 2016. Allt fler personalgrupper kan dokumentera digitalt när de arbetar externt. I 56 procent av kommunerna kan all hemtjänstpersonal dokumentera i verksamhetssystemet när de arbetar utanför kontoret, och i 45 procent av kommunerna kan all hälso- och sjukvårdspersonal dokumentera mobilt.

Välfärdsteknik såsom digitala larm, digitala lås och medicinpåminnare kan påverka äldres känsla av att vara trygg och säker i sitt hem. I en enkätundersökning svarade nästan 7 av 10 att de känner sig mer trygga och säkra till följd av tekniken. Däremot visar studien inte på någon tydlig positiv effekt av tekniken på de äldres självständighet eller delaktighet.[104]

Några nationella initiativ av betydelse

Som välfärdskommissionen konstaterat har staten en viktig uppgift att undanröja hinder och stödja kommunerna och regionerna i digitaliseringen genom att t.ex. se över regelverk och ta bort onödiga hinder för digitalisering samt bidra till att skapa förutsättningar för en förvaltningsgemensam digital infrastruktur och ge stöd till utveckling.[105]

En långsiktigt hållbar infrastruktur till stöd för välfärdens digitalisering

För att kunna dra nytta av de fördelar som digitaliseringen erbjuder behövs en gemensam digital infrastruktur för välfärden och den offentliga sektorn i sin helhet. Ett sådant arbete har påbörjats genom att regeringen och SKR i december 2020 undertecknade en avsiktsförklaring för en gemensam utveckling av en långsiktigt hållbar infrastruktur till stöd för välfärdens digitalisering. Syftet var att etablera en process mellan staten, kommuner och regioner för utveckling och införande av en långsiktigt hållbar digital infrastruktur till stöd för välfärden. Processen syftar till att staten och kommunsektorn ska nå en samsyn kring mål, takt, finansiering och ansvar när

[104] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*, 2022, s. 114.
[105] Välfärdskommissionen, *Välfärdskommissionens slutredovisning till regeringen (Finansdepartementet)*, 2021.

det gäller utveckling och förvaltning av samt anslutning till en förvaltningsgemensam digital infrastruktur.[106]

I december 2021 undertecknade regeringen och SKR en överenskommelse om etablering och införande av infrastruktur för säker digital kommunikation i offentlig sektor. Överenskommelsen är en del av regeringens och SKR:s gemensamma arbete med att utveckla välfärdens digitala infrastruktur. Som en del av överenskommelsen gavs Myndigheten för digital förvaltning (Digg) i uppdrag att tillhandahålla den infrastruktur som gör det möjligt för statliga myndigheter, kommuner, regioner och privata utförare att kommunicera digitalt på ett säkert sätt. [107]

Överenskommelse om välfärdsteknik

Regeringen och SKR ingick under 2020 en överenskommelse som syftar till att ge kommunerna bättre förutsättningar att verksamhetsutveckla äldreomsorgen genom digitalisering. Överenskommelsen är treårig och gäller för åren 2020–2022. Den omfattar totalt 200 miljoner kronor per år under avtalsperioden. Som en del av genomförandet har ett kompetenscenter/ stödfunktion för införande av välfärdsteknik och andra digitala lösningar inrättats på SKR.[108]

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har fått regeringens uppdrag att utvärdera överenskommelsen. I sin senaste rapportering konstaterade de att överenskommelsen har flera styrkor. En av dem är att satsningen är utformad för att hantera kommunernas behov både av nationell samordning, kunskapsstöd och finansiellt stöd, i och med att satsningen innehåller både ett stimulansmedel och en samordnande stödfunktion. Uppföljningen visar också att kompetenscentrets utformning och organisatoriska förutsättningar ger goda förutsättningar för att ge kommunerna det verksamhetsnära och konkreta stöd de behöver. De insatser som hittills genomförts och planerats motsvarar flera av de områden där kommunerna har behov av stöd. Samtidigt menar man att nästa kritiska steg för kompetens-

[106] Regeringen och SKR, *En avsiktsförklaring mellan staten och Sveriges kommuner och regioner om utveckling av välfärdens digitala infrastruktur*, 2020.
[107] Regeringen och SKR, *En överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om etablering och införande av infrastruktur för säker digital kommunikation i offentlig sektor*, 2021.
[108] Regeringen och SKR, *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om äldreomsorg – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus*, 2022.

centret är att nå ut med stödet till övriga kommuner, utöver de 10 modellkommunerna.[109]

Ökade möjligheter till användning av välfärdsteknik inom äldreomsorgen

I mars 2022 presenterade Regeringskansliet departementspromemorian Ökade möjligheter till användning av välfärdsteknik inom äldreomsorgen (Ds 2022:4).[110] Regeringskansliet föreslår att socialtjänstlagen ändras så att socialnämnden får rätt att använda digital teknik i hemtjänst eller i särskilt boende. Det kan exempelvis gälla trygghetslarm med gps-funktion, läkemedelsrobotar och kamera för tillsyn i bostaden. Den digitala tekniken ska bara få användas utanför den mänskliga kroppen. Samtliga författningsändringar föreslås träda i kraft den 1 juli 2023. Förslaget har remitterats och bereds i Regeringskansliet.

3.3.6 Pandemins påverkan på vård och omsorg för äldre

Som vi beskrivit i kapitel 2 gavs vårt uppdrag i en kontext med en pågående pandemi där majoriteten av de sjuka och avlidna återfunnits i den äldre delen av befolkningen. När detta skrivs sent på våren 2022 har pandemin pågått i över 2 år och dess påverkan på de områden vi utreder har varit omfattade. Även om Sverige i nuläget kunnat lyfta flertalet restriktioner kommer påverkan på vård och omsorg för äldre personer sannolikt även fortsatt vara påtaglig, om än inte på det akuta sätt som präglat vissa faser av pandemin.

Pandemin finns alltså med som en bakgrund och faktor i hela vårt utredningsarbete. Nedan återges några grundläggande sätt på vilka äldre personer och vård och omsorg för äldre påverkats av pandemin.

[109] Vård- och omsorgsanalys, *Digital teknik med äldre i fokus. En delredovisning av utvärderingen av överenskommelsen om digitalisering i äldreomsorgen*, 2021.
[110] Ds 2022:4, *Ökade möjligheter till användning av välfärdsteknik inom äldreomsorgen*.

Pandemins påverkan på äldre personer

Äldre personer har drabbats särskilt hårt av covid-19. Under år 2020 och den första halvan av 2021 var covid-19 den tredje vanligaste dödsorsaken i Sverige. Den återstående medellivslängden har stadigt ökat sedan 1970. På grund av många dödsfall bland äldre i covid-19 minskade medellivslängden 2020.[111]

Äldre personer har påverkats på olika sätt. De kan ha råkat ut för sjukdom eller förlorat anhöriga, varit isolerade, känt oro och ensamhet. Ensamhet har stor betydelse för enskilda personers livskvalitet. Ökad psykisk ohälsa samt besvär av ensamhet och isolering har uppmärksammats av ett antal kommuner och i flera rapporter som publicerats om pandemins konsekvenser. Särskilt stark oro uttrycks för isolering bland äldre personer som inte bor på äldreboenden, och då specifikt de som bor på landsbygden.[112]

Hälso- och sjukvård

Socialstyrelsen har analyserat pandemins eventuella påverkan på vårdkonsumtion hos personer 70 år och äldre. Trots ett upplevt behov avstod en av fem personer från att söka vård under våren 2020. Äldre var den grupp som i störst utsträckning kände oro och undvek att söka vård. Bland personer i åldern 70–84 år var det ungefär 60 procent som angav att de var oroliga för att inte få vård under pandemin.[113]

Andelen vårdtillfällen i oplanerad och planerad sluten vård och öppen vård för personer 70 år och äldre minskade tydligt – med 10–14 procent – mellan helåren 2019 och 2020. Minskningen var mer uttalad hos kvinnor. Nedgången var mindre påtaglig hos de mest sjuka äldre. Ingen minskning av andelen vårdtillfällen sågs, vare sig i sluten eller öppen vård, för personer på särskilt boende för äldre och för äldre med hemsjukvård.[114]

Pandemin har förstärkt många av de utmaningar kommunerna hade tidigare inom hälso- och sjukvården. Utmaningar för att hantera nya, utökade och uppdämda vårdbehov är brist på läkarmedverkan och brist på medicinsk kompetens. Inom kommunal hälso- och sjukvård

[111] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*, 2022.
[112] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*, 2022.
[113] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*, 2022. s. 21.
[114] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*, 2022, s. 22.

har riskförebyggande arbete, rehabiliteringsinsatser, förbättrings- och kvalitetsarbete samt utbildningsinsatser och kompetenshöjande insatser till stora delar prioriterats ner, pausats eller upphört under pandemin. Socialstyrelsens har bedömt att brister i omvårdnaden kan ha påverkat hälsan och lett till ett uppdämt behov av framför allt rehabilitering hos patienterna.[115]

Äldreomsorg

Sedan 2014 har andelen personer 65 år och äldre med äldreomsorg minskat. Även omfattningen av socialtjänstinsatser till gruppen 80 år och äldre har minskat, trots att åldersgruppen har blivit större. Pandemin har på olika sätt bidragit till en fortsatt minskning av socialtjänstinsatser under 2021, dels eftersom rädsla för smitta har gjort många äldre tveksamma till att använda omsorgsinsatser, dels eftersom vissa insatser har dragits in under pandemin.

Socialstyrelsen har analyserat hur pandemin har påverkat personer i gruppen 70 år och äldre att söka socialtjänstinsatser. Under pandemin har betydligt färre äldre än vanligt sökt, beviljats och fått utförd hemtjänst för första gången. Minskningen var tydligast under månaderna april till juni 2020, jämfört med motsvarande period 2019. I oktober–november 2021 låg andelen på samma nivå som medelvärdet för motsvarande period 2019. Däremot valde fler personer att avsluta sin hemtjänst. För perioden juli–november 2021 låg andelen personer som avslutade hemtjänstinsatser högre 2021 än 2020 och 2019.

En liknande effekt av pandemin märktes även på särskilda boenden. En klar minskning konstaterades när tecken på allmän smittspridning började visa sig. Under 2021 började andelen personer som flyttade in på särskilda boenden att öka igen, och under perioden oktober–november 2021 låg den på en högre nivå än motsvarande period 2019.[116]

Socialstyrelsen konstaterar att minskningen av socialtjänstinsatser till äldre kan komma att leda till såväl uppdämda som oupptäckta vårdbehov som på sikt kan leda till negativa konsekvenser för individens hälsa om de inte omhändertas.[117]

[115] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*, 2022, s. 22.
[116] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*, 2022, s. 9.
[117] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*, 2022, s. 22–23.

3.4 Sverige i en internationell kontext

3.4.1 FN-systemets arbete med hälsosamt åldrande

Agenda 2030 ett globalt åtagande

I september 2015 antog FN:s generalförsamling en historisk resolution med 17 globala mål för en bättre värld: Agenda 2030 för hållbar utveckling. Agendan innebär att alla medlemsländer i FN förbundit sig att tillsammans uppnå en socialt, miljömässigt och ekonomiskt hållbar utveckling. Agendan rör alla delar av hållbar utveckling såsom fred, rättvisa, hälsa, jämlikhet och jämställdhet, fattigdomsbekämpning, ekonomisk utveckling samt klimat och miljö.

Många av målen kan på olika sätt kopplas ihop med utvecklingen av äldreomsorgen och hälso- och sjukvård för äldre, och de två mål som kanske är mest centrala är dels mål 3, att ”Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar”, dels mål 10 om att minska ojämlikheten. Samt delmålet 10.2, att främja social, ekonomisk och politisk inkludering.

Madrid Plan of Action

Madrid International Plan of Action on Ageing (MIPAA) antogs vid den andra världskongressen om åldrande, i april 2002, och bygger på frivilligt åtagande från medlemsstaternas sida. Handlingsplanen är den första globala överenskommelsen där regeringar kopplar ihop frågor om åldrande med andra internationella överenskommelser om ekonomisk och social utveckling samt mänskliga rättigheter.

I handlingsplanen uppmanas medlemsstaterna att mot bakgrund av den globala utmaningen med en åldrande befolkning uppmärksamma och vidta åtgärder för att stärka äldres rättigheter. Vid den senaste konferensen i Lissabon (2017) antogs tre huvudmål:

- Att erkänna äldre personers potential.
- Uppmuntra längre arbetsliv och förmåga att arbeta.
- Säkerställa åldrande med värdighet

Det löpande arbetet bedrivs i regionala arbetsgrupper. Sverige deltar i Standing working group of ageing som ligger under FN:s ekonomiska kommission för Europa (UNECE).

Granskning och utvärderingen av MIPAA sker vart femte år. Processen ska involvera såväl det civila samhället som äldre personer. Processen är utformad för att hjälpa medlemsstaterna att få feedback om den politik och de program som de har genomfört. Sveriges senaste rapportering skedde 2021.[118]

Ett årtionde för hälsosamt åldrande 2021–2030

År 2021–2030 har av FN utsetts till ett årtionde för hälsosamt åldrande.[119] Avsikten är att arbete under initiativet ska bidra till att förändra hur vi tänker, känner och agerar i förhållande till ålder och åldrande; underlätta äldre personers möjligheter att delta i och bidra till samhället och sina lokala sammanhang; tillhandahålla integrerad vård och primärvårdstjänster som är lyhörda för individuella behov; och ge tillgång till äldreomsorg för de personer som har behov av det. Målet är att optimera äldre personers funktionsförmåga. Funktionsförmåga beskrivs som personers förmåga att:

1. tillgodose sina grundläggande behov för att säkerställa en adekvat levnadsstandard.
2. lära, utvecklas och ta beslut
3. vara rörliga
4. bygga och upprätthålla relationer.
5. bidra till samhället.[120]

Funktionsförmågan är ett resultat av en persons inneboende förmågor[121], miljön hen lever i och hur hen interagerar med sin miljö.[122]

[118] Regeringskansliet (Socialdepartementet), *National follow-up of the Regional Implementation Strategy of the Madrid International Plan of Action on Ageing (MIPAA) in Sweden*, 2021.
[119] A/RES/75/131, United Nations Decade of Healthy Ageing (2021–2030).
[120] Originalbegrepp: Ability to meet basic needs; Ability to be mobile; Ability to build and maintain relationships; Ability to learn, grow and make decisions; Ability to contribute to society.
[121] Inneboende förmågor (intrinsic capacity) avser alla the fysiska och psykiska förmågor som en person har att tillgå, inklusive hens rörelseförmåga, sensoriska förmågor (syn och hörsel), vitalitet (energi och balans), kognition samt psykologiska förmågor.
[122] WHO, *Decade of healthy ageing: baseline report – summary*, 2021.

I januari 2021 publicerade WHO en baslinjerapport för årtiondet för hälsosamt åldrande. Vid en systematisk genomgång har de identifierat 42 länder med vissa jämförbara data, för antingen funktionsförmåga eller inneboende förmågor, och 31 länder med data för bägge områdena. De äldre personerna (obs. att äldre här avser 60 år eller äldre) i dessa 42 länder motsvarade 16 procent av befolkningen i dessa länder och 65 procent av alla äldre personer i världen. Genomgången visade att ca 14 procent av de äldre som omfattades av analysen inte fick sina grundläggande behov för ett värdigt och meningsfullt liv tillgodosedda. Denna siffra inkluderar inte äldre personer som bor på särskilt avsedda boenden/institutioner.

Ett tydligt budskap från rapporten är att ca 75 procent av världens länder har begränsat med, eller inga, jämförbara data om hälsosamt åldrande eller äldre personer i sina länder. Detta bidrar starkt till att gruppen blir ”osynlig” och att äldre personer exkluderas. Regeringar och andra aktörer uppmanas att investera i datainsamling för att kunna följa upp hälsosamt åldrande, över livscykeln.

Rapporten framhåller även att för att lyckas med målet att optimera funktionsförmåga hos alla äldre behöver de åtgärder som vidtas stödja sig på evidens och involvera äldre personer i utformningen. I detta sammanhang understryks också att forskningen inte enbart bör fokusera på rena hälsofrågor. Ny kunskap behövs även kring länkarna mellan de sociala, biologiska, ekonomiska och miljömässiga hälsodeterminanterna, över ett livscykelperspektiv.

3.4.2 EU-kontexten

Olika system men utmaningar inom samma områden

Även om EU:s medlemsländers system för att tillhandahålla vård och omsorg för sin äldre invånare ser mycket olika ut vad gäller t.ex. i vilken grad man förlitar sig på informella vårdgivare, hur utbyggda olika boendeformer för vård och omsorg är[123] och hur systemen finansieras så återfinns utmaningarna i mångt och mycket ändå inom samma områden. Det rör sig i hög grad om utmaningar kopplat till tillgänglighet (inklusive ekonomisk tillgänglighet, bl.a. beroende på

[123] Här ligger Sverige i topp med 1388 bäddar per 100 000 invånare medan Bulgarien, i botten, enbart hade 31 bäddar per 100 000 invånare (2017), (se Kommittén för socialt skydd och EU-kommissionen, *2021 Long- term care report*, 2021, s. 35).

hur socialförsäkringssystemen är konstruerade[124]) till den vård och omsorg man behöver, men även utmaningar kopplat till att mäta och följa upp kvaliteteten i de tjänster som tillhandhålls, och ha en gemensam förståelse av vad som utgör god kvalitet.

Gemensamt är även utmaningar med att attrahera och behålla personal, med rätt kompetens, samt att detta bl.a. bedöms hänga ihop med dåliga arbetsvillkor och låga löner för dem som jobbar inom sektorn.[125] Även bristande tillgång till data och forskning inom sektorn är utmaningar som gör det svårt att skapa sig välgrundade uppfattningar om såväl nuläget som evidensbaserade strategier för att utveckla sektorn.

I takt med att befolkningarna blir allt äldre väntas även en ett ökat antal personer få långvariga vård- och omsorgsbehov.[126] Antalet personer som är 65 år och äldre förväntas öka med 41 procent i EU över de närmsta 30 åren (till 130,1 miljoner),[127] och pandemin har på många håll satt blixtbelysning på strukturella svagheter i olika länders system. De ovan nämnda utmaningarna, liksom behovet av att skapa hållbara finansieringsmodeller, blir därmed allt mer brådskande för EU:s medlemsländer att ta sig an. Bland strategier som skulle kunna bidra till att effektivisera sektorn lyfts bl.a. användande av välfärdsteknologi samt investeringar i policies för aktivt och hälsosamt åldrande och i hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete.[128]

Pågående och planerade reformer

Trots att i princip alla länder identifierar betydande utmaningar och ökande behov kopplat till vård för personer med långvariga vård- och omsorgsbehov är det ändå mycket få EU-länder som tagit sig an mer omfattande reformer. Snarare har man angripit enskilda delar av sina

[124] Här sticker Sverige, tillsammans med Finland och Nederländerna ut i en kontext, som de enda systemen där socialförsäkringssystemen t.ex. skulle täcka i princip alla kostnader vid behov av hemsjukvård och hemtjänst, oavsett svårighetsgrad.
[125] Kommittén för socialt skydd och EU-kommissionen, *2021 Long term care report*, 2021, s. 13–14.
[126] I rapporten används begreppet ”Long term care”. Det definieras som ”*… a range of services and assistance for people who, as a result of mental and/or physical frailty and/or disability over an extended period of time, depend on help with daily living activities and/or are in need of some permanent nursing care.*” I svensk kontext omfattas alltså både stöd från socialtjänst, såsom äldreomsorg, och (viss) hälso- och sjukvård.
[127] Kommittén för socialt skydd och EU-kommissionen, *2021 Long term care report*, 2021, s. 12.
[128] Kommittén för socialt skydd och EU-kommissionen, *2021 Long term care report*, 2021, s. 15.

respektive system. Fyra övergripande trender kan identifieras. Det är reformer som syftar till

1. förbättringar för informella vårdgivare
2. förbättringar av tillgänglighet, inklusive ekonomisk tillgänglighet och kvalitet i relation till tjänster i hemmet
3. förbättringar av tillgänglighet, inklusive ekonomisk tillgänglighet och kvalitet i relation till tjänster på särskilt avsedda boenden
4. förbättringar för professionella medarbetare.

De reformer som syftat till förbättrad kvalitet har i hög grad fokuserat på kontroll och uppföljning, även om några även tagit sig an implementering av metoder för mer omfattande bedömning och utvärdering av kvalitet. Blickar man framåt har några länder annonserat att man avser genomföra bredare reformer inom sektorn, däribland Frankrike, Österrike, Estland, Finland och Tyskland. Detaljerna återstår dock i hög grad att fastställa.[129]

Äldreomsorgen i EU i ljuset av pandemin

Utbrottet av covid-19 under våren 2020, och den fortgående pandemin har inneburit stora påfrestningar på systemen för äldreomsorg runtom i EU. Bristen på tillgängliga data och kunskap om olika aspekter av sektorn var i sig initialt en stor utmaning för att kunna bedöma situationen och sätta in ändamålsenliga åtgärder. Överlag framstår det (1,5 år efter pandemins start) som att utförare i de flesta medlemsländer generellt var oförberedda för denna typ av epidemiologiskt hot. Man hade inte tillfredställande hygienrutiner på plats, och liksom i hela samhället saknades i hög grad tillgång till skyddsmaterial för personal och boende samt till testutrustning. Det fanns inte heller tillräckligt med adekvat kompetens.

Under den första vågen av pandemin vidtog medlemsländer en rad olika (ad-hoc) åtgärder, för att begränsa smittan. Dessa fick dock också på många håll begränsande effekter på tillgången till vård och omsorg. Det finns också indikationer på att personer med vårdbehov i vissa fall avstått från att ta del av de tjänster man egentligen haft

[129] Kommittén för socialt skydd och EU-kommissionen, *2021 Long term care report*, 2021, s. 114 f.

rätt till, för att minimera smittorisken. Likaså har det uppstått målkonflikter där personers sociala välbefinnande i vissa fall fått stå tillbaka för åtgärder som bedömts nödvändiga för att begränsa smittspridning (såsom t.ex. isolering och besöksförbud).

Pandemin har samtidigt i flera medlemsstater fört med sig ett större fokus på att arbeta proaktivt för att identifiera krissituationer och att använda telefon och olika internetbaserade tjänster för att bryta isolering, samt volontärtjänster för att hjälpa till med t.ex. matinköp.

Det står också klart att pandemin inneburit en påfrestning för personalen som arbetar med vård för personer med långvarigt vård- och omsorgsbehov. Personal som redan innan pandemin många gånger hade utmanande arbetsvillkor. Den tidigare påtalade bristen på data och kunskap om sektorn kan alltså förmodas ha försvårat den initiala responsen.

Även om tillgänglig information är begränsad så är det också troligt att pandemin inneburit en ökad påfrestning för informella vårdgivare, såsom anhöriga, då t.ex. ordinarie insatser stängts ned p.g.a. smittorisk.[130]

3.4.3 Den nordiska kontexten

Under 2021 publicerade Myndigheten för vård- och omsorgsanalys en jämförande kartläggning av struktur, organisation och innehåll av den nordiska äldreomsorgen. Deras huvudsakliga resultat var:

- På övergripande nivå är äldreomsorgens utformning liknande mellan länderna, men det är svårt att bedöma skillnader i insatsernas omfattning och ännu svårare att jämföra deras innehåll och kvalitet.
- Länderna har liknande insatsformer, men det är vanligare med institutionsboenden i Norge och avlönad anhörigvård i Finland.
- Tillgången till omsorg bygger på liknande behovsprövning, men egenavgifterna varierar.
- I alla länderna kan kommuner lägga ut omsorg på privata utförare, men Sverige utmärker sig med en hög andel vinstdrivna utförare.

[130] Kommittén för socialt skydd och EU-kommissionen, *2021 Long term care report*, 2021, s. 126 f.

- Personalen består främst av omsorgspersonal och sjuksköterskor, och alla länderna rapporterar att kompetensförsörjningen är en utmaning.
- Sveriges uppdelning av huvudmannaskapet mellan vården och omsorgen kan försvåra integreringen av läkarvård och omsorg för personer med äldreomsorg.
- Över lag syns stora likheter i den rättsliga regleringen av äldreomsorgen, men i Sverige saknas en tydlig reglering av möjligheterna att ge vård och omsorg till personer med nedsatt beslutsförmåga.
- Jämförelser mellan länderna försvåras av betydande kommunal variation och avsaknad av gemensam terminologi och statistik.

4 Gällande rätt – övergripande

I detta kapitel finns övergripande beskrivningar om gällande rätt på områden som är av betydelser för bägge benen i vårt utredningsuppdrag.

Inledningsvis beskrivs några av de internationella instrument som fastslår mänskliga rättigheter av särskild relevans för utredningsuppdraget. Därefter redogörs för fri- och rättigheter enligt regeringsformen och för gällande förbud mot diskriminering.

Vi beskriver vidare regleringen av kommuners och regioners uppgifter och organisation och avslutningsvis redogörs för gällande reglering av samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård.

I kapitel 5 återfinns bakgrund till våra överväganden om en äldreomsorgslag, inklusive gällande rätt på det området. I kapitel 6 finns på motsvarande sätt bakgrund till våra överväganden om stärkt hälso- och sjukvård i kommuner, inklusive gällandet rätt på det området.

4.1 Mänskliga rättigheter

Särskilda rättigheter för äldre personer och personer med funktionsnedsättningar uttrycks i ett antal internationella instrument. Detsamma gäller rätten till hälsa och hälso- och sjukvård. Här redogörs för några av de internationella instrument som berör de frågor som är av betydelse för utredningens uppdrag, och som Sverige skrivit under.

4.1.1 Globala instrument

Förenta nationerna, förkortat FN, antog den allmänna förklaringen om mänskliga rättigheter 1948. Den är inte bindande men uttrycker den gemensamma viljan och strävan hos FN:s medlemsstater att arbeta för mänskliga rättigheter, rättvisa och jämställdhet i alla världens länder.

Deklarationen säger att var och en är berättigad till rättigheterna, utan åtskillnad av något slag. I artikel 25 anges bland annat att var och en har rätt till en levnadsstandard, tillräcklig för hälsa och välbefinnande och där ingår bland annat hälsovård och nödvändiga sociala tjänster. Där anges även en rätt till trygghet vid ålderdom.

De ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna som koncept återfinns första gången i FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna och utvecklades sedan bland annat i 1966 års FN-konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ESK konventionen). I konventionens artikel 12 erkänns rätten för var och en att åtnjuta bästa möjliga uppnåeliga hälsa. För att tillgodose rätten till hälsa ska konventionsstaterna bl.a. förbättra alla aspekter av samhällets hälsovård, förebygga, behandla och bekämpa alla epidemiska och endemiska sjukdomar samt skapa förutsättningar som tillförsäkrar alla tillgång till hälso- och sjukvård i händelse av sjukdom.[1]

FN:s Internationella konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning som antogs 2006 förtydligar vad som krävs för att personer med funktionsnedsättning, i alla åldrar, fullt ut ska få sina rättigheter uppfyllda som alla andra. Konventionen fokuserar på icke-diskriminering och listar nödvändiga åtgärder för att personer med funktionsnedsättning ska kunna ta del av medborgerliga, politiska, ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. Några av konventionens centrala delar och principer handlar om rättskapacitet, tillgänglighet, att leva självständigt, vård, hjälpmedel, delaktighet och brukarinflytande. Bl.a. finns artiklar om rätten och möjligheterna för personer som är teckenspråkiga att använda sitt språk i olika sammanhang.[2] Stat, kommun och region har ett gemensamt ansvar att följa konventionen.

4.1.2 Europeiska instrument

Den europeiska konventionen från den 4 november 1950 angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna, förkortad EKMR, gäller som lag i Sverige. Här kan nämnas rätten till respekt för sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin

[1] SÖ 1971:41, *Sveriges internationella överenskommelser*, *Internationell konvention om ekonomiska, social och kulturella rättigheter*. Enligt den svenska översättningen ”läkarvård och sjukhusvård”. Vi bedömer dock att ”hälso- och sjukvård” bättre överensstämmer med modernt språkbruk.
[2] Se t. ex. artiklarna 9, 21 och 30.

korrespondens enligt artikel 8. I artikel 14 finns ett förbud mot diskriminering vid tillämpningen av konventionen. Åtnjutandet av de fri- och rättigheter som anges i konventionen ska säkerställas utan någon åtskillnad såsom på grund av kön, ras, hudfärg, språk, religion, politisk eller annan åskådning, nationellt eller socialt ursprung, tillhörighet till nationell minoritet, förmögenhet, börd eller ställning i övrigt.

Inom EU gäller även Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna. Diskrimineringsförbudet i stadgans artikel 21 omfattar fler diskrimineringsgrunder än EKMR, bland annat diskriminering på grund av funktionshinder och ålder. I artikel 25 tas äldre personers rättigheter upp. Unionen erkänner och respekterar rätten för äldre personer att leva ett värdigt och oberoende liv och att delta i det sociala och kulturella livet. Vidare slår artikel 34 fast att unionen erkänner och respekterar rätt till tillgång till social trygghet och sociala förmåner som garanterar skydd i sådana fall som till exempel ålderdom i enlighet med unionsrätten samt nationell lagstiftning och praxis.[3]

Den europeiska sociala stadgan, som trädde i kraft i februari 1965, är en internationell överenskommelse som utarbetades inom Europarådet. 1996 fattades beslut om en reviderad stadga. I artikel 23 finns stadganden om rätt till socialt skydd för äldre personer. De länder som ratificerat den sociala stadgan åtar sig att själva eller i samarbete mellan offentliga och privata organisationer möjliggöra för äldre personer att så länge som möjligt förbli fullvärdiga samhällsmedlemmar. Som medel nämns att tillhandahålla lämpliga resurser och information om tjänster och arrangemang. Vidare åtar sig parterna att möjliggöra för äldre personer att fritt välja livsstil och föra ett oberoende liv i den omgivning som de är förtrogna med så länge de önskar. Detta genom att tillhandahålla bostäder för deras behov och hälsotillstånd eller lämpligt stöd för anpassning av deras bostäder samt hälsovård och tjänster som deras tillstånd kräver. Artikel 15 handlar om rätt till oberoende, social integrering och deltagande i samhällslivet för personer med funktionsnedsättningar.[4] I regeringens proposition Europarådets sociala stadga nämns som exempel att detta främjas genom socialtjänstlagen, t.ex. hemtjänst.[5]

[3] Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna.
[4] SÖ 1998:35, *Sveriges internationella överenskommelser, Europeisk social stadga (reviderad)*.
[5] Prop. 1997/98:82, *Europarådets sociala stadga* s. 27.

4.2 Fri och rättigheter enligt regeringsformen

I regeringsformen, RF, slås fast att den offentliga makten ska utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet. Den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd ska vara grundläggande mål för den offentliga verksamheten och det allmänna ska verka för social omsorg och trygghet och för goda förutsättningar för hälsa. [6]

Regeringsformen innehåller också en uppräkning av grundläggande fri- och rättigheter. Ett exempel är att var och en gentemot det allmänna är skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp och betydande intrång i den personliga integriteten, om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden.[7]

Begränsningar av vissa fri- och rättigheter kan ske genom lag, om det kan anses godtagbart i ett demokratiskt samhälle och inte går utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den.[8] I RF föreskrivs också att lag eller annan föreskrift inte får innebära att någon missgynnas därför att han eller hon tillhör en minoritet med hänsyn till etniskt ursprung, hudfärg eller annat liknande förhållande eller med hänsyn till sexuell läggning. Det är vidare inte tillåtet med föreskrifter som missgynnar någon på grund av sitt kön, om det inte utgör ett led i strävanden att åstadkomma jämställdhet.[9]

4.3 Förbud mot diskriminering

Ålder som grund för diskriminering skyddas inte av regeringsformen. Däremot finns ett skydd mot åldersdiskriminering i diskrimineringslagen (2008:567), förkortad DL.[10] Förbud mot diskriminering som har samband med ålder gäller förutom inom arbetslivet och utbildningsområdet även andra samhällsområden såsom till exempel varor, tjänster, bostäder, hälso- och sjukvård, socialtjänst, socialförsäkring

[6] 1 kap. 2 § RF.
[7] 2 kap. 6 § RF.
[8] 2 kap. 20 och 21 §§ RF.
[9] 2 kap. 12 och 13 §§ RF. Missgynnande p.g.a. kön är även tillåtet om föreskriften avser värnplikt eller liknande.
[10] 1 kap. 1 DL §.

och arbetslöshetsförsäkring. Även bristande tillgänglighet betraktas som en form av diskriminering i diskrimineringslagen.[11]

Förbudet mot åldersdiskriminering hindrar dock inte tillämpning av bestämmelser i lag som föreskriver viss ålder eller annan särbehandling på grund av ålder, om särbehandlingen har ett berättigat syfte och de medel som används är lämpliga och nödvändiga för att uppnå syftet.[12] Socialtjänstlagens bestämmelser som riktar sig till målgruppen äldre och bestämmelser om fri vaccination mot influensa i hälso- och sjukvården är några exempel på bestämmelser som på ett berättigat sätt särbehandlar äldre personer.

4.4 Kommunernas och regionernas uppgifter och organisation

4.4.1 Regeringsformen

Den kommunala självstyrelsen utgör grunden för det svenska samhällssystemet och är grundlagsfäst. Av regeringsformen, förkortad RF, framgår att kommunerna sköter lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund.[13] Kommuner finns på lokal och regional nivå. Med uttrycken kommun i regeringsformen avses alltså även region.

I regeringsformen finns vissa grundläggande bestämmelser om kommunernas och regionernas interna organisation. Där slås fast att det i riket finns kommuner på lokal och regional nivå och att det bland annat finns kommunala förvaltningsmyndigheter för den offentliga förvaltningen.[14] Den kommunala beslutanderätten utövas av valda församlingar.[15] Det framgår också av regeringsformen att förvaltningsmyndigheterna, såväl de statliga som de kommunala, har en viss självständighet. Ingen myndighet, inte heller riksdagen eller en kommuns beslutande organ, får bestämma hur en förvaltningsmyndighet i ett särskilt fall ska besluta i ett ärende som rör myndighetsutövning mot en enskild eller mot en kommun eller som rör tillämpningen av lag.[16]

[11] 1 kap. 4 § p. 3 DL.
[12] 2 kap. 13 b § DL.
[13] 14 kap. 2 § RF.
[14] 1 kap. 7 och 8 §§ RF.
[15] 14 kap. 1 § RF.
[16] 12 kap. 2 § RF.

4.4.2 Kommunallagen

Kommuner och regioner sköter på demokratins och den kommunala självstyrelsens grund de angelägenheter som anges i kommunallagen (2017:725), förkortad KL, eller i annan författning. Exempel på författningar som anger uppgifter för kommuner och regioner är socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, och hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL. Som offentligrättsligt subjekt är kommuner och regioner även bundna av EU-rätten.

Den kommunala kompetensen

Närmare bestämmelser om kommunernas och regionernas organisation och kompetensfördelning mellan olika organ finns framför allt i kommunallagen. I förarbetena till kommunallagen sägs att självstyrelse i grunden handlar om en princip för relationen mellan staten och den kommunala nivån.[17] Principen ska gälla för all kommunal verksamhet, det vill säga både för den verksamhet som anges i kommunallagen och för den som följer av särskilda bestämmelser. Principen om kommunal självstyrelse avser alltså hela den kommunala verksamheten. Den kommunala självstyrelsen kan dock aldrig vara total. Riksdagen bestämmer grunderna för kommunernas och landstingens organisation och verksamhetsformer och för den kommunala beskattningen genom lag. Vidare är det riksdagen som genom lag bestämmer deras befogenheter och åligganden. [18]

Den fria bestämmanderätten för kommuner och regioner begränsas av kommunallagens övergripande bestämmelser om att de endast får ha hand om frågor som faller inom deras befogenhet. Regioner och kommuner får själva ha hand om angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till kommunens eller regionens område eller deras medlemmar (lokaliseringsprincipen). De får inte ha hand om sådana angelägenheter som enbart staten, en annan kommun, en annan region eller någon annan ska ha hand om.[19]

I lagen om vissa kommunala befogenheter (2009:47) finns bestämmelser som utvidgar den kommunala kompetensen på vissa specifika områden. Ett exempel på detta är att kommunerna, utan

[17] Prop. 1990/91:117, *En ny kommunallag* s. 22 f.
[18] 14 kap. 2 RF.
[19] 2 kap. 1 och 2 §§ KL.

individuell behovsprövning enligt socialtjänstlagen, kan erbjuda servicetjänster åt personer som fyllt 68 år för att förebygga skador, olycksfall eller ohälsa. Kommunerna avgör själva vilka slags tjänster som bör tillhandahållas de äldre, från vilken ålder de ska erbjudas och hur de ska tillhandahållas. Alla kommunmedlemmar över den ålder som kommunen angett i sina riktlinjer har rätt att få tjänsten utförd på samma villkor.

Organisationsfrihet

Kommuner och regioner har stor frihet att själva bestämma hur nämndverksamheten ska organiseras utifrån lokala behov och förutsättningar. Kommunallagen innehåller bestämmelser om kommunernas och regionernas politiska organ och uppgiftsfördelningen mellan dem. I varje kommun och region finns en beslutande politisk församling, benämnd fullmäktige, som är det främsta beslutande organet. Därutöver finns ett antal politiskt tillsatta organ – styrelsen och övriga nämnder – vilka har hand om kommunens eller regionens förvaltnings- och verkställighetsuppgifter men som även har vissa beslutsfunktioner. Fullmäktige ska tillsätta de nämnder som utöver styrelsen behövs för att fullgöra kommunens eller regionens uppgifter enligt lag eller annan författning och för övrig verksamhet.[20] Fullmäktige bestämmer nämndernas verksamhetsområden och inbördes förhållanden.[21] Det handlar om att bestämma vilka uppgifter nämnderna ska ha och om de ska verka på central eller lokal nivå. En nämnd kan ha hand om flera verksamheter i hela kommunen eller regionen. En nämnd kan även ha hand om en eller flera verksamheter för en del av kommunen eller regionen. På detta sätt öppnas en möjlighet att tillsätta s.k. kommundelsnämnder eller distriktsnämnder. En nämnd kan även få ansvaret för verksamheten vid en eller flera anläggningar, t.ex. skolor eller sjukhus. Det är även möjligt att man inom ett visst område, till exempel socialtjänsten, fördelar uppgifterna på olika nämnder och lägger ansvaret för exempelvis medicinska och sociala insatser för äldre på en särskild äldreomsorgsnämnd.

Det finns vissa inskränkningar i friheten för kommunerna och regionerna att bestämma sin egen organisation. Kommunerna och

[20] 3 kap. 4 § KL.
[21] 6 kap. 2 § KL.

regionerna är skyldiga att inrätta ett fullmäktige och en styrelse.[22] De är också skyldiga att välja revisorer för granskning av sin verksamhet.[23] Det finns även ett antal nämnder som är obligatoriska. I kommuner och regioner ska det finnas en krisledningsnämnd för att fullgöra uppgifter under extraordinära händelser som medför allvarliga störningar i viktiga samhällsfunktioner.[24] Vidare ska det i varje kommun och region finnas en eller flera s.k. patientnämnder.[25]

Rätten att fritt organisera nämndverksamheten har även begränsats på så sätt att en nämnd inte får bestämma om rättigheter och skyldigheter för kommunen eller regionen i ärenden där nämnden företräder kommunen eller regionen som part. En nämnd får inte heller bedriva tillsyn över verksamhet nämnden själv bedriver.[26]

De kommunala organen

Fullmäktige

Fullmäktige är det högsta beslutande organet och fattar beslut av mer grundläggande natur eller av mer generell räckvidd. Exempel på sådana fullmäktigeärenden är mål och riktlinjer för verksamheten, budget, skatt och andra viktiga ekonomiska frågor, nämndernas organisation och verksamhetsformer och val av ledamöter och ersättare i nämnder och beredningar samt revisorer. Fullmäktige har möjlighet att delegera sin beslutanderätt till en nämnd.[27] Delegationen kan gälla ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden. Fullmäktige beslutar dock i alla ärenden av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt, i sådana ärenden kan beslutanderätten inte delegeras.[28] Om det anges i en författning att fullmäktige har en viss uppgift, får inte heller den uppgiften delegeras. Det finns dock inte någon tydlig gräns mellan fullmäktiges exklusiva beslutanderätt och den del av beslutanderätten som är möjlig att delegera till nämnderna.[29]

[22] 3 kap. 1 och 3 §§ KL.
[23] 12 kap. 4 § KL.
[24] 1 kap. 4 § och 2 kap 2 § lagen (2006:544) *om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap*.
[25] 1 § lag (1998:1656) *om patientnämndsverksamhet m.m*.
[26] 6 kap. 7 § KL.
[27] 5 kap. 2 § KL.
[28] 5 kap. 1 § KL.
[29] Prop. 2016/17:171, *En ny kommunallag* s. 156.

Nämnderna

Nämnderna har en viss självständig beslutanderätt och beslutar i frågor som rör förvaltningen. Nämnderna ska också besluta i frågor som ankommer på dem enligt lag eller annan författning, till exempel socialtjänstlagen och plan och bygglagen (2010:900). Det handlar ofta om myndighetsutövning, exempelvis beviljande av försörjningsstöd eller bygglov. Det är förbjudet för fullmäktige att bestämma hur en nämnd i ett särskilt fall ska besluta i ett ärende som rör myndighetsutövning mot enskild.[30] Nämnderna fungerar därutöver som beredningsorgan åt fullmäktige och ansvarar även för att fullmäktiges beslut verkställs.[31] Vidare beslutar nämnderna i frågor som fullmäktige har delegerat till dem.[32]

Styrelsen

Styrelsen är kommunens eller regionens ledande förvaltningsorgan. Till styrelsens mera övergripande uppgifter hör att leda och samordna förvaltningen av kommunens eller regionens angelägenheter och ha uppsikt över den verksamhet som bedrivs av övriga nämnder, kommunalförbund och kommunala företag.[33] Styrelsen ska även följa frågor av betydelse för kommunens eller regionens utveckling och ekonomiska ställning samt göra framställningar hos fullmäktige med flera om det behövs.[34] Styrelsen kan lämna råd, anvisningar och förslag till åtgärder till nämnderna. Följs inte dessa får styrelsen begära att fullmäktige vidtar åtgärder. Däremot ligger det inte inom styrelsens befogenheter att i en annan nämnds ställe besluta att en viss åtgärd ska vidtas eller att besluta att något som en annan nämnd redan har beslutat inte får verkställas.

I 2017 års kommunallag gavs möjligheter att stärka styrelsens ställning, genom en möjlighet för fullmäktige att besluta att styrelsen får fatta beslut om andra nämnders verksamhet. Det gäller dock inte andra nämnders myndighetsutövning, tillämpning av lag eller ärenden som i övrigt rör enskilda.[35]

[30] 12 kap. 2 § RF.
[31] 6 kap. 4 § KL.
[32] 6 kap. 3 § andra stycket KL.
[33] 6 kap. 1 § KL.
[34] 6 kap. 11 § KL.
[35] 6 kap. 8 § KL.

Kommunal samverkan

Det finns bestämmelser i KL som ger goda möjligheter för kommuner och regioner att på frivillig grund samverka med varandra genom t.ex. kommunalförbund, gemensamma nämnder och avtal. Enligt HSL är huvudmännen dessutom skyldiga att samverka vid planering och utvecklingen av hälso- och sjukvården.

Kommunalförbund och gemensamma nämnder

Kommuner och regioner kan samverka kring i princip alla uppgifter genom att bilda kommunalförbund och gemensamma nämnder.[36]

Ett kommunalförbund innebär att förbundsmedlemmarna överlämnar viss kommunal verksamhet till förbundet. Organisatoriskt är ett kommunalförbund uppbyggt på i princip samma sätt som en kommun eller en region. Kommunalförbundet är en egen offentligrättslig juridisk person med egen rättskapacitet, fristående från medlemmarna, ofta sägs kommunalförbundet vara en slags specialkommun.[37]

Kommunalförbund kan utan särskilt lagstöd ha hand om myndighetsutövning och andra uppgifter som är specialreglerade. Ett kommunalförbund kan, men måste inte, inrätta en eller flera nämnder.

En gemensam nämnd bildas mellan två eller flera kommuner eller regioner och kan fullgöra uppgifter avseende all kommunal verksamhet. En sådan nämnd är liksom övriga nämnder en egen myndighet, men en gemensam nämnd är inte en egen juridisk person. Den gemensamma nämnden ingår i en av de samverkande kommunernas eller regionernas politiska organisation. Uppgifterna för nämnden ska preciseras i en överenskommelse och det ska också finnas ett reglemente för nämnden. Varje samverkande kommun eller region ska vara representerad i styrelsen.[38]

Sedan 2003 finns också en särskild lag (2003:192) om gemensam nämnd inom vård och omsorgsområdet. Genom den gavs kommuner och landsting möjlighet att samverka i en gemensam nämnd för att gemensamt fullgöra uppgifter inom vård- och omsorgsområdet. I och med det slopades kravet (som finns i den generella lag-

[36] 3 kap. 8 och 9 §§ KL.
[37] 9 kap. 1–18 § KL.
[38] 9 kap. 19–35 § KL.

stiftningen om gemensam nämnd) på att en uppgift skall falla inom de samverkande huvudmännens gemensamma kompetens.

Även bildandet av kommunala bolag är en formell samverkansform.

Avtalssamverkan

Såväl kommunalförbund som gemensamma nämnder innebär dock att en relativt omfattande administrativ överbyggnad behöver skapas för samverkan. Att inrätta en gemensam nämnd för att exempelvis hantera ett fåtal ärenden där det finns ett behov av samverkan med en grannkommun kan innebära att kostnaderna överstiger nyttan. Samverkan genom kommunalförbund och en gemensam nämnd är inte alltid ändamålsenlig. Därför har en generell möjlighet införts för kommuner och regioner att ingå avtal om att dess uppgifter helt eller delvis ska utföras av en annan kommun eller en annan region (s.k. avtalssamverkan).[39]

Avtalssamverkan innebär ett civilrättsligt avtal som ger en kommun eller region möjlighet att utföra uppgifter åt en annan kommun eller en annan region, utan att lokaliseringsprincipen hindrar det. Kommuner och regioner kan endast samverka om sina uppgifter, dvs. uppgifter som ankommer på dem. Detta innebär att samverkan endast kan avse sådant som faller inom den kommunala befogenheten. En kommun eller ett landsting får alltså inte genom avtalssamverkan uppdra åt en annan kommun eller ett annat landsting att utföra uppgifter som den inte får utföra själv.

Möjligheterna att samverka gäller inte bara samverkan mellan kommuner eller mellan regioner utan även samverkan mellan kommuner och regioner. En kommun får dock inte med stöd av bestämmelsen om avtalssamverkan utföra uppgifter som ankommer på en region och vice versa. Detta begränsar i praktiken möjligheten att ingå samverkansavtal mellan kommuner och regioner.

Vid avtalssamverkan får kommuner och regioner komma överens om att uppdra åt en anställd i den andra kommunen eller det andra regionen att besluta på kommunens eller regionens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden (extern delegering), i de fall delegering är tillåtet inom den egna kommunen.[40]

[39] 9 kap. 37 § KL; Prop. 2017/18:151, *En generell rätt till kommunal avtalssamverkan* s. 24f.
[40] 9 kap. 7 § andra stycket KL.

Särskilt om avtalssamverkan och regler om upphandling

Avtalssamverkan kan avse både myndighetsutövning och utförande av uppgifter. Regler om upphandling gäller även vid avtalssamverkan, förutom om det är fråga om myndighetsutövning. Utförande av hälso- och sjukvård är oftast inte myndighetsutövning.

Kommunen eller regionen måste i det enskilda fallet därför pröva om ett avtal uppfyller kriterierna för undantaget för upphandling mellan myndigheter (det s.k. Hamburgundantaget) i lagen (2016:1145) om offentlig upphandling eller är undantaget från upphandlingsreglerna på någon annan grund. Om det inte finns någon tillämplig undantagsregel måste avtalet konkurrensutsättas.

Det förekommer också i speciallagstiftning att både kommuner och regioner åläggs uppgifter inom samma område, exempelvis inom primärvården. Det kan i sig förutsätta samverkan för att ansvaret ska kunna fullgöras. Regioner och kommuner är t.ex. skyldiga att ingå avtal om formerna för och omfattningen av läkarinsatser.

Enligt 15 kap. 1 § HSL är det tillåtet för regioner och kommuner att ingå avtal med annan om utförande av hälso- och sjukvårdsinsatser som man ansvarar för och som inte utgör myndighetsutövning. Syftet med bestämmelsen är öka konkurrensen och skapa förutsättningar för privata aktörer och kommunala företag att utföra vissa kommunala uppgifter. Bestämmelsen innebär inte något undantag från kravet på att tillämpa upphandlingsregler. Dessutom behöver regelverket om obligatoriska vårdvalssystem inom primärvården beaktas.

4.4.3 Privata utförare

Kommuner och regioner får, med de begränsningar som framgår av lag, överlämna skötseln av kommunala angelägenheter till en juridisk person eller en enskild individ.[41] Om skötseln av angelägenheten innefattar myndighetsutövning, får den lämnas över endast om det finns stöd för det i lag.

Enskilda uppdrag kan upphandlas med stöd av lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU. Den lagen möjliggör för upphandlande myndighet att välja en av de sökande som uppfyller kraven i förfrågningsunderlaget.

[41] 10 kap. 1 § KL.

Ett alternativt sätt för kommun och region att upphandla privata utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård är med stöd av lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV.[42] Den lagen innebär att samtliga sökande som uppfyller de krav som angetts i förfrågningsunderlaget ska godkännas.

4.5 Samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården

4.5.1 Övergripande krav på samverkan

I lagstiftningen om hälso- och sjukvård och socialtjänst finns bestämmelser om övergripande krav på samverkan som är tillämpliga inom vården och omsorgen av äldre.

Regioner och kommuner ska samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården.[43] I förarbetena till bestämmelsen nämns bland annat äldreomsorgen som ett område där behovet av samarbete är stort.[44] Syftet med planeringen ska vara att tillgodose behovet av hälso- och sjukvård hos dem, för vilka regionen och kommunen har en skyldighet att tillhandahålla vård. Detta får bland annat betydelse med anledning av att regionen har en skyldighet att avsätta de läkarresurser som behövs till kommunerna inom regionen för att kommunerna ska kunna fullgöra sina uppgifter inom hälso- och sjukvården, dvs. att tillhandahålla hälso- och sjukvård i särskilt boende, i dagverksamhet och i vissa fall i hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinärt boende.

Regionen och kommunen ska även samverka så att den som bor i särskilt boende, vistas i dagverksamhet eller får hemsjukvård från kommunen också får övrig vård och behandling, hjälpmedel och sådana förbrukningsartiklar som denne kan behöva p.g.a. allvarlig sjukdom eller efter behandling av en sådan sjukdom.[45] Insatser för habilitering och rehabilitering är en del av hälso- och sjukvården och omfattas därför av kravet på samverkan. I socialtjänstlagen finns en särskild bestämmelse om planeringen av insatser för äldre. Kommunerna är då skyldiga

[42] Prop. 2008/09:74 *Vårdval i primärvården*.
[43] 7 kap. 7 § och 11 kap. 3 § HSL.
[44] Prop. 1981/82:97, *Om hälso- och sjukvårdslag, m.m.* s. 61
[45] 16 kap. 12 § HSL.

att samverka med regionen samt andra samhällsorgan och organisationer.[46] Syftet med kommunens planering ska vara att tillgodose äldre människors behov av boende, service och vård.

I Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (som gäller både för hälso- och sjukvården och socialtjänsten) ställs krav på att vårdgivare och den som bedriver socialtjänst ska identifiera, beskriva och fastställa processer för samverkan.[47] Det gäller för dem som finns i den egna verksamheten, det vill säga inom respektive vård- eller omsorgsgivares organisation. Det kan vara fråga om hur samverkan ska bedrivas till exempel mellan olika enheter eller andra organisatoriska delar och mellan olika personalgrupper. Kravet gäller även att det av processerna och rutinerna ska framgå hur samverkan möjliggörs med externa aktörer.

4.5.2 Krav på samverkan och planering för enskilda personer

Övergripande krav på samverkan

När socialtjänstens insatser utformas och genomförs för en enskild ska de utformas och genomföras tillsammans med den enskilde och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar.[48] Den enskilde är ofta samtidigt i behov av insatser från andra samhällsorgan. Nämnden ska i sådana fall samverka med de organen så att insatserna kan samordnas.

Inom hälso- och sjukvården finns krav på att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses och utse en fast vårdkontakt om patienten begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.[49]

[46] 5 kap. 6 § andra stycket SoL.
[47] 4 kap. 5 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2011:9) *om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*.
[48] 3 kap. 5 § SoL.
[49] 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) och 6 kap. 1 och 2 §§ patientlagen (2014:82).

Individuella planer

Individuell plan enligt SoL och HSL

När en enskild har behov av insatser både från region och från kommun finns lagstadgade krav på vården och omsorgen att upprätta en individuell plan.

I HSL, och SoL, finns krav på att upprätta en individuell plan när en enskild har behov av regionalt finansierad hälso- och sjukvård och insatser från kommunens socialtjänst.[50]

Det finns även krav på att upprätta individuella planer när en patient efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från både regional och kommunal hälso- och sjukvård eller socialtjänst (se nedan om lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård, förkortad LUS).[51]

Det finns en viss otydlighet i begreppen som används för den individuella planen. Den individuella planen enligt SoL och HSL kallas ofta för SIP, som står för samordnad individuell plan. Detta uttryck finns dock inte i lagstiftningen. I LUS, används begreppet *samordnad individuell planering* om själva planeringen. Den plan som ska upprättas benämns dock även i denna lag som individuell plan, med hänvisning till bestämmelserna i SoL och HSL.[52]

En individuell plan enligt HSL och SoL ska upprättas om regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål och ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser som respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan är regionen eller kommunen och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen. Bestämmelsen gäller även privata utförare som har avtal med kommun eller region.

En förutsättning för att kravet på individuell plan (enligt SoL och HSL) ska gälla är att den enskilde har behov av insatser från den av regionen finansierade hälso- och sjukvården och från socialtjänsten.

[50] 16 kap. 4 § HSL och 2 kap. 7 § SoL.
[51] 4 kap. 1 och 2 §§ LUS.
[52] 4 kap. 1 och 2 §§ LUS.

Den kommunala hälso- och sjukvården omfattas enbart av kravet på upprättande av individuell plan i samband med utskrivning från sluten vård (jmf. nedan om samordnad individuell planering vid utskrivning från sluten vård). När kravet på ett gemensamt upprättande av en individuell plan lagfästes fanns flera bestämmelser om skyldigheter för regionens hälso- och sjukvård att samverka med kommunerna på individnivå. Det fanns också flera bestämmelser i speciallagstiftningar om individuella planer för vissa grupper. Någon generell regel som gav kommuner och landsting i uppdrag att gemensamt upprätta individuella planer för alla enskilda som behövde det fanns dock inte. Den individuella planen skulle skilja sig från övriga då befintliga planer genom att gälla alla enskilda och säkerställa samarbete mellan huvudmännen, i syfte att tillgodose individers samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst. Regeringen ansåg att krav på gemensamma individuella planer krävdes för att tydliggöra huvudmännens gemensamma ansvar för personer med behov från både hälso- och sjukvård och socialtjänst. I de fall den individuella planen sammanfaller med någon annan plan som ska upprättas enligt annan lagstiftning, ska inte någon individuell plan upprättas.[53]

Individuell plan i samband med utskrivning från sluten vård

Som ovan nämnts finns även särskild reglering om samverkan mellan region och kommun vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård, Lagen syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från sluten vård behöver insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst.

I sådana fall ska en samordnad individuell planering genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna. Om insatser behövs från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, ska även den regionfinansierade öppna vården medverka i planeringen. Regionerna och kommunerna ska i egenskap av huvudmän för verksamhet inom hälso- och sjukvård och socialtjänst i samråd utarbeta gemensamma riktlinjer till vårdgivare och till dem som bedriver socialtjänst avseende samverkan.

[53] Prop. 2008/09:193, *Vissa psykiatrifrågor m.m.* s. 28.

5 Äldreomsorg

I detta kapitel ges en kort bakgrund till våra överväganden om en äldreomsorgslag. Överväganden och förslag i dessa delar återfinns i kapitel 7.

I avsnitt 5.1 beskrivs gällande rätt för socialtjänst. I avsnitt 5.2 redogörs för hur äldreomsorgen fungerar i praktiken i kommuner, t.ex. när det gäller handläggning, organisering av arbetet på utförarnivå samt personal och kompetens.

5.1 Gällande rätt för socialtjänst

Kommunernas ansvar för äldreomsorg regleras i socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, sedan tillkomsten av 1980-års socialtjänstlag. Det var vid tillkomsten av den lagen som begreppet äldreomsorg etablerades. I det följande beskrivs regleringen av socialtjänsten och äldreomsorgen.

5.1.1 Socialtjänstens mål

SoL, är en målinriktad ramlag. I portalparagrafen som inleder lagen anges de övergripande målen för socialtjänsten på följande sätt.

> Samhällets socialtjänst ska på demokratins och solidaritetens grund främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet. Under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation ska socialtjänsten inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och gruppers egna resurser. Verksamheten ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.[1]

[1] 1 kap. 1 § SoL.

Utredningen framtidens socialtjänst har föreslagit att bestämmelsen kompletteras med att socialtjänsten även ska främja människornas jämställda levnadsvillkor.[2] Förslaget bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

De mål som ställs upp i portalparagrafen är övergripande och omfattar all verksamhet inom socialtjänsten. De övergripande målen är allmänt utformade och ska i första hand ses som politiska riktmärken för socialtjänstens långsiktiga utveckling. De uttrycker såväl samhällets roll som en positiv tilltro till människans förmåga.[3]

Dessa mål konkretiseras och preciseras i delmål i andra bestämmelser i lagen. Ett exempel på en sådan bestämmelse är att socialnämnden ska verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. [4]

5.1.2 Socialtjänstens huvudfunktioner

Socialtjänstens medel för att uppnå målen har delats in i tre huvudfunktioner.

- *Strukturinriktade insatser* syftar till en god samhällsmiljö. Dit räknas medverkan i samhällsplaneringen, arbete med sociala problem och uppsökande verksamhet.
- *Allmänt inriktade insatser* avser generellt utformade insatser. Det är insatser som inte är individuellt behovsprövade utan erbjuds en viss målgrupp, till exempel träffpunkter för social samvaro och annan aktivitet som erbjuds äldre personer och/eller deras anhöriga eller andra närstående.
- *Individuellt inriktade insatser* avser insatser som är individuellt utformade efter den enskildes behov. Det kan till exempel vara hemtjänstinsatser som en äldre person har behov av som stöd i den dagliga livsföringen på grund av nedsatt funktionsförmåga.

En helt klar gränsdragning är inte möjlig. En viss insats kan vara sammansatt och beröra mer än en huvudfunktion.[5]

[2] SOU 2020:47, *Hållbar socialtjänst, en ny socialtjänstlag,* s. 366.
[3] Prop. 1979/80:1, *Om socialtjänsten Del A,* s. 116 och 137f.
[4] 5 kap. 4 § SoL.
[5] Prop. 1979/80:1, *Om socialtjänsten Del A*, s. 152.

5.1.3 Ansvar för äldreomsorg

Kommunen

SoL liksom socialtjänstförordningen (2001:937) vänder sig i första hand till kommunen eller socialnämnden. I SoL anges att kommunerna svarar för socialtjänsten inom sitt område, och har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver.[6]

Kommunens uppgifter inom socialtjänsten fullgörs av den eller de nämnder som kommunfullmäktige bestämmer.[7] I SoL benämns nämnden som ansvarar för socialtjänsten som socialnämnd oavsett vad kommunfullmäktige valt att kalla nämnden, som till exempel äldreomsorgsnämnden. Socialnämnden är politiskt tillsatt och ansvarar för kommunens socialtjänst. Socialtjänsten är den förvaltning som lyder under socialnämnden och den instans som utför arbetet i praktiken. En beviljad insats verkställs hos en utförare som kan vara i kommunens egen regi eller i en enskild verksamhet.

Kommunen är således huvudman för socialtjänstens verksamhet. Kommunerna kan välja att upphandla driften av en verksamhet (entreprenader).[8] Kommunerna har även möjlighet att införa valfrihetssystem enligt lagen (2008:962) valfrihetssystem, förkortad LOV. Kommunen behåller dock ansvar som huvudman för verksamhet som överlämnats till privata utförare. Om kommunen infört valfrihetssystem är kommunen, i egenskap av huvudman, beställare. Huvudmannens styrning av utförare i egen och privat regi sker i huvudsak genom krav som ställs i förfrågningsunderlaget och i de avtal som tecknas med de privata utförarna. Kommunen ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.[9] Detsamma gäller när skötseln av en kommunal angelägenhet genom avtal har lämnats över till en privat utförare. Kommunen ska kontrollera och följa upp verksamheten.[10] Om kommunen köper upp enstaka platser vid ett särskilt boende eller korttidsboende för äldre har kommunen huvudmannaansvar

[6] 2 kap. 1 § SoL.
[7] 2 kap. 4 § SoL.
[8] 2 kap. 5 § SoL.
[9] 6 kap. 6 § kommunallagen (2017:725), KL.
[10] 10 kap. 8 § KL.

för den individuella insatsen för den äldre personen, men inte för verksamheten som helhet.

Privata utförare

Kommunens yttersta ansvar kan inte överlåtas. Det är inte heller tillåtet att överlämna uppgifter som innefattar myndighetsutövning.[11] Genomförande av beslutade insatser innefattar dock inte myndighetsuppgifter och kan därmed överlåtas till en privat utförare, som t.ex. driften av ett särskilt boende eller utförande av hemtjänstinsatser.

En privat utförare är en juridisk person eller en enskild individ som har hand om en kommunal angelägenhet.

Ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ som har slutit avtal med en kommun om att bedriva enskild verksamhet, t.ex. i form av särskilda boendeformer för äldre eller hemtjänst, ska ha tillstånd av Inspektionen för vård och omsorg, IVO, för att yrkesmässigt få bedriva sådan verksamhet.[12] Även de verksamheter som bedrivs på entreprenad med kommunen som huvudman är tillståndspliktiga. Den som bedriver verksamheten är skyldig att följa de bestämmelser som gäller för verksamheten t.ex. i SoL och Socialstyrelsens föreskrifter.

Privat verksamhet som bedrivs utan avtal med kommunen och med egen finansiering omfattas inte av bestämmelserna i SoL.

Personalen

Den personal som utför insatserna i äldreomsorgen, dvs. framför allt i hemtjänsten eller i äldreboende, arbetar för kommunens eller den enskilda utövarens räkning.

Varken chefer eller omsorgspersonal[13] i verksamheterna inom äldreomsorgen har något i lag utpekat eget ansvar för vissa uppgifter, till skillnad från vad som gäller för till exempel hälso- och sjukvården där vissa funktioner är särskilt utpekade. Det gäller t.ex. verksam-

[11] 2 kap. 5 § SoL.
[12] 7 kap. 1 § SoL.
[13] Vårdbiträden, undersköterskor och undersköterskor med specialistkompetens.

hetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska och det yrkesansvar som åligger legitimerad personal inom hälso- och sjukvården.[14]

Det finns dock bestämmelser som anger att all personal inom socialtjänsten har en skyldighet att medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet samt en skyldighet att rapportera om missförhållanden (lex Sarah).[15]

5.1.4 Kvalitet och uppföljning

Kvalitetskrav

Insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet.[16] Det gäller både i privat och offentlig verksamhet och för såväl myndighetsutövning som övriga insatser. När bestämmelsen om god kvalitet infördes framhöll regeringen i propositionen att kvalitet är ett svårfångat begrepp och att vad som är god kvalitet inte låter sig fastställas på ett entydigt och objektivt sätt. Människors olika behov och förväntningar påverkar deras föreställningar av vad som är god kvalitet. Ett antal faktorer som lyftes fram med betydelse för kvaliteten på insatser inom socialtjänsten var bland annat rättssäkerhet, den enskildes medinflytande, en lätt tillgänglig vård och service, samt ett genomtänkt arbetssätt. Frågor om bemötandet av enskilda inom socialtjänsten framhölls särskilt.

Beträffande kvalitet i äldreomsorgen erinrade regeringen om att socialtjänstens insatser för äldre skall präglas av respekt för den enskildes självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet. Omsorgs- och vårdinsatser ska utformas utifrån den enskildes individuella behov, förutsättningar och önskemål. Bland faktorer som påverkar kvaliteten i äldreomsorgen framhölls bl.a. samverkan med andra verksamheter och organ samt ett integrerat synsätt, där den enskildes behov och trygghet alltid måste lyftas fram före de behov som organisation och administration kan ha. God kvalitet förutsätter att den enskilde ges ett verkligt inflytande över insatsernas utformning. Ett reellt inflytande handlar också om bemötande och respekt för var och ens särart, vilja och önskemål.[17]

[14] Se t.ex. 4 kap. 2 § och 11 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) samt 6 kap. 2 § patientsäkerhetslagen (2010:659).
[15] 14 kap. 3 och 4 §§ SoL.
[16] 3 kap. 3 § första stycket SoL.
[17] Jfr prop. 1996/97:124, *Ändring i socialtjänstlagen*, s. 51 f.

Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.[18]

Systematiskt kvalitetsarbete

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som ett sätt att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet gäller för hälso-och sjukvården, tandvården, LSS-verksamhet och socialtjänsten.

Kvalitet definieras i föreskrifterna med att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Med ledningssystem avses ett system för att fastställa principer för ledning av verksamheten.[19] Var och en som bedriver socialtjänst ska ha ett ledningssystem för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.[20] För att säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt krävs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete. Ledningssystemet gör det möjligt för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Ledningssystemet möjliggör ordning och reda i verksamheten så att händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser från de krav och mål som gäller för verksamheten kan förebyggas. Därigenom ökar verksamhetens nytta för intressenterna. Det är framför allt fråga om nyttan för den enskilde individen i dennes kontakt med vården och omsorgen. Det kan också vara fråga om andra intressenters nytta, till exempel ett medborgarperspektiv, eftersom alla har ett intresse av att offentligt finansierad vård och omsorg bedrivs kostnadseffektivt och ges i enlighet med gjorda prioriteringar och mål.

Den som bedriver socialtjänst ska utöva egenkontroll. Egenkontrollen ska ske med sådan frekvens och i den omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontroller innebär

[18] 3 kap. 3 § tredje stycket SoL.
[19] 2 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) *om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.*
[20] 3 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) *om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*.

även att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.[21] Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från vård- och omsorgstagare och deras närstående, personal, vårdgivare, andra som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS, myndigheter och föreningar, andra organisationer och intressenter.[22]

De som bedriver verksamhet måste skapa förutsättningar för medarbetare att delta i det systematiska förbättringsarbetet.

Medarbetarnas erfarenheter avseende verksamhetens kvalitet kan ge värdefull information i arbetet med att säkra kvaliteten och vidareutveckla vården och omsorgen. På så sätt blir verksamheten en lärande organisation.[23]

Lex Sarah

Som en del av det systematiska kvalitetsarbetet kan även räknas skyldigheten att rapportera, utreda, avhjälpa eller undanröja missförhållanden och rapporteringsskyldigheten enlig Lex Sarah.[24] Skyldigheten att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden gäller för var och en som fullgör uppgifter inom respektive socialtjänstverksamhet.[25]

Uppföljning

För att säkerställa att kravet på en god kvalitet uppfylls och att kvaliteten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras behöver verksamhetens kvalitet följas upp. Innebörden av att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras är att en uppföljning och utvärdering av verksamhetens kvalitet och resultat skall göras av socialnämnden, enligt förarbetena till bestäm-

[21] 5 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9*) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*.
[22] 5 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) *om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*.
[23] Socialstyrelsen, *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete-Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*, 2012 s. 9 f.
[24] 14 kap. 7 § SoL.
[25] 14 kap. 3–7 §§ SoL.

melsen. I förarbetena anges vidare att bestämmelsen ställer krav på uppföljning och utvärdering av de insatser som görs liksom på en anpassning av utbud och innehåll med hänsyn till utvecklingen i omvärlden.[26]

Vidare gäller att nämnden ska se till att verksamheten bedrivs i överensstämmelse med de övergripande mål och riktlinjer som fullmäktige bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten.[27] Nämnden bestämmer själv hur den ska se till att få den information den behöver för att kunna kontrollera verksamheten. Nämnden ska även se till att den interna kontrollen är tillräcklig för att säkra en effektiv förvaltning och att undvika att det begås allvarliga fel. En god intern kontroll ska således bidra till att ändamålsenligheten i verksamheten stärks och att den bedrivs effektivt och säkert. Kravet på intern kontroll gäller även verksamhet som överlämnats till annan utförare.[28]

Kvalitetsberättelser

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Socialstyrelsen rekommenderar i ett allmänt råd till bestämmelsen att den som bedriver socialtjänst med dokumentationen som utgångspunkt upprättar en årlig sammanhållen kvalitetsberättelse. Av denna bör det framgå hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att säkra kvaliteten och vilka resultat som uppnåtts.[29]

[26] Prop. 1997/98:113, *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*, s. 119.
[27] 6 kap. 6 § KL.
[28] Prop. 2016/17:171, *En ny kommunallag*, s. 362.
[29] 7 kap. 1 § SOSFS 2011:9.

5.1.5 Innehåll i äldreomsorgen

Individuellt inriktade insatser inom socialtjänsten

I förarbetena till 1980 års socialtjänstlag formulerades principer som bör gälla för individuellt inriktade insatser inom socialtjänsten. Dessa principer handlar om helhetssyn, frivillighet och självbestämmande samt normalisering.

Helhetssyn innebär att en enskilds eller en grupps sociala situation och de problem som han eller hon upplever ska ses i förhållande till hela den sociala miljön. Dit hör bland annat familjen, möjligheter till bostad och positiva fritidsförhållanden, värden som ryms i begreppet livskvalitet.

I portalparagrafen slås fast att verksamheten ska bygga på respekt för människors självbestämmanderätt och integritet, liksom att den ska inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och gruppers egna resurser. Vidare ska socialnämndens insatser utformas och genomföras tillsammans med den enskilde. Det innebär att frivillighet och självbestämmande ska vara vägledande vid handläggningen av enskilda ärenden. Det är också viktigt att den enskilde själv behåller ansvaret för sin situation.[30]

Med normalisering avses att samhällets insatser stödjer medborgarnas strävan efter att så långt som möjligt kunna vara som andra och ha det som andra, vilket samtidigt betyder rätt att vara sig själv. Ett konkret exempel på detta inom äldreomsorgen är att göra det möjligt för äldre att bo kvar i sin normala miljö, till exempel genom att erbjuda hemtjänstinsatser.[31]

Biståndet inom äldreomsorgen kan omfatta många olika typer av insatser. Det finns inga begränsningar i SoL kring vad den enskilde kan ansöka om för typ av bistånd. Det är den enskildes behov som avgör om bistånd ska beviljas och hur det i så fall ska utformas. En person kan också behöva andra typer av stöd, utöver stödet i den dagliga livsföringen, det kan till exempel handla om missbruk, ekonomi eller våld. Det finns heller ingen avgränsning i lagstiftningen som skulle reservera vissa insatser till just äldreomsorg. I den officiella statistiken redovisas följande insatser till personer över 65 år: hemtjänst i ordinärt boende, särskilt boende, trygghetslarm, matdistribution, ledsagning, dagverksamhet, korttidsplats, kontaktperson eller familj, boendestöd,

[30] Prop. 1979/80:1, *Om socialtjänst*, s. 207 f.
[31] Prop. 1979/80:1, *Om socialtjänst*, s. 212.

avlösning av anhörig, och annat bistånd. De vanligaste insatserna enligt SoL till personer över 65 år under år 2020 var trygghetslarm, hemtjänst i ordinärt boende, särskilt boende, och matdistribution.[32]

Hemtjänst är ett samlingsbegrepp för olika typer av insatser som en person kan få i syfte att underlätta den dagliga livsföringen. Vad som är hemtjänst är inte definierat i lagen men beskrivs i förarbeten och definieras i Socialstyrelsens termbank som bistånd i form av service och personlig omvårdnad i den enskildes bostad eller motsvarande. Service är t.ex. praktisk hjälp med bostadens skötsel, hjälp med inköp, ärenden på post och bank, tillredning av måltider samt distribution av färdiglagad mat. Med personlig omvårdnad avses insatser som därutöver behövs för att tillgodose fysiska, psykiska och sociala behov. Detta kan t.ex. innebära hjälp med att äta och dricka, klä sig och förflytta sig och sköta personlig hygien. Det kan också vara ledsagning eller andra insatser som behövs för att bryta isolering eller insatser för att den enskilde ska känna sig trygg och säker i det egna hemmet. I begreppet hemtjänst ingår även avlösning av anhörigvårdare i hemmet.[33] Trygghetslarm är också en sådan insats som innefattas i begreppet hemtjänst.

Bistånd efter individuell behovsprövning

I 4 kap. 1 § socialtjänstlagen regleras att den enskilde under vissa förutsättningar har rätt till bistånd. Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt. Den enskilde ska genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet ska utformas så att det stärker den enskildes möjligheter att leva ett självständigt liv. Försörjningsstöd kan bland annat ges för att klara mat, hyra och andra levnadsomkostnader.

Med begreppet ”livsföring i övrigt” avses de olika behov som den enskilde kan ha för att kunna tillförsäkras en skälig levnadsnivå och som inte omfattas av försörjningsstödet. Det kan till exempel vara fråga om vård- och behandlingsinsatser, hemtjänst, särskilt boende för äldre personer eller kontaktperson.

[32] Socialstyrelsen, *Statistik om insatser till äldre*, 2021.
[33] Se t.ex. prop. 2000/01:149, *Avgifter inom äldre- och handikappomsorg*, s. 23.

I förarbetena till SoL anges att skälig levnadsnivå inte bara innebär en nivåbestämning utan ger också uttryck för vilken form av insats, vård och behandling, andra stödformer eller ekonomiskt bistånd, som kan komma i fråga. Begreppet skälig levnadsnivå blir ett uttryck för vissa minimikrav på insatsen vad gäller kvaliteten. Många gånger har begreppet emellertid vållat problem eftersom det givit upphov till tvister om olika alternativ och kostnaderna för dessa.

Vid bedömningen av vilken insats som kan komma i fråga måste en sammanvägning göras av olika omständigheter såsom den önskade insatsens lämplighet som sådan, kostnaderna för den önskade insatsen i jämförelse med andra insatser samt den enskildes önskemål. Regeringen angav i propositionen att det enligt regeringens mening inte kan finnas en obegränsad frihet för den enskilde att välja sociala tjänster oberoende av kostnad.[34]

Av 4 kap. 2 § socialtjänstlagen framgår att socialnämnden, om det finns skäl för det, får ge bistånd utöver vad som följer av 4 kap. 1 § socialtjänstlagen. Bestämmelsen innebär en befogenhet för socialnämnden att ge bistånd till enskilda om det bedöms vara ändamålsenligt. Den ger inte någon rätt för den enskilde till bistånd och beslut enligt bestämmelsen får endast överklagas genom laglighetsprövning enligt ordningen i 13 kap. kommunallagen (2017:725). Därför saknas praxis som visar om den tillämpats i äldreomsorgen.

Hemtjänst och servicetjänster utan föregående behovsprövning

Bestämmelser om socialnämndens möjlighet att erbjuda hemtjänst till äldre personer utan en föregående behovsprövning finns i 4 kap. 2 a § socialtjänstlagen. Bestämmelsen är frivillig för kommunen att tillämpa.[35] Bestämmelsen reglerar inte vilka typer av hemtjänstinsatser som kommunerna måste erbjuda inom ramen för förenklat beslutfattande, utan det är upp till varje kommun att i sina riktlinjer ange vilka insatser som ska ingå.

Intentionen med den nya lagstiftningen är att ge äldre personer ett större inflytande över utförandet av insatsen. Genom ett rambeslut i enlighet med kommunala riktlinjer kan insatserna tillhandahållas snabbare, enklare och med ett tydligt angivet utrymme för på

[34] Prop. 2000/01:80, *Ny socialtjänstlag m.m.*, s. 90f.
[35] 4 kap. 2 a § SoL.

vilket sätt som insatsernas innehåll och utförande kan påverkas av den enskilde. Det kan t.ex. handla om att i stället för en planerad städning få hjälp till frisören eller att få en tidning eller bok uppläst. Det viktiga vad gäller byte av insatser är att personalen och den äldre personen i sitt möte talar om vad som är möjligt att utföra inom ramen för de kommunala riktlinjerna.[36]

Det kommunen har att förhålla sig till när en äldre person ansöker om en sådan hemtjänstinsats är att sökanden uppfyller de kriterier som kommunen har fastställt i sina riktlinjer, till exempel en viss åldersgräns. Vid förenklat beslutfattande kommer således socialtjänstens utredning i praktiken bara bestå i att konstatera att den äldre uppnått den ålder eller andra kriterier som kommunen anger i sina riktlinjer och därefter kan beslut fattas. Om den äldre själv vill eller om kommunen bedömer att personen i fråga behöver mer omfattande insatser än de som erbjuds inom ramen för förenklat beslutfattande, ska en utredning och behovsprövning alltid göras och bistånd i form av hemtjänst beviljas med stöd av 4 kap. 1 § SoL. Allt fler kommuner har infört modeller för förenklad biståndsbedömning. År 2020 fick 1 624 personer hemtjänst genom förenklad biståndsbedömning i 17 kommuner, jämfört med 298 personer i 14 kommuner 2019.[37]

Kommunen ska följa upp insatserna med utgångspunkt i kommunens riktlinjer, insatsernas kvalitet enligt 3 kap. 3 § och värdegrunden i 5 kap. 4 § SoL.

En kommun kan också tillhandahålla servicetjänster enligt lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter, förkortad befogenhetslagen, åt personer som fyllt 68 år utan individuell behovsbedömning och de krav på handläggning som gäller för socialnämnden. Med servicetjänster avses tjänster som är avsedda att förebygga skador, olycksfall eller ohälsa och som inte utgör personlig omvårdnad.[38] Det kan till exempel handla om att byta en glödlampa eller gardiner eller att lyfta tunga möbler. Kommunen avgör själv vilka slags tjänster som ska tillhandahållas och från vilken ålder personer omfattas av erbjudandet.

[36] Prop. 2017/18:106, *Förenklat beslutsfattande om hemtjänst för äldre*, s. 31.
[37] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2021*, 2021.
[38] 2 kap. 7 § lag (2009:47*) om vissa kommunala befogenheter*.

5.1.6 Särskilda bestämmelser om äldreomsorg i socialtjänstlagen

Värdegrunden m.m.

I SoL finns det särskilda bestämmelser om äldre personer. Bestämmelserna handlar såväl om strukturinriktade och allmänt inriktade insatser som individuella åtgärder. Som exempel på strukturinriktade och allmänt inriktade insatser kan nämnas att socialnämnden har ett ansvar för att verka för att äldre personer får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden. Till socialtjänstens uppgifter hör även att göra sig väl förtrogen med kommunmedborgarnas levnadsförhållanden och att genom uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden.[39]

Den s.k. värdegrunden innebär att socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Omsorgen ska också inriktas på att äldre ska ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Socialnämnden ska även verka för att äldre får goda bostäder och ge dem det stöd och den hjälp i hemmet de behöver tillsammans med annan lättåtkomlig service. För äldre personer gäller vidare att de ska få möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden. Den äldre personen ska, så långt det är möjligt, kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges. Sådan hjälp ges oftast genom hemtjänst.

Boende och bemanning

Kommunen ska även inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre som behöver särskilt stöd, s.k. särskilt boende.[40] Till sådana boendeformer räknas bl.a. ålderdomshem, servicehus, gruppboende, platser för korttidsvård eller korttidsboende. Ett särskilt boende kännetecknas främst av krav på att bostaden ska vara utformad och utrustad så att den boende kan fortsätta leva ett så självständigt liv som möjligt, krav på att de tjänster som den enskilde behöver ska kunna ges under alla tider på dygnet samt krav på att det

[39] 5 kap. 6 § SoL.
[40] 5 kap. 4–5 §§ SoL.

ska finnas tillgång till personal som dels kan bedöma när social eller medicinsk vård krävs, dels också kunna svara för att sådan ges.[41]

I sådana boenden ska det, utifrån den enskildes aktuella behov, dygnet runt finnas personal som utan dröjsmål kan uppmärksamma om en boende behöver stöd och hjälp. Den boende ska ges det stöd och den hjälp som behövs till skydd för liv, personlig säkerhet eller hälsa.[42] Syftet med lydelsen ”utifrån den enskildes aktuella behov” är att tydliggöra att utgångspunkten är den enskildes medicinska och sociala behov. Kravet på tillgång till personal villkoras med andra ord utifrån den enskildes förutsättningar samt behov av stöd och hjälp. Socialnämnden kan t.ex. fortsatt placera äldre i s.k. servicelägenheter med trygghetslarm. Vidare förtydligas att de äldre som placeras i exempelvis s.k. demensboenden och behöver dygnet runt vård ska tillförsäkras detta. Finns behov av på boendet närvarande personal ska sådan finnas. Socialnämnden kan anpassa tillgången till personal i förhållande till de äldres olika behov i ett boende, där en enskild person kan vara i behov av mer stöd och hjälp än en annan.

Genom att utgå från den enskildes behov undviks en reglering som innebär att alla de särskilda boendena på ett generellt och preciserat vis ska ha tillgång till personal dygnet runt med en viss personalstyrka. Begreppet ”aktuella” ger socialnämnden ett incitament att göra en kontinuerlig anpassning av stöd och hjälp utifrån den enskildes behov. Av detta följer att personalen ska uppmärksamma den äldres behov av stöd och hjälp. Vid behov behöver tillgången till personal förändras.

Förordningen reglerar inte på vilket sätt personal kan uppmärksamma att en boende har behov av hjälp och därför kan den som bedriver ett särskilt boende själv bedöma på vilket sätt tekniskt stöd kan vara lämpligt. Det är viktigt att tekniskt stöd används på ett sådant sätt att det inte är till nackdel för den enskilde[43] Bestämmelsen benämns ofta som nattbemanning, vilket var i fokus när den tillkom, även om ordalydelsen är dygnet runt.

[41] Prop. 2005/06:115, *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*, s. 23 och 75.
[42] 2 kap. 3 § socialtjänstförordningen (2001:937).
[43] Förordningsmotiv 2016:1, *Förordning om ändring i socialtjänstförordningen (2001:937)*.

Trygghetsboenden

Kommunen har även möjlighet, men inte en skyldighet, att inrätta särskilda boenden för den grupp äldre som inte har så omfattande omsorgsbehov att heldygnsvård är nödvändig, men som däremot bedöms ha behov av ökad trygghet och gemenskap med andra, när kvarboende i ordinarie boende inte längre upplevs tryggt, s.k. trygghetsboenden.[44]

Denna form av särskilt boende bör t.ex. kunna erbjuda gemensamma måltider, kulturella aktiviteter och umgänge för att öka tryggheten och tillgodose behovet av gemenskap hos äldre. Där gäller inte krav på att det ska finnas personal dygnet runt. Det stöd och den hjälp och service som den enskilde kan behöva bör efter biståndsbedömning kunna erbjudas genom hemtjänstinsatser på samma sätt som vid hemtjänst i ordinarie boende.

Kommunens ansvar för hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer omfattar inte biståndsbedömt trygghetsboende. Kommunen får däremot erbjuda hemsjukvård.[45]

Minoritetsspråken

SoL anger att kommunen ska verka för att det finns tillgång till personal med kunskaper i finska, jiddisch, meänkieli, romani chib eller samiska där detta behövs i omvårdnaden om äldre människor (de nationella minoritetsspråken).[46] År 2019 infördes även nya bestämmelser i lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk, förkortad minoritetslagen, för att stärka det grundläggande skyddet för de nationella minoriteternas språk och kultur och för att stärka de utökade rättigheter som finns inom förvaltningsområdena för finska, meänkieli och samiska. Bland annat infördes nya bestämmelser som gäller inom äldreomsorgen.

En kommun som ingår i ett förvaltningsområde ska erbjuda den som begär det möjlighet att få hela eller en väsentlig del av den service och omvårdnad som erbjuds inom ramen för äldreomsorgen av personal som behärskar finska, meänkieli respektive samiska.

[44] 5 kap. 5 § SoL.
[45] Prop. 2017/18:273, *Biståndsbedömt trygghetsboende för äldre*, s. 31f, 36 och 55.
[46] 5 kap. 6 § tredje stycket SoL.

En kommun som inte ingår i något förvaltningsområde ska erbjuda den som begär det möjlighet att få hela eller en väsentlig del av den service och omvårdnad som erbjuds inom ramen för äldreomsorgen av personal som behärskar finska, jiddisch, meänkieli, romani chib eller samiska, om kommunen har tillgång till personal med sådana språkkunskaper. Detsamma gäller för en kommun som ingår i ett förvaltningsområde för ett visst språk vad gäller övriga språk.

Inom ramen för sådan omsorg som erbjuds enligt bestämmelserna i lagen ska kommunen beakta de äldres behov av att upprätthålla sin kulturella identitet. Kommunen ska även informera den som ansöker om bistånd inom ramen för äldreomsorgen om möjligheterna till sådan service och omvårdnad.[47]

Anhöriga eller andra närstående

Enligt 5 kap. 10 § SoL ska socialnämnden erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder. Syftet med bestämmelsen är att tydliggöra att socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som av fri vilja hjälper, vårdar eller stödjer en närstående. Den syftar inte till att få anhöriga eller andra närstående att utföra mer vård eller stöd än de själva vill.

I propositionen till bestämmelsen anger regeringen att stöd till de personer som vårdar eller stödjer närstående måste kännetecknas av individualisering, flexibilitet och kvalitet. Individualisering förutsätter att t.ex. den anhörigas eller andra närståendes unika behov identifieras och att stödet utformas efter hans eller hennes behov. Det förutsätter i sin tur att den som bedömer behovet och får besluta om insatser har kunskaper om förhållandena i det enskilda fallet. För att finna rätt form av insats är det oftast en förutsättning att socialtjänsten har en god och förtroendefull dialog både med de personer som vårdar eller stödjer en närstående och med den närstående.

Eftersom behov förändras över tid handlar flexibilitet om att insatsen och dess resultat fortlöpande följs upp och vid behov förändras. Det handlar om att rätt stöd ges vid rätt tidpunkt, vilket är en grundförutsättning för att kunna stödja den anhöriga eller annan närstående. Insatserna måste vara av god kvalitet och vara till nytta

[47] 18 a–c § lagen (2007:724) *om nationella minoriteter och minoritetsspråk*.

för dem som behöver dessa. Kvalitet i sin tur kräver att de som svarar för insatsen har den kunskap som behövs. Kombinationer av olika insatser över tid torde ha de största förutsättningar att ha framgång. Frågan om stöd till de personer som vårdar eller stödjer närstående är en förtroendefråga. Anhöriga eller andra närstående måste känna förtroende för att samhället har insatser att erbjuda när de behöver sådana.[48]

5.1.7 Tillsyn över äldreomsorgen

Inspektionen för vård och omsorg, förkortat IVO, bedriver tillsyn över socialtjänsten och därmed även över äldreomsorgen. Tillsynen omfattar bl.a. ärendehandläggning, hur kommunerna bedriver uppsökande verksamhet, hur kommunerna tar hand om anmälningar enligt lex Sarah m.m. Tillsynen gäller även själva utförandet av insatserna, oavsett om den bedrivs i offentlig eller enskild regi.[49]

Tillsynen har ett kontrollerande, förebyggande och främjande syfte. Tillsynen granskar dels hur kommuner och andra utförare av verksamhet sköter sina åligganden i förhållande till krav i lagar och andra föreskrifter, dels hur man lever upp till mål och målliknande föresatser i lagstiftningen. I det första fallet innebär det framför allt inspektioner av olika slag medan det vid granskning mot mål mer handlar om förebyggande och främjande tillsyn som inte kan kopplas till sanktioner. Det blir mer fråga om att peka på förbättringsåtgärder, ge råd och vägledning.[50]

5.1.8 Angränsande lagstiftning

Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS, är ett komplement till andra lagar och innebär inte någon inskränkning i de rättigheter som andra lagar ger. En begäran om stöd och service från en person som ingår i lagens personkrets bör i första hand prövas enligt LSS om det är en insats som regleras i lagen. Anledningen är att det antas vara till fördel för den enskilde.[51]

[48] Prop. 2008/09:82, *Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående*, s. 21 f.
[49] Jfr 13 kap. 1 § SoL.
[50] Prop. 2008/09:160, *Samlad och tydlig tillsyn av socialtjänsten*, s. 73.
[51] Prop. 1992/93:159 *om stöd och service till vissa funktionshindrade*, s. 171.

Att man har rätt till insatser enligt LSS hindrar inte att man kan få stöd utifrån annan lagstiftning, exempelvis SoL. Eftersom LSS innehåller specificerade insatser så kan SoL behövas som komplement till dessa.

För att stöd med personlig assistans ska kunna lämnas efter 65-årsdagen måste insatserna ha beviljats eller ansökan ha gjorts dessförinnan.[52] Behov som uppkommer senare ska tas om hand inom äldreomsorgen som regleras i SoL.

För att få insatser utifrån LSS ska den sökande omfattas av lagens personkrets och ha behov av den sökta insatsen. De som omfattas av personkretsen är personer med:

- utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd,
- betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom, andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.[53]

Syftet med lagen och insatserna är att personer som omfattas av lagen uppnår jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet. Personerna ska kunna få den hjälp de behöver i det dagliga livet och även kunna påverka vilket stöd och vilken service de får. Målet är att den enskilde får möjlighet att leva som andra. De bärande principerna i lagen är tillgänglighet, inflytande, delaktighet, självbestämmande, helhetssyn och kontinuitet.

LSS innehåller följande tio insatser för särskilt stöd och särskild service:

- rådgivning och annat personligt stöd,
- personlig assistans,
- ledsagarservice,
- kontaktperson,

[52] 9 b § LSS. Fr.o.m. den 1 januari 2023 är åldersgränsen 66 år, se prop. 2021/22:181, *Justerade åldersgränser i pensionssystemet och i kringliggande system*, s. 51 och 112 f. 1; 2021/22:SfU25 och rskr 2021/22:331.
[53] 1 § LSS.

- avlösarservice i hemmet,
- korttidsvistelse utanför det egna hemmet,
- korttidstillsyn för skolungdom över 12 år,
- boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn eller ungdom,
- bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad,
- daglig verksamhet.[54]

5.2 Äldreomsorgen i praktiken

5.2.1 Handläggning av ärenden

Handläggningsprocessen

Bestämmelser om handläggning av ärenden finns i SoL och förvaltningslagen (2017:900). Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS reglerar dokumentation men påverkar även indirekt handläggningen.

Ett ärende aktualiseras hos socialtjänsten genom att en person ansöker om bistånd eller att någon annan uppmärksammar socialtjänsten på att personen har behov av stöd och hjälp, det kan vara en anhörig eller andra närstående eller god man till exempel. Behov av stöd och hjälp kan även uppmärksammas i samband med utskrivning från en sjukhusvistelse. Socialnämnden ska utan dröjsmål inleda utredning om det genom en ansökan, anmälan eller på annat sätt kommit till nämndens kännedom att en person har ett behov som kan föranleda någon åtgärd av nämnden.[55]

Under utredningen samlar handläggaren in information om vilka behov och resurser personen har. Detta kan ske i form av telefonkontakt och personliga besök i den äldres hem, på sjukhus eller korttidsboende. I vissa fall kan det efter personens medgivande också vara nödvändigt att inhämta uppgifter från andra än den enskilde, som till exempel anhöriga eller andra närstående, andra myndigheter

[54] 9 § LSS.
[55] 11 kap. 1 § SoL.

eller legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Hur omfattande utredningen behöver vara beror på omständigheterna i det enskilda fallet. Syftet med informationsinsamlingen är att ge biståndshandläggaren en uppfattning om den äldres förmåga att hantera och klara den dagliga livsföringen och vilka behov av stöd och hjälp den äldre har.

Utifrån det insamlade underlaget ska socialnämnden ta ställning till hur de aktuella behoven kan tillgodoses samt pröva om rätt till bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL finns.

Handläggningen av ett ärende avslutas genom att socialnämnden fattar ett slutligt beslut i ärendet. Om beslutet går den enskilde emot, helt eller i någon del, finns möjlighet att överklaga beslutet till domstol.[56]

Ett enhetligt sätt att beskriva och dokumentera behov

2012 introducerades modellen Äldres behov i centrum, ÄBIC, för att på ett enhetligt sätt beskriva och dokumentera äldre personers behov samt beslutade och utförda insatser.

Under 2015 genomfördes en vidareutveckling och anpassning av ÄBIC för alla vuxna personer som är i behov av stöd i det dagliga livet enligt SoL eller LSS. Resultat av utvecklingsarbetet resulterade i att ÄBIC 2016 bytte namn till Individens behov i centrum, IBIC, och att arbetssättet kom att omfatta alla vuxna personer oavsett ålder som behöver stöd i det dagliga livet utifrån SoL eller LSS.

IBIC ger stöd för att arbeta efter lagstiftningens intentioner och låta de individuella behoven få styra. I januari 2020 uppgav 167 av de 244 svarande kommunerna att de hade infört eller påbörjat ett införande av IBIC inom äldreområdet.[57]

En utvärdering visar att det är i behovsutredningarna de tydligaste effekterna av IBIC syns. IBIC har bidragit till ökad likvärdighet och underlättat samarbete mellan professionella samt ökad delaktighet i vissa kommuner. Vissa tecken finns även på att IBIC bidrar till mer träffsäkra insatser och gör det tydligare för utförarpersonalen vilket stöd individen behöver. Resultatet från en enkät visar att IBIC har bidragit till att utredningarna blivit mer jämförbara, samtidigt som

[56] 16 kap. 3 § SoL.
[57] Socialstyrelsen, *Individens behov i centrum – Lägesbeskrivning för införandet januari 2020*, 2020.

komplexiteten och tiden för att göra utredningar har ökat. Fallstudier beskriver även att utredningarna har blivit mer kärnfulla och fokuserar mer på personens behov och förmåga. Enkätresultatet pekar varken mot att det blivit lättare eller svårare att dra en gräns för vilka behov som ger rätt till stöd. I vissa kommuner verkar möjligheten för personen som söker stöd att själv vara delaktig i utredningen ha ökat. Även inom vilka livsområden det är möjligt att få stöd verkar ha breddats i vissa kommuner. [58]

5.2.2 Lokala riktlinjer och rutiner

SoL ramlagskonstruktion medför en relativt stor frihet att utforma och välja de insatser och tillvägagångssätt som är bäst ägnade att tillgodose behoven. Detta sätt att reglera ger kommunerna stor frihet vid val av och utveckling av metoder och arbetssätt. En ambition med detta var att det skulle ge kommunerna goda möjligheter att ta hänsyn till den enskildes vilja och behov.[59] Samtidigt är kommunerna skyldiga att behandla sina medlemmar lika. Särbehandling är dock tillåten, om det finns sakliga skäl för den.[60] Den kommunala likställighetsprincipens kärna är att kommunmedlemmar som är i samma situation ska behandlas lika.

SoL är en speciallag som ger möjlighet att särbehandla kommunmedlemmar utifrån lagens bestämmelser. Detta förutsätter en prövning i varje särskilt fall av det behov som den enskilde individen har på grund av den situation hen befinner sig i. I annat fall kan socialnämnden överskrida de befogenheter SoL lämnar kommunen,[61] såvida kommunen inte erbjuder insatser till alla kommunmedlemmar utan behovsprövning enligt 4 kap. 2 a § SoL.

Det relativt stora handlingsutrymmet i SoL i kombination med likställighetsprincipen har ansetts göra det nödvändigt med lokala tillämpningsanvisningar och riktlinjer som stöd i handläggningsprocessen.[62] Andra skäl till att införa lokala riktlinjer för biståndsbedömningen kan vara att sätta upp kommunens ambitionsnivå för

[58] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Effekten av IBIC. En utvärdering av arbetssättet av individens behov i centrum i socialtjänsten*., 2021.
[59] Prop. 1979/80:1 Del A, *Om socialtjänsten*, s. 141.
[60] 2 kap. 3 § *kommunallagen* (2017:725).
[61] Jfr RÅ 1991 ref. 61. Jfr dock möjligheter att fatta beslut utan föregående behovsprövning som är tillåtet enligt 4 kap. 2 a § SoL.
[62] SOU 2008:51, *Värdigt liv i äldreomsorgen*, s. 67.

insatserna inom äldreomsorgen, dvs. politiska och ekonomiska prioriteringar.

5.2.3 Socialt ansvarig samordnare

I flera kommuner har man inrättat en funktion som ska stödja kvalitetsarbetet i socialtjänsten. Funktionen kan liknas vid en medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS.[63] Funktionen benämns på olika sätt men den vanligaste benämningen är socialt ansvarig samordnare, SAS. Benämningen socialt ansvarig socionom förekommer också. I vissa kommuner har man velat betona den tillsynande rollen och kallar funktionen för tillsynsansvarig över socialtjänsten, TÖS. Utredningen använder benämningen socialt ansvarig samordnare, SAS.

Det finns inte något lagstadgat krav på att det ska finnas en SAS i kommunerna. De kommuner som har funktionen har gjort detta på eget initiativ. Att det saknas nationellt krav på en samordnarfunktion har medfört att rollen har utvecklats på olika sätt i kommunerna.

Socialstyrelsen har beskrivit samordnarrollen i en kartläggning från 2014 där MAS har svarat på enkätfrågor om SAS. Det har dock gått ett antal år sedan kartläggningen gjordes och det kan tänkas att detta har förändrats sedan dess. Där framkom att av de 94 kommuner som svarade på enkäten uppgav 31 procent att det finns en eller flera personer som innehar en funktion liknande MAS inom omsorgsverksamheten. Det var något vanligare i större kommuner. Enligt enkätsvaren har samordnarfunktionerna ofta ett organisatoriskt samband med MAS.

Av de 29 kommuner som enligt enkätstudien har en särskilt kvalitetsansvarig för omsorgsverksamheten är funktionen i 26 fall placerad på samma plats i organisationen som MAS. Ofta är funktionen organiserad i kvalitetsstaber som sorterar under socialcheferna, förvaltningschefen eller liknande på högre nivå. Mer sällan befinner sig en socialt ansvarig samordnare organisatoriskt inom funktionsspecifika områden såsom äldre-, individ och familje- eller funktionshinderomsorgen. Detta beror främst på kommunens storlek då kvalitetsstaber i första hand finns i större kommuner med många personer som arbetar med kvalitetsutveckling.

[63] Regleras i 11 kap. 4 § HSL.

I princip alla som arbetar som socialt ansvarig samordnare har en bakgrund inom socialtjänsten och kunskap och insikt i kvalitetsarbete på en övergripande nivå. Många har utbildning motsvarande socionom eller inom vad som tidigare hette social omsorg.

Kartläggningen visade att socialt ansvarig samordnare ofta fångar upp ansvar som annars är spridda i andra delar av verksamheten; ansvaret för lex Sarah är exempelvis något som vanligtvis ligger på cheferna för utförarorganisationerna.[64]

Även om den socialt ansvarige samordnarens uppgifter ser olika ut i olika kommuner är det vanligt att de arbetar med egenkontroll och att följa upp utförares insatser. En annan vanlig uppgift är att utforma rutiner och riktlinjer för verksamheten samt att följa upp införandet av dem.

Ofta samverkar socialt ansvariga samordnare med den kommunala MAS:en i dagliga arbetsuppgifter. De styr förstås av olika lagstiftningar, men funktionerna tycks delvis formas av varandras arbetssätt (se avsnitt 8.8 för våra förslag gällande MAS och andra ledningsfunktioner i den kommunala primärvården).

Utredningen Framtidens socialtjänst hade enligt sina direktiv i uppdrag att se över om det finns behov av att införa ett krav på socialt ansvarig samordnare men lämnade den delen av uppdraget utan förslag eller utredningsunderlag på grund av tidsbrist.[65]

5.2.4 Organisering av arbetet på utförarnivå

Organiseringen av utförandet av äldreomsorg ser olika ut i olika kommuner, men kommunen som huvudman är alltid ytterst ansvarig för verksamheten.[66] Efter SoL:s tillkomst utförs äldreomsorg av allt fler privata utförare. År 2009 infördes lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV. Den innebär att privata utförare inbjuds att ingå i det offentligt finansierade utbudet, samt att det är den enskilde individen som väljer vilken utförare hen vill ha sina insatser ifrån. För kommuner är det frivilligt att använda sig av valfrihetssystem, till exempel för utförande av äldreomsorg. Lagen (2016:1145) om offentlig upphandling kan också tillämpas (se även avsnitt 4.4.3).

[64] Socialstyrelsen, *Kartläggning av medicinskt ansvarig sjuksköterska och andra kvalitetssäkrande funktioner*, 2014.
[65] SOU 2020:47, *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag*, s. 238.
[66] 2 kap. 1 § SoL.

Där valfrihetssystem införs i socialtjänsten sker det vanligtvis inom hemtjänsten. När LOV infördes ökade antalet privata utförare som drev verksamhet inom hemtjänst kraftigt. Under senare år syns en kontinuerlig minskning av antalet externa aktörer inom LOV-marknaden. Kommunerna har arbetat mycket med avtalsuppföljningar och granskningar. Samtidigt som tillståndsgivning från IVO och en stram ekonomisk situation i kommunerna är troliga anledningar till denna förändring. Kommuner som har avslutat sina LOV-system har primärt angivit att det varit få personer som valt en privat utförare, eller att få företag valt att etablera sig i kommunen. Kommuner med fungerande valfrihetssystem har valt att införa system inom fler verksamhetsområden. Särskilt boende för äldre är det området som ökat mest senaste åren. [67]

1 oktober 2020 bodde nästan 84 000 personer som var äldre än 65 år på särskilt boende och knappt 5 500 befann sig på en korttidsplats. Majoriteten bodde på ett särskilt boende och korttidsplats som drivs i kommunal regi. En av fyra hemtjänsttimmar för äldre utfördes i enskild regi.[68]

Utöver företag kan också föreningar, stiftelser och samfälligheter bedriva äldreomsorg. De utförarna brukar i regel vara idéburna.[69] De idéburna aktörerna har frivilligt valt att gå samman kring en idé och värdegrund, allmännytta eller medlemsnytta är deras främsta drivkraft och eventuella överskott går tillbaka till verksamheten och därmed kommer samhället till godo.

Riksdagen har fattat beslut om nya bestämmelser med syfte att underlätta för idéburna organisationer att bidra till den offentliga välfärden som träder i kraft den 1 januari 2023. Det innebär bland annat att ett särskilt register ska upprättas och att offentliga upphandlingar ska kunna riktas särskilt till idéburna organisationer.[70]

[67] SKR, *Valfrihetssystem i kommuner, beslutsläget 2021*, 2021.
[68] Socialstyrelsen, *Statistik om socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform 2020*, 2021.
[69] I prop. 2021/22:135 Idéburen välfärd definieras begreppet som en juridisk person som uteslutande har ett allmännyttigt syfte som är angivet i stadgar, bolagsordning, urkund eller motsvarande handling.
[70] Prop. 2021/22:135, Idéburen välfärd. 2021/22:FiU28; rskr 2021/22:349.

5.2.5 Personal och kompetens i äldreomsorgen

Vilka arbetar i äldreomsorgen?

Allmänt om kompetenskrav

För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet.[71] I propositionen där bestämmelserna om kvalitet och kompetens föreslog angavs att en av de viktigaste förutsättningarna för att uppnå god kvalitet i omsorgen om äldre är tillgången till personal med lämplig utbildning och kompetens samt ett tydligt och engagerat ledarskap. Genom att fortlöpande beakta behovet av kompetensutveckling stärks möjligheterna att hålla en god kvalitet i socialtjänstens olika verksamheter.[72] I förarbetena nämndes dock inte närmare vad som skulle anses vara en lämplig utbildning eller erfarenhet. Regeringen menade att begreppet kompetens är mångtydigt och syftar inte bara på formell behörighet utan hänvisar också till ord som kvalifikation, kunskap, erfarenhet, förmåga, lärande och färdighet. Kompetensutveckling måste ske i verksamheterna och vara en integrerad del i en ständigt pågående underhålls- och förnyelseprocess.[73]

Biståndshandläggare

Socialsekreteraren ansvarar för det praktiska genomförandet av socialtjänstens uppdrag. Inom äldreomsorgen är den vanliga benämningen på socialsekreteraren biståndshandläggare, men det förekommer andra benämningar som t.ex. hemtjänstassistent. Biståndshandläggaren arbetar utifrån lagstiftningen i en politiskt styrd organisation och utför sitt arbete på delegation av nämnden.

Det finns ingen lagreglering av biståndshandläggarens uppgifter. Biståndshandläggaren utreder och bedömer den äldres behov av stöd och hjälp och fattar beslut om bistånd för socialnämndens räkning. Hen arbetar med myndighetsutövning enligt SoL och bedömer behov och fattar beslut i biståndsärenden. Biståndshandläggaren utreder vad den sökande behöver hjälp med och vad hon eller han klarar av att utföra själv. I biståndshandläggarens uppgift brukar också ingå

[71] 3 kap. 3 § andra stycket SoL.
[72] Prop. 1996/97:124, *Ändring i socialtjänstlagen*, s. 52.
[73] Prop. 1996/97:124, *Ändring i socialtjänstlagen*, s. 48f.

att informera om vilka insatser kommunen har att erbjuda. Ibland kan det finnas flera möjliga sätt att få hjälp. Hemtjänst kan t.ex. kompletteras med dagverksamhet. Om kommunen erbjuder valfrihetssystem inom äldreomsorgen ger biståndshandläggaren information om vilka utförare som finns att välja emellan.

I biståndshandläggarens arbete kan också ingå att följa upp insatserna. Biståndshandläggaren för dokumentation och ser till att individuella möten, vårdplaneringar och samverkan med övrig personal, myndigheter samt den äldres anhöriga eller andra närstående bokas in vid behov.[74]

Som stöd för tillämpningen av bestämmelsen om lämplig utbildning och erfarenhet har Socialstyrelsen utfärdat allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar som arbetar med handläggning och uppföljning i socialtjänstens omsorg om äldre.[75] För personal som arbetar med handläggning och uppföljning finns rekommendationer om att de bör ha socionomexamen eller social omsorgsexamen enligt tidigare studieordning. Det finns även rekommendationer om introduktion och stöd till personal som saknar erfarenhet samt om fortbildning och vidareutbildning. Vidare anges närmare rekommendationer om kunskaper som personalen bör ha på områdena äldre och åldrande, utredning och beslut, samtal och relationer, samverkan och samordning, regelverk och rättsutveckling, insatser samt uppföljning och utvärdering.

Biståndshandläggaren behöver även förhålla sig till de kommunala riktlinjer för arbetet som kan finnas lokalt.

Undersköterskor och vårdbiträden

Det vanligaste yrket i riket under 2019 var undersköterskor inom hemtjänst, hemsjukvård och äldreboende där 91 procent var kvinnor och 9 procent var män. Det var även det vanligaste yrket för kvinnor. Även vårdbiträden är en vanlig yrkeskategori i äldreomsorgen.[76]

[74] SOU 2021:52, *Vilja välja vård och omsorg – En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre*, s. 79.
[75] Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2007:17) *om personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser äldre*.
[76] Statistiska centralbyrån (SCB), *Undersköterskor inom hemtjänst, hemsjukvård och äldreboende vanligaste yrket i Sverige*.

En undersköterska inom äldreomsorgen ger individuell vård och omsorg till äldre i eget eller särskilt boende.[77] Undersköterskan kan utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter efter instruktion och delegering om hen har tillräcklig kompetens eller erfarenhet för det, t.ex. kvalificerad sårvård och kateterspolning.[78] I betänkandet Stärkt kompetens i vård och omsorg beskrivs undersköterskor som personer som har en examen från gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram eller motsvarande tidigare gymnasieprogram eller godkänd utbildning i vård- och omsorgsprogrammets yrkesämnen inom vuxenutbildningen.[79] Vårdbiträden beskrivs i SSYK som personal som ger individuell vård och omsorg till äldre i eget eller särskilt boende.

För den personal som arbetar med att ge äldre personer stöd och hjälp i dagverksamhet, i hemmet eller i en särskilt inrättad boendeform (framför allt undersköterskor och vårdbiträden) finns allmänna råd om vilka kunskaper och förmågor de bör ha inom områdena

- värdegrund,
- förhållningssätt och bedömningsförmåga,
- kommunikation (vilket inkluderar språkkunskaper),
- regelverk,
- det normala åldrandet,
- åldrandets sjukdomar,
- funktionsbevarande omsorg m.m.,
- social omsorg,
- kroppsnära omsorg,
- måltid, mat och näring,
- skötsel av hemmet,
- omsorg i livets slutskede samt,
- hälso- och sjukvård m.m.

[77] Statistiska centralbyrån (SCB), *Standard för svensk yrkesklassificering (SSYK)*.
[78] 6 kap. 3 § PSL.
[79] SOU 2019:20, *Stärkt kompetens i vård och omsorg*, s. 10 och 229.

I de allmänna råden anges att den som ska arbeta med stöd och hjälp till äldre personer kan uppnå de kunskaper och förmågor som rekommenderas i de allmänna råden genom godkänt resultat på någon av följande utbildningar: kurser om 1 400 poäng i de programgemensamma ämnena i vård och omsorgsprogrammet eller kurser om 1 500 poäng som ingår i Skolverkets nationella yrkespaket för arbete som undersköterska (se även avsnitt 3.3.4 om de nationella yrkespaketen för undersköterska samt vårdbiträde). Kunskaperna och förmågorna kan även uppnås genom godkänt resultat på någon annan utbildning som motsvarar dem som anges. [80] De som har dessa arbetsuppgifter är framför allt undersköterskor och vårdbiträden.

Undersköterska blir skyddad yrkestitel

Från den 1 juli 2023 får i princip endast den som har ett bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska använda titeln i yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område och i verksamhet enligt SoL och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.[81] Grunden för att få en skyddad yrkestitel kommer att vara det nya utbildningsinnehållet i gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram.

Enligt övergångsbestämmelser får dock den som vid ikraftträdandet är tillsvidareanställd med yrkestiteln undersköterska under en tioårsperiod räknat från ikraftträdandet fortsätta att använda titeln även om han eller hon inte har fått bevis om rätt att använda den. Under samma tidsperiod ska även bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska kunna ges till den som har en utbildning med inriktning mot vård och omsorg från gymnasieskolan eller kommunal vuxenutbildning enligt de bestämmelser om utbildningsinnehåll som gäller eller har gällt före den 1 juli 2023.[82]

[80] Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12) *om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre.*
[81] Prop. 2020/21:175, Stärkt kompetens i vård och omsorg – reglering av undersköterskeyrket; bet. 2020/21:SoU30, rskr. 2020/21:377
[82] Prop. 2020/21:175, *Stärkt kompetens i vård och omsorg – reglering av undersköterskeyrket*; bet. 2020/21:SoU30, rskr. 2020/21:377.

Första linjens chefer

I den nationella yrkesklassificeringen beskrivs enhetschef inom äldreomsorgen som en verksamhetsnära chef underställd mellanchef, chef för förvaltning, regiondirektör eller verkställande direktör. Högsta chef i företag utan chefshierarki inom äldreomsorg. Planlägger och leder den dagliga verksamheten samt ansvarar för personal.[83]

I sitt uppdrag att kartlägga organisation och bemanning vad gäller första linjens chef definierade Socialstyrelsen första linjens chef som den närmaste chefen för den operativa verksamheten. Enligt definitionen har en första linjens chef bland annat ansvar för personal, budget, utveckling och arbetsmiljö. Den titel som vanligtvis används för första linjens chefer är enhetschef eller verksamhetschef.[84]

Även Arbetsmiljöverket har definierat första linjens chef i en rapport. Där definierades första linjens chef som den närmsta chefen till den operativa personalen, som exempelvis sjuksköterskor, undersköterskor, hemtjänstpersonal, administration och läkare. I deras rapport användes begreppen första linjens chef, enhetschef och chef som likvärdiga funktioner.[85]

Utredningen Nationell samordnare för kompetensförsörjning inom vård och omsorg för äldre bedömde att det råder otydlighet om vilka krav på utbildning som kan ställas på den verksamhetsnära chefen.[86] De rekommenderade att regeringen skulle ge en myndighet i uppdrag att ta fram ett underlag med bedömningar av för- och nackdelar med att reglera eller på annat sätt tydliggöra utbildningskrav för verksamhetsnära chefer inom den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre per personer. Regeringen har lämnat ett sådant uppdrag till Socialstyrelsen Uppdraget ska redovisas senast den 1 mars 2023.[87]

Socialstyrelsen har i en kartläggning kommit fram till att i särskilt boende hade 74 procent av första linjens chefer en eftergymnasial utbildning om tre år eller längre och 19 procent hade en eftergymnasial utbildning som var kortare än tre år. Samma fråga i hemtjänst visade att 68 procent första linjens chefer hade en eftergymnasial utbildning som

[83] SCB, *Standard för svensk yrkesklassificering (SSYK)*. (I SSYK används det äldre begreppet landstingsdirektör.)
[84] Socialstyrelsen, *Förutsättningar och stöd för första linjens chefer Kartläggning av första linjens chefer i äldreomsorgen*, 2021, s. 10.
[85] Arbetsmiljöverket, *Första linjens chefer i vård och omsorg*, 2018, s. 5.
[86] SOU 2021:52, *Vilja välja vård och omsorg*, s. 200.
[87] Regleringsbrev för budgetåret 2022 avseende Socialstyrelsen.

var tre år eller längre och 19 procent hade en eftergymnasial utbildning som var mindre än 3 år.[88]

5.2.6 Personer med äldreomsorg och innehåll i äldreomsorgen

Personer med äldreomsorg

Vem omfattas av äldreomsorg

Trots att SoL innehåller särskilda bestämmelser om socialnämndens skyldigheter i förhållande till äldre personer saknas en definition av vilka personer som omfattas av begreppet äldre personer i SoL.

Liksom för andra åldersgrupper varierar äldre personers livsvillkor och livssammanhang i vardagen. Äldre personer kan sägas vara en individuell, kulturell och nationell term. Människor som har samma kronologiska ålder kan alltså ha mycket olika förutsättningar, behov och preferenser.

Kategoriska kronologiska definitioner av vilka som räknas som äldre är varken enkla eller allmänt tillämpliga. En kronologisk definition av äldre används dock ofta. Det kan vara nödvändigt till exempel vid framställningar av statistik, forskning och internationella jämförelser. WHO och FN använder kategorier som börjar vid 60 eller 65 år.[89] Traditionellt har man i forskning och internationella jämförelser definierat äldre personer som personer över 60 eller 65 år. Detta ger ett enkelt, tydligt och lätt replikerbart sätt att mäta och spåra olika indikatorer på befolkningens åldrande. Socialstyrelsens redovisning av statistik över socialtjänstinsatser till äldre personer utgår också från personer som är över 65 år.[90]

Genom att det inte är definierat i SoL vad som avses med äldre personer i lagen ligger det inom kommunerna befogenhet att i sina riktlinjer för handläggning närmare precisera vilken ålder som ska vara vägledande vid handläggningen av olika typer av ansökningar om stöd och hjälp till äldre personer. Utredningen har vid en genomgång av kommunala riktlinjer funnit att de flesta kommuner som har

[88] Socialstyrelsen, *Förutsättningar och stöd för första linjens chefer. Kartläggning av första linjens chefer i äldreomsorgen*, 2021.
[89] WHO, *Men ageing and health*, 1999; WHO, *Decade of healthy ageing*, 2020; FN, *World Population Ageing*, 2019.
[90] Socialstyrelsen, *Statistik om äldre*, 2020.

riktlinjer för handläggning av ärenden inom äldreomsorgen inte anger någon lägsta ålder för när ärenden handläggs inom äldreomsorgen eller när sådan omsorg erbjuds. De kommuner som anger en ålder, anger 65 år. Det finns dock exempel där även yngre personer inkluderas i riktlinjerna för handläggning av ärenden inom äldreomsorgen, t.ex. vuxna som inte fyllt 65 år och har en demenssjukdom eller som är nästan 65 år med liknande behov som de som fyllt 65 år.[91]

Kommuner får erbjuda servicetjänster till personer som har fyllt 68 år utan föregående behovsprövning.[92] Åldersgränsen motiveras med att det är den ålder man har rätt att kvarstå på arbetsmarknaden och att personer under den åldern inte bör ha svårigheter att själv kunna klara de sysslor som kommunen kan erbjuda hjälp med som servicetjänster.[93]

Sedan den 1 juli 2018 har kommunernas befogenhet att erbjuda hemtjänst till äldre personer utan föregående behovsprövning utvidgats till att gälla även andra hemtjänstinsatser, utöver servicetjänster, genom att en ny bestämmelse infördes i SoL.[94] Enligt förarbetena till bestämmelsen kan de kommuner som väljer att erbjuda hemtjänst på detta sätt utfärda riktlinjer för vilka som omfattas och man kan utgå från att någon åldersgräns kommer att anges i dessa riktlinjer.[95] Socialstyrelsen har genomfört telefonintervjuer med 5 kommuner. I dessa kommuner uppgavs kommunala åldersgränser på 70, 75 respektive 80 år för att bevilja hemtjänstinsatser utan föregående behovsprövning.[96]

Omfattning av insatser

De allra flesta äldre klarar sig själva eller med hjälp av anhöriga eller andra närstående och har inga socialtjänstinsatser. Med stigande ålder ökar dock sannolikheten för att drabbas av olika sjukdomar som kan påverka livskvaliteten och den fysiska funktionsförmågan och därmed leda till behov av vård och omsorg (se avsnitt 3.2).

[91] Tranås kommun, *Riktlinjer för biståndsbedömning avseende äldre i enlighet med socialtjänstlagen*.
[92] 2 kap. 7 § befogenhetslagen.
[93] Prop. 2005/06: 115, *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*, s. 149.
[94] 4 kap. 2 a § SoL.
[95] Jfr prop 2017/18:106, *Förenklat beslutsfattande om hemtjänst för äldre,* s. 18.
[96] Socialstyrelsen, *Följa upp insatser som beviljats genom förenklat beslutsfattande om hemtjänst för äldre*, 2019 (En av kommunerna angav 18 år, vilket bedöms bero på ett missförstånd av vad frågan gällde).

Enligt Socialstyrelsens årliga lägesrapport över vården och omsorgen för äldre har andelen personer 65 år och äldre med äldreomsorg minskat i samtliga insatsformer sedan 2014. Även omfattningen av socialtjänstinsatser till gruppen 80 år och äldre har minskat, trots att åldersgruppen har blivit större. Corona-pandemin har på olika sätt bidragit till en fortsatt minskning av socialtjänstinsatser under 2021, dels eftersom rädsla för smitta har gjort många äldre tveksamma till att använda omsorgsinsatser, dels eftersom vissa insatser har dragits in under pandemin (se även avsnitt 3.3.6).

Den nedåtgående trenden för andelen personer som har fått socialtjänstinsatser fortsätter. Sedan 2014 har andelen personer 65 år och äldre med äldreomsorg minskat i samtliga insatsformer. I oktober 2021 bodde drygt 79 000 personer 65 år och äldre på särskilt boende för äldre, och knappt 8 000 befann sig på en korttidsplats. Majoriteten bodde på ett särskilt boende eller korttidsplats som drevs i kommunal regi.

Rädslan för smittan gjorde att många äldre var tveksamma till att använda vård- och omsorgstjänster under 2020, men fler sökte och fick hemtjänst eller en plats på särskilt boende för äldre under 2021. En vidare analys av gruppen 80 år och äldre visar att socialtjänstinsatserna har minskat även i den här åldersgruppen, trots att både antalet och andelen personer i den åldersgruppen har ökat sedan 2014. Det innebär att även den gruppens nyttjande av hemtjänst minskar, trots att de i högre grad lever i ordinärt boende. Utvecklingen vad gäller de olika socialtjänstinsatserna säger egentligen väldigt lite om behoven hos åldersgruppen, utan beskriver snarare en utveckling där allt fler får sina behov tillgodosedda i ordinärt boende. Samtidigt kan möjligen den minskade andelen med enbart service delvis förklaras av att allt fler använder sig av t.ex. e-handel, får hjälp via närstående eller väljer att inte ansöka om hjälp, alternativt får avslag när det gäller små och tidiga insatser. [97]

Anhöriga och andra närstående

Sverige har jämfört med många andra länder en väl utbyggd vård och omsorg för äldre, trots det står anhöriga eller andra närstående för stora insatser till denna grupp även i Sverige. Olika undersökningar

[97] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*.

visar att anhörigomsorgen ökar. I genomsnitt ger ungefär 20 procent av den vuxna befolkningen omsorg. Uppskattningsvis 40–50 procent av alla omsorgstimmar utförs av personer som själva är 65 år eller äldre. Ofta handlar det om omfattande insatser, till exempel för en demenssjuk partner.[98] Den omsorg som anhöriga eller andra närstående ger till äldre personer kan därmed sägas ha en samhällsbärande funktion och är inte bara ett komplement till hälso- och sjukvården och socialtjänsten.[99]

Anhörigas eller andra närståendes omsorg omfattar en variation av insatser. Här kan nämnas hushållsarbete, matinköp, trädgårdsarbete, hjälp med medicinering eller andra vårdinsatser samt personlig omsorg såsom hjälp med hygien och påklädning. Vidare kan nämnas att finnas till hands, ge tillsyn och känslomässigt stöd, lyssna och stötta samt att hjälpa till med ekonomi och administrativa ärenden.[100]

Socialnämnden har en skyldighet att erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder.[101] Med stöd till anhöriga eller andra närstående avses enligt förarbetena olika insatser som syftar till att fysiskt, psykiskt eller socialt underlätta den anhörigas situation.[102]

Kommunerna har olika former av stöd till anhöriga eller andra närstående till äldre personer, långvarigt sjuka och personer med funktionsnedsättning. En del av dessa stöd riktar sig direkt till den som ger vård och omsorg till en anhörig eller annan närstående. Det kan vara stödsamtal, stödgrupper, må bra aktiviteter och utbildning. Andra insatser fungerar som indirekt stöd för att avlasta den som ger vård och omsorg genom att de vänder sig till den som får vård och omsorg. Exempel på dessa indirekta stöd är hemtjänst, dagverksamhet och korttidsboende.

Frivilligorganisationernas roll i stödet till anhöriga eller andra närstående har blivit allt viktigare. Exempel på insatser som organisationerna utför är väntjänst, föreläsningar för anhöriga, särskilda utbildningar, stödgrupper, träffpunkter eller dagcentraler. Andra

[98] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre, Lägesrapport 2020*.
[99] Socialstyrelsen, *Anhöriga som vårdar eller stödjer närstående äldre personer. Underlag till en nationell strategi*, 2020.
[100] Socialstyrelsen, *Anhöriga som vårdar eller stödjer närstående äldre personer. Underlag till en nationell strategi*, 2020.
[101] 5 kap. 10 § SoL.
[102] Prop. 2008/09:82, *Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående*, s. 12.

verksamheter som förekommer är samtal och handledning samt fritidsverksamheter.[103]

I de flesta kommuner finns minst en, ofta flera personer som arbetar med anhörigstöd. De kallas vanligen anhörigkonsulent, anhörigombud och anhörigsamordnare. De arbetar med att utveckla, informera om och erbjuda olika former av direkt stöd till anhöriga. De direkta formerna av anhörigstöd är oftast kostnadsfria och man eller andra närstående behöver inget beslut från en biståndshandläggare för att få dem. I flera kommuner finns också demenssjuksköterskor och demensteam, vilka även arbetar med anhörigfrågor.[104]

Regeringen beslutade i april 2022 om Sveriges första nationella anhörigstrategi.[105] Syftet med strategin är att stärka anhörigperspektivet inom vård och omsorg liksom göra stödet till anhöriga mer likvärdigt över landet. Inom ramen för strategin gav regeringen även flera uppdrag till Socialstyrelsen. De ska bl.a. ta fram stöd som ska ge vägledning om hur anhörigas behov kan synliggöras i biståndsbedömningen och vara till hjälp vid utformningen av individuella stödinsatser riktade till den som är anhörig, samt redovisa hur en kontinuerlig uppföljning av det stöd som kommuner och regioner erbjuder anhöriga kan utformas.[106]

[103] Prop. 2008/09:82, *Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående*, s. 13.
[104] Nationellt kompetenscentrum anhöriga *Fakta om anhörigstöd*.
[105] Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Nationell anhörigstrategi – inom hälso- och sjukvård och omsorg*.
[106] Regeringen.se, *Sveriges första nationella anhörigstrategi*.

6 Kommunal hälso- och sjukvård

I detta kapitel ges en kort bakgrund till våra överväganden om stärkt hälso- och sjukvård i kommuner, som finns i kapitel 8. Syftet är att återge grundläggande information om hälso- och sjukvårdens strukturer. I avsnitt 6.1 förklarar vi vad som avses med några av de mest centrala begrepp som vi återkommande använder i kapitel 8.

I kapitel 4 finns övergripande beskrivningar om gällande rätt om kommuners och regioners uppgifter och organisationer. I avsnitt 6.2 beskrivs gällande rätt om kommunens och regionens ansvar för hälso- och sjukvård, hälso- och sjukvårdens organisering samt centrala funktioner i hälso- och sjukvårdens ledningsstrukturer.

I avsnitt 6.3 finns fakta om hur primärvården är organiserad i kommuner och i regioner. I avsnitt 6.4 beskriver vi de patientgrupper som får hälso- och sjukvård från såväl kommun som region samt den personal som arbetar med dessa patienter i primärvården. Avsnitt 6.5 rör ansvar för tillsyn över hälso- och sjukvården.

6.1 Några begrepp

Med *hälso- och sjukvård* avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, sjuktransporter och omhändertagande av avlidna.[1] Begreppet innefattar även förebyggande och rehabiliterande åtgärder.

Med *primärvård* avses all hälso- och sjukvårdsverksamhet i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.[2] Såväl regioner som kommuner är huvudmän för olika delar av primärvården.

[1] 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.
[2] 2 kap. 6 § HSL.

Primärvård är en vårdnivå som ska tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov, se även avsnitt 8.1.1.[3]

Med *specialiserad vård* avses i detta betänkande all hälso- och sjukvård som inte är primärvård. Det finns ingen författningsreglerad definition av begreppet.

Med *hemsjukvård* avses sådan hälso- och sjukvård som huvudsakligen ges av kommunen i ordinärt boende.[4] Av förarbeten till HSL framgår att det är fråga om vård på primärvårdsnivå.[5] Någon definition finns däremot inte i författning, se avsnitt 8.5.1.

Det förekommer även att uttrycket hemsjukvård används för *avancerad sjukvård i hemmet*, som ibland också benämns sjukhusanknuten hemsjukvård. Den vårdformen har växt fram över tid och är oreglerad.

Med *god vård* menas att hälso- och sjukvård bl.a. ska vara av god kvalitet, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt vara lätt tillgänglig.[6] Kvaliteten i vården ska systematiskt och fortlöpande följas upp och utvecklas.[7]

Med *nära vård* avses ett personcentrerat arbetssätt som utgår från individens behov, förutsättningar och preferenser. Nära vård kan ges såväl fysiskt som digitalt. Nära vård behöver inte alltid ges geografiskt nära, se även avsnitt 8.1.4 och 8.5.3.[8]

Med *hälso- och sjukvårdspersonal* avses yrkesgrupper som har en yrkeslegitimation inom en hälso- och sjukvårdsprofession samt de som medverkar eller biträder sådan personal.[9] Hälso- och sjukvårdspersonal bär själv ansvaret för att arbetsuppgifter fullgörs på ett patientsäkert sätt och att patienten får en god vård m.m.[10]

En *fast vårdkontakt* är en lagreglerad funktion som ska utses om patienten begär det eller om det annars är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samord-

[3] 13 a kap. 1 § HSL.
[4] 12 kap. 2 § och 14 kap. 1 § HSL.
[5] Prop. 1990/91:14, *Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade mm*, s. 60.
[6] 5 kap. 1 § HSL.
[7] 5 kap. 4 § HSL.
[8] 7 kap. 2 a § HSL; Prop. 2017/18:83, *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti*, s. 17 f. och prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*.
[9] 1 kap. 4 § Patientsäkerhetslagen, (2010:659), PSL.
[10] 6 kap. 2 § PSL.

ning och säkerhet.[11] En patient kan ha flera olika fasta vårdkontakter, i olika delar av hälso- och sjukvården. En fast läkarkontakt är en form av fast vårdkontakt som är särskilt reglerad.

En *fast läkarkontakt* är en lagreglerad funktion som alla kan få tillgång till och välja hos en viss vårdgivare inom primärvården. Dess syfte är att skapa trygghet och kontinuitet för patienten. Utöver det kliniska ansvaret för patienten, ansvarar den för att samordna patientens vård såvida inte en annan fast vårdkontakt har tagit på sig den uppgiften.[12]

Det förekommer att uttrycket *patientansvarig läkare* eller *ansvarig läkare* används i hälso- och sjukvårdsverksamhet. Det är inte längre ett lagreglerat begrepp, men lever kvar sedan tidigare lagstiftning. Det avser ofta den läkare som har *det kliniska ansvaret* för en viss vård och behandling. Med det avses att läkaren ansvarar för att patienten undersöks, om möjligt ställer diagnos och se till att patienten får den kliniska vård som hans eller hennes tillstånd kräver. Beroende på en persons hälsotillstånd och behov kan den ha flera olika patientansvariga läkare inom olika specialistområden.

Med *förebyggande insatser* avses i allmänhet insatser som hindrar att något händer. I detta kapitel och kapitel 8 avses sådana insatser som utgör hälso- och sjukvård och bidrar till att undvika eller skjuta upp vård eller omsorgsbehov. De kan baseras på medicinska bedömningar från flera olika hälso- och sjukvårdsprofessioner. Det finns ingen författningsreglerad definition av begreppet.

Med *rehabiliterande insatser* avses i detta kapitel och kapitel 8 sådana insatser som utgör hälso- och sjukvård och bidrar till att återfå eller förbättra funktionsförmågor. Det finns ingen författningsreglerad definition av begreppet.

Med *hälsofrämjande insatser* avses i detta betänkande andra insatser än hälso- och sjukvård, och som främjar hälsan genom att bidra till att förebygga försämrade, bibehålla eller främja olika funktionsförmågor. Promenader, gymnastik och att utföra vardagssysslor efter egen förmåga kan vara exempel på detta. Det finns ingen författningsreglerad definition av begreppet.

[11] 6 kap. 2 § patientlagen (2014:821), PL.
[12] 7 kap. 3 § HSL; 6 kap. 3 § PL och Socialstyrelsen, *Meddelandeblad – Fast läkarkontakt m.m.*, 2021.

6.2 Gällande rätt

6.2.1 Hälso- och sjukvårdslagstiftning

Den mest centrala hälso- och sjukvårdslagstiftningen finns i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), patientlagen (2014:821), patientsäkerhetslagen (2010:659). Frågor i detta betänkande regleras även i lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är avsedd att vara en målbaserad ramlag. Den ger regioner och kommuner relativt stor frihet att organisera vården efter lokala och regionala förhållanden med beaktande av gällande lagar och andra föreskrifter. Det finns dock flera detaljerade bestämmelser att ta hänsyn till även i HSL.

I HSL regleras att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Med en vård på lika villkor menas att vården ska vara jämlik.[13] Det innebär att hela befolkningen vid behov och på lika villkor ska få del av hälso- och sjukvårdens tjänster. Möjligheten att få vård ska inte påverkas av förhållanden såsom ålder, kön, utbildning, nationalitet eller förmågan att ta egna initiativ. Andra lagstadgade diskrimineringsgrunder är könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, alla former av funktionsnedsättning och sexuell läggning. Vilken vård man får ska inte heller bero på var man bor i landet.

Hälso- och sjukvården ska styras utifrån de grundläggande principer som riksdagen har bestämt ska utgöra den etiska plattformen för prioritering i vården.[14] Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa.[15] Bestämmelserna gäller för all hälso- och sjukvård.

Det är viktigt att resurser i offentligt finansierad hälso- och sjukvård används så effektivt som möjligt. Vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.[16]

[13] Prop. 1981/82:97, *Om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*, s. 112 f.
[14] Se 3 kap. 1–3 §§ HSL, 1 kap. 6 § PL och rskr. 1996/97:186, *Riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.
[15] 3 kap. 1 och 2 §§ HSL.
[16] 4 kap. 1 § HSL.

I syfte stärka och tydliggöra patientens ställning samt för att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet i hälso- och sjukvården finns en patientlag.[17] Patienter ska bl.a. kunna välja vårdgivare i primärvården och där få tillgång till och välja fast läkarkontakt.[18] Patienten ska få information om olika aspekter av sin vård.[19]

I syfte att främja en hög patientsäkerhet finns en patientsäkerhetslag. Den innehåller generella bestämmelser om vårdgivarnas skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, behörighetsfrågor, delegering av arbetsuppgifter och vissa skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal. Lagen gäller för all hälso- och sjukvårdsverksamhet. I lagen finns bl.a. bestämmelser om anmälningsskyldighet av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarligt vårdskada. Anmälan ska ske till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Dessa anmälningar brukar benämnas Lex Maria.

Lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård reglerar samverkan mellan region och kommun för patienter som är medicinskt färdigbehandlade vid en sjukvårdsinrättning men har fortsatt behov av olika insatser från både kommun och region. I lagen regleras även när betalnings- och patientansvaret för dessa patienter övergår på kommunerna.

6.2.2 Ansvaret för hälso- och sjukvården

Ansvarsfördelningen

Ansvarsfördelningen mellan huvudmännen, regioner och kommuner, regleras i HSL.

Enligt 8 kap. 1 § HSL ansvarar regionen för att de som är bosatta inom regionen får en god hälso- och sjukvård och ska verka för en god hälsa hos hela befolkningen, om inte annat är särskilt reglerat.[20]

Ansvaret för primärvården till vissa persongrupper delas av huvudmännen.

Kommunerna är enligt 12 kap. 1 § HSL ansvariga för att erbjuda vissa hälso- och sjukvårdsinsatser åt personer i vissa boendeformer

[17] Prop. 2013/14:106, *Patientlag*.
[18] 7 kap. 3 § HSL, 9 kap. 1 § PL och 6 kap. 3 § PL.
[19] 3 kap. 2 § PL.
[20] 8 kap. 1 § och 6 § HSL.

och personer i viss dagverksamhet (obligatorisk skyldighet).[21] Det är fråga om personer som har sin permanenta bostad i ett särskild boende enligt socialtjänstlagen (2001:453) eller lagen (1993:387) om stöd och service till funktionshindrade (LSS).[22]

Kommuner får även enligt 12 kap. 2 § HSL erbjuda ytterligare personkretsar hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende (frivilligt). I enlighet med 14 kap. 1 § HSL kan regionen komma överens med en kommun om att överlåta huvudmannaansvaret till en kommun även för dessa grupper. Sedan år 2014 har kommunerna i samtliga län utom Stockholm[23] i olika omfattning ingått överenskommelser om att överta ansvar för hälso- och sjukvård till fler grupper. En skatteväxling har samtidigt skett som kompensation för detta. Vilken hälso- och sjukvård – till vilka åldersgrupper och vilka insatser som omfattas – skiljer sig åt mellan olika kommuner. Omfattningen av respektive kommuns ansvar framgår av de överenskommelser som kommunen ingått med regionen.

Kommunen är huvudman för primärvårdsinsatser, utom läkarinsatser, till angivna grupper.[24]

Regionen är huvudman för samtliga läkarinsatser, såväl primärvård som specialiserad vård, även till de delar av befolkningen som även får viss hälso- och sjukvård av kommunerna.

Enligt 16 kap. 1 § HSL är regionerna skyldiga att avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda som omfattas av kommunal hälso- och sjukvårdsansvar ska få en god hälso- och sjukvård. För att läkartillgången från regionen ska bli tydlig och resursmässigt adekvat, ska regionen och berörda kommunerna sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan. Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från regionen.

[21] 12 kap. 1–2 §§ HSL.
[22] Prop. 1992/93:159, *om stöd och service till vissa funktionshindrade*, s. 182.
[23] Norrtälje kommun utgör ett undantag bland Stockholmskommunerna.
[24] Se prop. 1990/91:14, *Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade mm*, s. 60.

Huvudmannens ansvar

Kommunens skyldigheter som huvudman regleras särskilt i 11–12 kap. samt i 13 a kap. HSL som gäller för båda huvudmännen.

Såväl region som kommun är enligt hälso- och sjukvårdslagen skyldiga att planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård. Vid planeringen ska man beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare.[25] I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen och kommuner samverka med andra samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.[26]

Enligt nuvarande reglering ansvarar kommunen som huvudman för att det finns minst en medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunen.[27]

Huvudmannen och vårdgivaren ska inom ramen för sina ansvarsområden säkerställa att målen och kraven i bestämmelser som gäller för all hälso- och sjukvård i avdelning II i HSL uppfylls.[28] Vården kan antingen utföras i egen regi eller genom att anlita annan. Som huvudman ansvarar man för att planera, finansiera, organisera och följa upp hälso- och sjukvården så att man kan säkerställa att verksamheten man ytterst ansvarar för lever upp till de allmänna målen och kraven som ställs i t.ex. 3 kap. och 5 kap. HSL. Enligt 5 kap. 2 § HSL ansvarar kommunen såväl som huvudman som vårdgivare för att det bl.a. finns den personal som krävs för att en god vård ska kunna ges där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet. Ledningen för ansvarig nämnd ska svara för att organiseringen, planeringen och samordningen av verksamheten motsvarar befolkningens behov av vård.[29] I praktiken har vårdgivaren motsvarande ansvar på vårdgivarnivå. I ansvaret ingår att säkerställa kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården.

Förutom en generell skyldighet för huvudmännen att samverka med andra samhällsaktörer vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården på huvudmannanivå är vissa samverkansfrågor mellan huvudmännen närmare reglerade. Enligt 16 kap. 1 § HSL ska regioner och kommuner sluta avtal om formerna för och omfattningen av läkarinsatser. Enligt 16 kap. 2 § HSL ska region och kommun även

[25] 7 kap. 2 § och 11 kap. 2 § HSL.
[26] 7 kap. 7 § och 11 kap. 3 § HSL.
[27] 11 kap. 4 § HSL.
[28] Prop. 2016/17:43, *En ny hälso- och sjukvårdslag*, s. 86.
[29] Prop. 2016/17:43, En ny hälso- och sjukvårdslag, s. 93.

samverka så att berörda personer får övrig vård och behandling, hjälpmedel och förbrukningsartiklar som de behöver. För patienter som skrivs ut från sjukhusvård och därefter har fortsatt behov av den regionfinansierade öppna vården och socialtjänst eller kommunal hälso- och sjukvård inklusive s.k. hemsjukvård finns detaljerade bestämmelser om samverkan i lagen om samverkan vid utskrivning från sluten vård. Dessa personer kan behöva fortsatt vård i särskild boende, i ett av kommunens korttidsboenden eller via kommunens hemsjukvård i ordinärt boende om kommunen övertagit ett sådant ansvar. Om kommunen brister i sitt fullgörande får den betala en avgift. Det kan t.ex. hända om kommunen inte kan ta emot patienten vid den tidpunkt som huvudmännen har kommit överens om.

Vårdgivarens ansvar

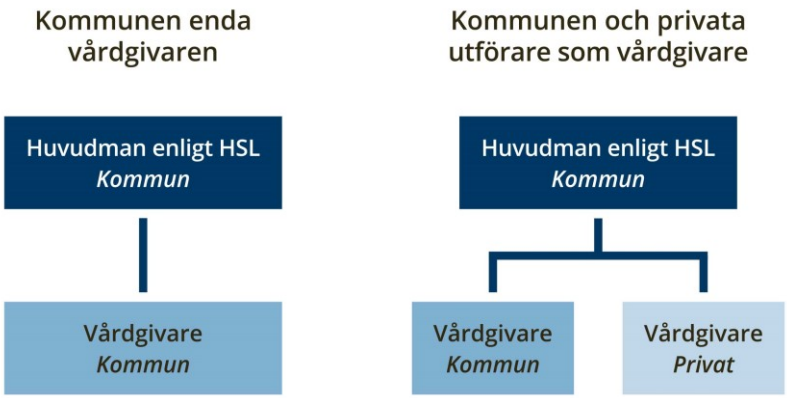
Vårdgivare kan vara staten,[30] region, kommun eller en privat aktör.[31]

Ansvaret som åligger en vårdgivare är detsamma oavsett om vårdgivaren samtidigt är huvudman för verksamheten eller inte.[32] Vårdgivaren ansvarar för att det finns förutsättningar i form av lokaler, utrustning och kompetens att utföra en god och säker vård.[33] Vårdgivaren är skyldig att regelbundet följa upp kvaliteten i sin verksamhet och fortlöpande utveckla den.[34] Vårdgivaren ska ha ett ledningssystem för verksamheten och att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. I det ingår att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kraven på god vård uppnås, att förebygga vårdskador och utreda avvikelser.[35] I en kommun kan och i viss mån ska dessa uppgifter fullgöras av en medicinskt ansvarig sköterska.

Det finns inga lagreglerade krav på samverkan som riktar sig till vårdgivare.[36] Av de avtal om läkarmedverkan som ska slutas mellan regioner och kommuner framgår ofta att samverkan om läkarinsatser i kommunal hälso- och sjukvård ska regleras närmare i lokala överenskommelser mellan kommun och enskilda vårdcentraler.

[30] Staten är vårdgivare vid vissa statliga institutioner, såsom Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse.
[31] Begreppet avser såväl vinstdrivande som ideella aktörer.
[32] Prop. 2016/17:43, *En ny hälso- och sjukvårdslag*, s. 88.
[33] 5 kap. 1–2 §§ HSL.
[34] 5 kap. 4 § HSL.
[35] 1 kap. 1 § PSL; 3 kap. PSL och 3 kap. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) *om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*.
[36] SOU 2020:19, *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälsosystem*, s. 159 f.

Figur 6.1 Kommunens roll som huvudman och vårdgivare



6.2.3 Verksamhetens ledning och styrning

Verksamhetschef enligt HSL

Av 4 kap. 2 § HSL framgår att det alltid ska finnas någon som är ansvarig för hälso- och sjukvårdsverksamheten, en verksamhetschef. Bestämmelsen är generell och tillämplig för såväl region, kommun som privat aktör.

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för verksamheten och ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.[37]

Verksamhetschefen ansvarar t.ex. för att utse en fast vårdkontakt till patienter, se avsnitt 6.1.[38] Verksamhetschefen ansvarar även för att de personer som har behov av både hälso- och sjukvård och insatser från socialtjänsten under vissa förutsättningar får en gemensam individuell plan.[39]

Lagen reglerar inte vilken kompetens som en verksamhetschef enligt HSL ska ha. Om verksamhetschefen inte har medicinsk kompetens, får den inte bestämma över vård och behandling av en patient. I kommunal hälso- och sjukvård kompletteras därför verksamhetschefen med en medicinskt ansvarig sjuksköterska. Vårdgivaren bestämmer vilket ansvar och vilka arbetsuppgifter som verksamhetschefen ska ha utöver lagreglerade uppgifter. Generellt brukar

[37] 4 kap. 1 § HSF, se även patientlagen (2014:821).
[38] 6 kap. 2 § PL.
[39] 16 kap. 4 § HSL.

en verksamhetschef även ha verksamhets-, personal- och budgetansvar. Verksamhetschefen får ge någon annan med tillräcklig kompetens och erfarenhet i uppdrag att fullgöra enskilda ledningsuppgifter.[40] För att vara verksamhetschef enligt HSL behöver man ha mandat att påverka bemannings- och kompetensfrågor på vårdgivarnivå. Det innebär t.ex. möjlighet att påverka hur personalen är organiserad, schemaläggning, personalens arbetssätt, krav på personalens kompetens och kompetensutveckling.[41] Verksamhetschefen ska vara den person som patienter, anhöriga eller andra närstående, personal och tillsynsmyndigheter kan vända sig till rörande frågor om verksamheten.[42]

Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering

Enligt 11 kap. 4 § HSL ska det finnas minst en medicinskt ansvarig sjuksköterska, en s.k. MAS, i varje kommun. Funktionen har ansvar för vissa medicinska uppgifter och har inrättats för att säkerställa den medicinska kvaliteten i kommunal hälso- och sjukvårdsverksamhet.[43] En MAS ersätter ingen annan ansvarig utan kompletterar dessa genom att ansvara för att fullgöra vissa lagstadgade uppgifter. Funktionen ska komplettera verksamhetschefer inom kommunal hälso- och sjukvård med medicinsk kompetens. Avsikten är bl.a. att denna funktion ska skapa nödvändiga garantier för att medicinska uppgifter alltid ligger på en person med tillräcklig kompetens.[44]

Om ett verksamhetsområde inom den kommunala organisationen i huvudsak omfattar rehabilitering får de lagstadgade arbetsuppgifterna i stället fullgöras av en fysioterapeut eller arbetsterapeut. De brukar då benämnas medicinskt ansvarig för rehabilitering, en s.k. MAR.[45]

---

[40] 4 kap. 4 § HSF.
[41] Prop. 1995/96:176, *Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården*, s. 57 f. och prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontrakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 18 f. och s. 57.
[42] Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontrakt och förnyad medicinsk bedömning,* s. 80.
[43] 2 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) *om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården* och Socialstyrelsen, *Meddelandeblad – Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering*, 2017.
[44] 11 kap. 4 § HSL; 4 kap. 6 § HSF; prop. 1990/91:14, *Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.,* s. 69 f. och prop. 2016/17:43, *En ny hälso- och sjukvårdslag*, s. 90.
[45] 11 kap. 4 § HSL.

I 4 kap 6 § HSF regleras vilka arbetsuppgifter som en medicinskt ansvarig sjuksköterska eller i förekommande fall fysioterapeut eller arbetsterapeut (i rollen som MAR) ska ha. I uppdraget ingår att säkerställa att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet, att patienten får den hälso- och sjukvård som läkare har bestämt, att journaler förs samt att beslut om att delegera vårdansvar är förenliga med patientsäkerheten. I uppgifterna ingår att se till att det finns välfungerande rutiner för läkemedelshantering, avvikelserapportering och att kontakta läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal vid behov.[46]

Därutöver kan en MAS och MAR ha andra uppgifter som dessa arbetsgivare bestämmer. MAS har även vissa uppgifter enligt Socialstyrelsens föreskrifter.[47]

Yrkesansvar och delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter

Hälso- och sjukvårdspersonal har ett personligt yrkesansvar för hur de fullgör sina uppgifter.[48] Dessa ska utföras i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.[49] Hälso- och sjukvårdsuppgifter får delegeras om det är förenligt med kraven på en god och säker vård. Den som delegerar ansvarar för att mottagaren har tillräcklig kunskap och erfarenhet för att fullgöra uppgiften. Den ansvarar även för att följa upp att mottagaren fullgjort uppgiften och att delegeringen har fungerat bra.[50]

[46] 4 kap. 6 § HSF.
[47] 2 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) *om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården*.
[48] 6 kap. 2 § PSL.
[49] 6 kap. 1 § PSL.
[50] 6 kap. 3 § PSL.

6.3 Organiseringen av kommunala hälso- och sjukvården

6.3.1 Valfrihet inom primärvården

HSL innehåller ett fåtal bestämmelser om organiseringen av hälso- och sjukvården, dvs. inskränkningar i kommunerna och regionernas kompetens att bestämma detta helt fritt.

Sedan början på 1990-talet kan även privata aktörer utföra offentligt finansierad vård och omsorg, vilket i sin tur också påverkar organiseringen.

Regioner är skyldiga att införa valfrihetssystem i sin del av primärvården. För kommunerna är det frivilligt att införa valfrihetssystem inom den kommunala delen av primärvården och socialtjänsten.[51]

I syfte att öka patienternas valfrihet och underlätta för privata vårdgivare att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning infördes bestämmelser om vårdval år 2010. Bestämmelserna innebär att regioner ska organisera primärvården så att patienten kan välja utförare i primärvården och där få tillgång till och välja en fast läkarkontakt. Detta gäller även för läkarinsatser till personer som omfattas av kommunal hälso- och sjukvård. Möjligheten att välja en fast läkarkontakt gäller enbart inom primärvården.

Regionen är även skyldiga att organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära.[52] Det innebär en skyldighet att styra såväl arbetssätt som vårdens organisering så att patientens behov och förutsättningar hamnar i centrum.

6.3.2 Kommunernas organisering av hälso- och sjukvården

Kommuner får, likt regioner, själv bestämma vilken nämnd som ska leda den kommunala hälso- och sjukvården och är relativt fria att organisera sin hälso- och sjukvård utifrån befolkningens behov.[53] Att kommunerna själva får bestämma sin nämndorganisation och hur hälso- och sjukvården i övrigt ska organiseras medför att organiseringen av hälso- och sjukvården skiljer sig åt mellan kommunerna.

[51] 7 kap. 3 § HSL.
[52] 7 kap. 2 a § och 3 § HSL.
[53] 11 kap. 1 § HSL och 6 kap. 37–38 §§ kommunallagen (2017:725).

I många kommuner finns en nämnd som har det övergripande ansvaret för alla verksamhetsområden inom kommunal hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Ofta benämnd socialnämnden. Dessa ansvarsområden kan dock också vara fördelade på olika nämnder i en kommun. Ansvaret för socialtjänst till personer med funktionsnedsättning och kommunal hälso- och sjukvård hör ofta, men inte alltid, samman med äldreomsorgen.

Tillhörande förvaltning(ar) leds av en socialchef eller liknande som högsta tjänsteman. Chefen för ansvarig förvaltning har mer sällan hälso- och sjukvårdskompetens.[54] Det finns även kommuner som har en särskild hälso- och sjukvårdsnämnd eller förvaltning.

6.3.3 Regionernas organisering av läkarresurser

Då även regionerna är fria att välja hur man organiserar sin hälso- och sjukvård utifrån befolkningens behov kan organiseringen av läkarförsörjningen till särskilda boenden och kommunal hemsjukvård skilja sig mellan regionerna. Regionernas val speglas i de förfrågningsunderlag som gäller för regionernas primärvård (alternativt om man har ett särskilt vårdval för läkarinsatser till kommuner). Dessa innehåller bl.a. uppdragsbeskrivningar och bestämmelser om ersättning till de vårdgivare som utför primärvård på uppdrag av regionen.

Till detta kommer att en stor del av läkarinsatserna utförs av privata aktörer, som också präglas av hur vårdgivaren valt att organisera verksamheten. Det är därför svårt att ge något annat än en generaliserande bild av hur läkarresurserna normalt är organiserad.

Som framgår av avsnitt 6.2.2 ska region och kommun sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan. Detta sker genom centrala, mer övergripande, och lokala, mer detaljerade, överenskommelser.

[54] Vård och omsorgsanalys, *Läget för ledarna*, *Förutsättningar för ledarskapsutveckling i kommunal vård och omsorg*, 2021, s. 41.

6.4 Patienter och personal i kommunal hälso- och sjukvård

6.4.1 Patientgrupper och vårdbehov

Många av de sköraste patienterna med komplexa hälsoproblem och svåra funktionsnedsättningar får delar av sin vård inom den kommunala hälso- och sjukvården. Det gäller främst äldre och multisjuka personer samt personer med stora funktionsnedsättningar.[55]

I kommunens särskilda boenden bor personer som på grund av någon funktionsnedsättning har behov av tillsyn, stöd eller hjälp hela dygnet och därför inte kan kvar bo i det ordinära boendet. Ett särskilt boende kan beviljas med stöd av socialtjänstlagen eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Under år 2020 fick drygt 379 000 personer insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Av dessa var nästan 310 000 minst 65 år, varav 61 procent var kvinnor och 39 procent män. Alltmer kvalificerade hälso- och sjukvårdsinsatser utförs inom den kommunala hälso- och sjukvården.[56]

Drygt 108 200 personer som fyllt 65 år, varav knappt 70 600 kvinnor och 37 600 män, beviljades permanent särskilt boende för äldre personer under 2020. Av dessa erhöll 86 procent av kvinnorna och 87 procent av männen också kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser under året. Antalen är något lägre än 2019, då ca 109 100 personer, 65 år och äldre, vistades på särskilda boenden. Detta kan vara ett resultat av den pågående pandemin.[57]

Fram tills 80-års åldern var andelen som fick kommunal hälso- och sjukvård och som bodde i särskilt boende högre bland män än kvinnor. I åldern 80–84 år var det lika vanligt bland kvinnor och män. Därefter var det vanligare bland kvinnor. Högst andel bland männen var det i åldersgruppen 25–34 år där 56 procent av männen som fick insatser inom kommunal hälso- och sjukvård bodde i särskilt boende. För kvinnor var det högst andel i åldern 95 år och äldre där 58 procent av de som fick kommunal hälso- och sjukvård bodde i särskilt boende.[58]

---

[55] Socialstyrelsen, *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – Förstudie*, 2020, s. 8.
[56] Socialstyrelsen, S*tatistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser, 2021-05-31* och Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*, s. 59.
[57] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre – Lägesrapport 2022*, s. 361 f.
[58] Socialstyrelsen, S*tatistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2020*, s. 2.

De flesta patienter får hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende, dvs. kommunalt finansierad hemsjukvård. Drygt 263 000 patienter (alla åldersgrupper) fick någon gång under 2020 kommunalt finansierad hemsjukvård. Antalet har inte förändrats från 2019, då ca 265 400 patienter fick hemsjukvård. Drygt 215 200 av dem var 65 år eller äldre, varav 60 procent var kvinnor och 40 procent män. Av dessa hade 54 procent av kvinnorna och 50 procent av männen både hemsjukvård och hemtjänstinsatser.[59]

Kommunen kan bevilja korttidsboende för personer som annars bor kvar i sitt ordinära boende, inklusive biståndsbedömt trygghetsboende. Det är fråga om personer som är i behov av tillfällig vård och omsorg dygnet runt för t.ex. rehabilitering efter sjukhusvård, växelvård eller avlösning för närstående. Under 2019 beviljades drygt 38 300 personer som fyllt 65 år korttidsplats i enlighet med socialtjänstlagen.[60]

Kommunerna erbjuder även hälso- och sjukvård till dem som har fyllt 65 år och beviljats dagverksamhet. Dessa personer stod för en procent av kostnaderna för kommunal primärvård under 2019.[61] Antalet sjönk med 19 procent under 2020 p.g.a. pandemin. Den senaste mätningen utgör därför inte ett lika bra referensvärde som under normala omständigheter.[62]

Vårdbehoven hos personer som får kommunal hälso- och sjukvård är ofta omfattande då de många gånger har flera sjukdomar samtidigt eller kroniska sjukdomar. Det gäller såväl de med hälso- och sjukvård i särskilt som i ordinärt boende. Deras vårdsituation är ofta instabil och behandling kan behöva omprövas med regelbundna mellanrum (se även avsnitt 3.2.2).[63]

Andelen personer som flyttar in på särskilt boende ökar med stigande ålder, och vanligen är personer 80 år eller äldre när de flyttar dit.[64] Medianåldern på riksnivå vid inflyttning i särskilt boende var år 2020 för kvinnor ca 85 år och för män ca 83 år.[65] Medianvårdtiden varierar mellan kommuner – i genomsnitt bor en person på ett särskilt boende i 25 månader. De som beviljas plats på särskilt boende i dag har ett större vård och omsorgsbehov än tidigare. Ett halvt år

[59] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022,* s. 60.
[60] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2021*, s. 39.
[61] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2021*, s. 33.
[62] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*, 2022, s. 62.
[63] *SKR, Vård och omsorg i hemmet 2019 svårigheter och framgångsfaktorer, 2020*, s. 23.
[64] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2021*, 2021, s. 107.
[65] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*, 2022, s. 109.

efter flytten till särskilt boende har i genomsnitt 20 procent av de nyinflyttade avlidit. Palliativ vård kan därför utgöra en stor del av vårdbehovet på boendet, även om en del även avlider på sjukhus. Även personer som endast har hemtjänst har en ökad vårdtyngd när allt fler bor kvar i sina ordinära bostäder och vårdtider på sjukhus blivit kortare.[66]

Vuxna i kommunal hälso- och sjukvård behöver ofta vård för vanliga folksjukdomar, som t.ex. stroke eller andra hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, KOL, depression. Ett stort antal personer lider ofta av demenssjukdomar i olika grad. Flera av dessa äldre personer behöver åtgärder för att förebygga och behandla trycksår, undernäring, fall, blåsdysfunktion och dålig munhälsa.[67] Många tar mer än tio läkemedel.[68] Det är vanligt att de har behov av såväl primärvård som annan specialiserad vård.[69]

Personer med funktionsnedsättning, såväl män som kvinnor, har betydligt sämre hälsa jämfört med andra målgrupper i befolkningen. De medicinerar oftare mot depressioner, har i högre grad diabetes och lider oftare av övervikt. Bröstcancer upptäcks i ett senare skede hos kvinnor som bor på gruppbostad jämfört med andra kvinnor.[70]

6.4.2 Personal och kompetens

I kommunal hälso- och sjukvård arbetar legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal såsom sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter. I vissa kommuner arbetar även andra legitimerade professioner som dietister, farmaceuter, psykologer och logopeder.

Utöver legitimerad personal utgörs vård och omsorgspersonalen av undersköterskor och vårdbiträden.[71]

År 2019 arbetade 13 983 sjuksköterskor, 2 715 arbetsterapeuter och 1 966 fysioterapeuter inom äldreomsorgen. Andelen sjuksköterskor har minskat sedan år 2015, medan övriga yrkesgrupper har ökat

[66] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*, 2022, s. 111.
[67] Socialstyrelsen, *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – Förstudie*, 2019, s. 24 och Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022,* 2022, s. 67 f. och s. 88.
[68] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2021*, 2021, s. 49 f. och Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*, 2022, s. 60.
[69] SKR, *Vård och omsorg i hemmet 2019 svårigheter och framgångsfaktorer*, 2020. s. 23.
[70] SKL, *Bättre hälsa för personer med funktionsnedsättning*, 2018.
[71] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2021*, 2021, s. 35 f.

något.[72] Drygt 132 000 undersköterskor arbetade under 2019 inom hemtjänsten, hemsjukvården och särskilda äldreboenden.[73]

Sjuksköterskan har ett helhetsansvar för patientens situation. I det ingår kunskap om komplexa behov och problem som rör t.ex. kognition, andning, nutrition, personlig hygien, smärta, men även psykosociala, andliga och kulturella faktorer. Sjuksköterskan arbetar självständigt, i teamsamverkan och i partnerskap med patienten och dennes närstående och ansvarar för bedömning, diagnostik, planering, genomförande och utvärdering av omvårdnaden. Sjuksköterskan har ansvar för att vid behov konsultera andra medarbetare i teamet med kompletterande kompetens, till exempel när det gäller nutrition, aktivitet och smärta.[74]

Arbetsterapeuter och fysioterapeuter ansvarar vanligen för förebyggande insatser, habiliterande och rehabiliterande insatser samt hjälpmedelsfrågor. En arbetsterapeut bedömer hur personer med skada eller sjukdom har förmåga och förutsättningar att utföra dagliga aktiviteter i samspel med förhållanden i omgivningen. Åtgärderna syftar till att personen ska bli delaktig i dagliga aktiviteter och på så sätt uppnå hälsa och välbefinnande. En viktig del i arbetsterapeutens arbete är att prova ut och anpassa olika hjälpmedel som kan underlätta tillvaron för patienten. Arbetsterapeuten arbetar med patienten individuellt eller i grupp. Ofta sker arbetet i team med andra yrkesgrupper, såsom fysioterapeuter, psykologer, sjuksköterskor, logopeder och läkare.[75]

Fysioterapeuter arbetar med rehabilitering, träning och anpassad fysisk aktivitet samt med att främja hälsa genom att förebygga sjukdom och skada genom hela livet. Till exempel vid hälsoproblem som beror på smärta, stelhet, muskelsvaghet, andningsproblem eller psykisk ohälsa.

Fysioterapeuter arbetar självständigt med utredande och behandlande uppgifter som inkluderar att ge råd och stöd, handleda och utbilda, ta fram vård och rehabiliteringsplaner samt att förebygga fysisk och psykisk ohälsa. Arbetet sker ofta i team tillsammans med

[72] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022, 2022,* s. 56.
[73] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*, 2022, s. 54.
[74] Svensk sjuksköterskeförening, *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*, s. 5.
[75] Prop. 2012/13:175, *Vissa frågor om behörighet för personal i hälso- och sjukvården och socialtjänsten*, s. 74.

andra yrkesgrupper till exempel läkare, arbetsterapeut och sjuksköterska. [76]

I ett mindre antal kommuner finns anställda dietister. Dietisten arbetar förebyggande för att främja ett hälsosamt åldrande, motverka undernäring och ohälsa samt övervikt. Då nutrition utgör en del av medicinsk behandling och av omvårdnaden om den äldre personen samverkar dietister ofta med flera andra professioner. År 2021 hade 18 procent av kommunerna dietister anställda.[77]

Logopeder kan arbeta med rehabilitering av äldre personer främst inom den specialiserade hälso- och sjukvården, men de förekommer även i en del kommuner. Logopeden kan hjälpa personer med kommunikationssvårigheter efter t.ex. en stroke. År 2021 fanns logopeder anställda i 16 procent av kommunerna.[78] Enligt uppgifter till utredningen finns samtliga inom elevhälsan. [79]

Farmaceut är ett samlingsbegrepp för apotekare och receptarier. Apotekare har en längre utbildning och är de enda som får vara läkemedelsansvariga på ett apotek. De förekommer därför oftare inom hälso- och sjukvården, medan receptarier förekommer oftare på apotek.[80] År 2021 hade endast en kommun apotekare anställd.[81]

6.5 Tillsyn över hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvården och dess personal står under tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg.[82] Syftet med tillsynen är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, av god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och föreskrifter. Tillsynen ska genomsyras av ett patient- och brukarperspektiv. Resultatet av tillsynen ska redovisas till de granskade verksamheterna och till den region eller den kommun som berörs.[83]

---

[76] Fysioterapeuterna, *Fysioterapeut*.
[77] Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet 2022*, s. 41 f.
[78] Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet 2022,* s. 41 f. (Uppgiften bygger på en enkät som besvarades av 234 kommuner.)
[79] Möte med Logopedernas riksförbund, 220328.
[80] Sveriges farmaceuter, *Vad är en farmaceut?*
[81] Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet 2022*, s. 41 f.
[82] 7 kap. 1 § HSL.
[83] 1–2 §§ förordning (2013:176) *med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg*.

7 En äldreomsorgslag

7.1 Brister och förbättringsområden

7.1.1 Äldreomsorgens uppdrag och innehåll

Otydligt uppdrag och innehåll

Det finns ett antal bestämmelser i socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, som kan sägas uttrycka äldreomsorgens uppdrag och innehåll, utöver de bestämmelser som omfattar alla målgrupper för socialtjänsten.

Socialtjänstlagen är en målinriktad ramlag. Det innebär att lagstiftaren har ställt upp mål och angett grundläggande värderingar och principer för kommunernas socialtjänst. Lagen innehåller en mindre grad av detaljreglering av enskildas rättigheter, socialtjänstens förfaringssätt och förutsättningarna för stöd, hjälp eller annat bistånd.

Motivet till att ge lagen en ramlagskaraktär var att kommunen skulle ha ett betydande utrymme för att, i samråd med de berörda, välja de insatser och tillvägagångssätt som var bäst ägnade att tillgodose behoven. Detta sätt att reglera skulle även ge kommunerna större frihet vid val av och utveckling av metoder och arbetssätt. Dessutom skulle det ge kommunerna möjligheter att ta större hänsyn till den enskildes vilja och behov.[1]

Även om lagen sedan sin tillkomst har kompletterats med allt fler detaljerade bestämmelser kvarstår den övergripande ramlagskonstruktionen. Ramlagskonstruktionen innebär även att lagstiftaren i mindre utsträckning har tagit ställning till innehållet i socialtjänsten. Att lagen är övergripande formulerad har lett till att den uppfattats som otydlig när det gäller socialtjänstens uppdrag och innehåll. Det innebär också ett relativt stort utrymme för kommunerna att tillämpa lagen på olika sätt.

[1] Prop. 1979/80:1, *Om socialtjänsten*, Del A, s. 140 f.

Problem med otydlighet kring äldreomsorgens åtagande beskrevs i den parlamentariska utredningen Senior 2005.[2] Enligt utredningen kan otydligheten ta sig flera uttryck. I grund och botten handlar det dock om hur man kan vara tydlig med vad som ingår i det offentliga åtagandet för omsorg och vård om äldre, och samtidigt ha ett flexibelt förhållande till den enskilde personens behov och samhällets resurser. Utredningen menade att det finns behov av att tydliggöra och säkerställa det offentliga åtagandet för omsorg och vård om äldre personer. Anledningen är att åtagandet uppfattas som otydligt och att det finns en risk för att förtroendet för äldreomsorgen brister.

Att många anställda inom äldreomsorgen anser att deras uppdrag är otydligt konstaterades av Värdighetsutredningen som menade att detta får konsekvenser för de äldre, deras närstående, personalen samt inte minst för de chefer och politiker som ska leda och styra verksamheten.

Osäkerhet om vad det offentliga uppdraget omfattar och hur långt det sträcker sig leder till osäkerhet kring vilka rimliga förväntningar och krav som medborgarna kan ställa, men också vad kommunen kan kräva av sina anställda.[3] En osäkerhet hos äldre personer och hos deras anhöriga och andra närstående om vilka krav man kan ställa på äldreomsorgen riskerar leda till att anhöriga och andra närstående träder in i större utsträckning än de önskar eller förmår, med negativ påverkan på deras egen hälsa eller livskvalitet som följd.

Nationella skillnader

Det finns stora lokala skillnader inom äldreomsorgen. Det gäller såväl likvärdighet i insatsernas omfattning och innehåll som kvaliteten i utförandet.[4]

Ramarna för det kommunala åtagandet för en person i behov av äldreomsorg kan sammanfattas i några centrala bestämmelser i socialtjänstlagen. Kommunen har det yttersta ansvaret för att enskilda ska få det stöd och den hjälp de behöver. Det bistånd den enskilde har rätt att kräva som stöd och hjälp är att tillförsäkras en skälig levnads-

[2] SOU 2003:91, *Äldrepolitik för framtiden. 100 steg till trygghet och utveckling med en åldrande befolkning,* s. 446 f.
[3] SOU 2008:51, *Värdigt liv i äldreomsorgen*, s. 52.
[4] Se avsnitt 7.1.3 och Socialstyrelsens öppna jämförelser.

nivå. Till det kan läggas att insatserna ska vara av god kvalitet.[5] Centralt utifrån den enskildes perspektiv är vad som anses vara en skälig levnadsnivå och med vilken kvalitet insatserna ges. Dessa bestämmelser är öppet formulerade och lämnar ett stort utrymme för olika sätt att tolka och tillämpa bestämmelserna.

Riskerna för stora standardskillnader mellan kommunerna och otydlighet avseende skyldigheter och rättigheter uppmärksammades redan i propositionen till socialtjänstlagen. Där framhölls domstolarnas prövning av beslut och tillsynsmyndigheternas roll som viktiga funktioner för att konkretisera den enskildes rättigheter och skyldigheter och verka för en jämnare standard mellan kommunerna.[6] Det har dock inte vuxit fram någon konkretisering genom domstolsprövning eller tillsyn i någon större utsträckning. Tillsynsmyndigheten Inspektionen för vård och omsorg, förkortad IVO, har ibland haft svårt att få bifall från domstolar när deras beslut om föreläggande överklagas, om de inte kunnat peka på konkreta missförhållanden.

Utredningens analys visar att de skillnader som finns i vad som anses ingå i skälig levnadsnivå, och därmed berättiga vissa insatser till enskilda, och kvaliteten i utförandet av dem inte helt kan motiveras utifrån skillnader i lokala förutsättningar eller enskildas behov. Som exempel där det kan vara motiverat med skillnader utifrån lokala behov och förutsättningar kan nämnas vilken typ av sociala aktiviteter som erbjuds. Det kan se olika ut utifrån befolkningens sammansättning, tillgång till aktiveter i övrigt och geografiska avstånd till exempel. Däremot är det svårt att motivera skillnader i bedömningar av vad som enligt kommunala riktlinjer anses vara skäliga levnadsvillkor, t.ex. hur ofta man som enskild har behov av att få hjälp med att duscha eller städa. I de fallen menar vi att skillnader bör utgå från enskildas olika behov och förutsättningar, inte lokala förutsättningar och prioriteringar.

Kommunernas lokala riktlinjer för handläggning av ansökan om hemtjänst eller särskilt boende visar hur olika man bedömer vad personer behöver för stöd och hjälp för att uppnå skälig levnadsnivå och hur stort utrymme som lämnas för individuella bedömningar. De flesta kommuner har en inledande beskrivning av att den enskilde alltid har rätt att ansöka om insatser och få dessa prövade individuellt oavsett kommunens riktlinjer. Det varierar dock hur utrymmet för

[5] 2 kap. 1 §, 4 kap 1 § och 3 kap. 3 § SoL.
[6] Prop. 1979/80:1 Del A, *Om socialtjänsten*, s. 140.

avsteg från riktlinjerna sedan formuleras när det redogörs för specifika insatser och deras omfattning eller frekvens.

Några exempel på skillnader i kommunernas riktlinjer[7] är att i vissa kommuner anses det vara skälig levnadsnivå att få duscha 1–2 gånger per vecka, i en annan kan det vara 1–3 gånger. En kommun har en gräns på högst en gång per dag, medan andra inte anger någon omfattning eller anger att omfattningen ska vara efter behov.

Det är inte bara omfattningen som varierar, även innehållet i insatserna varierar. I vissa kommuner anses t.ex. inte moment som avfrostning av kyl och frys eller fönsterputs ingå i städinsatser. Ett annat område som varierar är insatser för social samvaro. Det finns kommuner som helt hänvisar till frivilligorganisationer medan andra anger en omfattning på en eller två gånger per vecka. Vissa inkluderar sällskap på promenad där och vissa andra anger tid för promenader specifikt. Även detaljeringsgraden av hur tidsomfattningen anges för varje moment skiljer sig åt. Det finns exempel på kommuner som fattar beslut om ramarna för insatser och tidsomfattning som lämnar utrymme för att anpassa utförandet om personens behov varierar mellan olika dagar (s.k. rambeslut). Det finns även exempel på kommunala riktlinjer som anger en detaljerad schablontid för varje moment i en insats i minuter.

Även när det gäller förutsättningarna för att beviljas plats i särskilda boenden skiljer det sig mellan kommunerna hur det beskrivs i riktlinjerna. Många kommuner lyfter omständigheter som vuxit fram ur domstolspraxis, som t.ex. att plats beviljas när det finns omfattande behov av omsorg under hela dygnet som inte kan tillgodoses i det ordinära boendet, och när det är motiverat utifrån stora behov av trygghet. Vissa kommuner uttrycker att alla lämpliga möjligheter till hemtjänstinsatser och tekniska hjälpmedel ska ha prövats innan insatsen särskilt boende beviljas. Det finns även exempel på kommuner som anger en brytpunkt i antal hemtjänsttimmar för när kostnaderna för hemtjänst överstiger dem för särskilt boende. Den äldre personen ska då ska erbjudas särskilt boende i stället för hemtjänst.

Socialstyrelsens årliga rapport Öppna jämförelser vård och omsorg för äldre visar på en del av bilden av kvaliteten i äldreomsorgen. Där ser man genomgående stora skillnader mellan kommunerna som inte kan motiveras av olika förutsättningar vad gäller t.ex. kommunens

[7] Utredningen har tagit del av 126 av 290 kommuners riktlinjer.

storlek eller geografi. Ett exempel på detta är att personer med hemtjänst i genomsnitt mötte 16 olika personal under en 14-dagarsperiod år 2021 med en variation från 7 till 24 personal bland landets kommuner. Andelen personer som svarat att personalen alltid eller oftast tar hänsyn till åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras visade på en variation mellan 69–100 procent (år 2020).[8]

7.1.2 Behovet av en tillgänglig och förebyggande äldreomsorg

Ett ojämnt arbete med att identifiera och förebygga risker

De demografiska utmaningarna med ett ökande antal äldre personer understryker behoven från ett samhällsperspektiv av att skjuta upp eller minska omsorgsbehov, för att minska samhällskostnader för vård och omsorg. Behovet av äldreomsorg kommer att öka under den närmaste tioårsperioden, och verksamheterna behöver utvecklas och effektiviseras för att kunna möta behoven, se avsnitt 3.3.1.

Detta innebär att det blir allt viktigare att arbeta förebyggande och att främja hälsa och funktionsförmåga. Inte enbart för att öka de berörda personernas livskvalitet, utan även för att skjuta upp och minska behov av omsorg.

Socialstyrelsens öppna jämförelser av vård och omsorg om äldre visar genomgående stora skillnader mellan kommunerna med att förebygga att äldre personer drabbas av nedsatt munhälsa, undernäring, fallskador och trycksår. I en del kommuner har alla som bor i ordinärt boende med hemsjukvård[9], och bedöms vara i riskzonen för något av dessa fyra områden, fått en förebyggande åtgärd. I andra kommuner har ingen fått det. För särskilt boende är variationen mellan kommunerna 5–95 procent. Exempel på åtgärder kan vara träning, hudvård, översyn av läkemedel eller hjälpmedel för att underlätta måltiderna. För att en åtgärd ska räknas måste den ha följts upp och registrerats i kvalitetsregistret Senior alert.

Nationellt är det knappt 50 procent av de som bor i ordinärt boende med hemsjukvård som har fått en förebyggande åtgärd, som följts upp. På särskilt boende är rikssnittet omkring 60 procent.[10]

[8] Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser av äldreomsorg 2021*,2021.
[9] Dvs. kommunal primärvård i ordinärt boende, se även avsnitt 6.1.
[10] Socialstyrelsen, *Äldreomsorgens förebyggande arbete skiljer stort över landet*.

Fallolyckor är den vanligaste orsaken till att äldre personer skadar sig och konsekvenserna är ofta allvarliga. Skadorna kan leda till förlorad självständighet och även dödsfall. Med förebyggande insatser kan många fallolyckor förhindras.[11] Fallförebyggande insatser utgörs dels av åtgärder som riktar sig till personal som träffar äldre i sitt arbete, dels av individanpassade åtgärder för enskilda äldre. Insatser till personal är exempelvis utbildning i fallriskbedömning och hur man minskar risker hemma hos de äldre. Bland de individanpassade insatserna för enskilda äldre finns exempelvis: information om och hjälp till fysisk träning, höftskyddsbyxor, halkskydd, synkontroll och vidarehänvisning vid behov, hjälp med anskaffning och underhåll av tekniska hjälpmedel, hjälp med att minska risker i hemmiljön.[12]

Med undernäring följer en ökad risk för ett antal andra problem som t.ex. fördröjd sårläkning, försämrad muskelfunktion och nedsatt hjärt- och lungfunktion. Dessutom försvåras tillfrisknandet vid sjukdom. Det leder till ett personligt lidande och de samhälleliga resurser som tas i anspråk har visat sig svåra att överblicka och kvantifiera. Vikten av att upptäcka, förebygga och behandla undernäring ökar också i takt med att andelen äldre i befolkningen ökar. Enligt Socialstyrelsen har näringsfrågorna fortfarande en undanskymd roll i många verksamheter och förbättringspotentialen bedöms vara stor.[13]

Även den psykiska ohälsan behöver uppmärksammas mer. Den tenderar att ses som en naturlig del av åldrandet, eller yttra sig som fysiska besvär. Det gör att den ofta inte uppmärksammas, vare sig av den äldre själv, de närstående eller personalen i vård och omsorg. Utmaningen är därför att tidigt upptäcka de äldre som har eller riskerar att få psykisk ohälsa.

Var tredje kvinna och var femte man över 77 år uppger besvär med ångest. Även depressiva besvär är vanligt. Suicidtalen är också högst bland män över 85 år. Flera faktorer som samvarierar med psykisk ohälsa ökar med åldern. Det gäller till exempel fysiska hälsoproblem, sämre funktionsförmåga och svagare socialt nätverk.

Äldre har sämre tillgång till behandling än andra åldersgrupper. De hör till den åldersgrupp som mest sällan får specialiserad psykiatrisk vård. Det är också den grupp där störst andel hämtar ut antidepressiv medicin. Det förebyggande och hälsofrämjande arbetet är

[11] Senior alert, *Om senioralert*.
[12] Socialstyrelsen, *Fallförebyggande insatser för äldre*.
[13] Socialstyrelsen, *Att förebygga och behandla undernäring. Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst*, 2020.

viktigt. Äldres psykiska hälsa kan främjas av bland annat fysisk aktivitet, hälsosamma matvanor och social gemenskap.

Äldre får sällan behandling i form av psykoterapi. I stället behandlas de oftast enbart med läkemedel. Detta trots att de ofta redan äter många läkemedel, vilket ökar risken för allvarliga biverkningar. Även risken för förgiftning är större hos äldre med fysiska och psykiska sjukdomar. För att förebygga förgiftning måste man ta hänsyn till äldres fysiska och psykiska hälsa och deras läkemedelsbehandling. [14]

Tillgänglighet

En förutsättning för att kunna arbeta förebyggande är att människor känner till socialtjänsten och vet hur man kommer i kontakt med den när man har behov av det. Det hänger delvis samman med att uppdraget och innehållet i äldreomsorgen som beskrivits ovan uppfattas som otydligt, det är otydligt vad man som innevånare i en kommun kan förvänta sig av kommunens äldreomsorg.

En annan viktig aspekt är att allmänheten har förtroende för äldreomsorgen. Ett lågt förtroende kan innebära en risk för att personer med behov av stöd och äldreomsorg inte ansöker om insatser och att anhöriga tar på sig mer av den omsorg som är ett offentligt ansvar.

Under våren 2020 följde Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, förkortad MSB, kontinuerligt befolkningens förtroende för hur bl.a. äldreomsorgen hanterade situationen under coronapandemin. Mätningen började med perioden 5–9 april och avslutades 21–24 maj. Under den tidsperioden ses en tydlig nedgång från att 36 procent av de tillfrågade hade förtroende för äldreomsorgens arbete under pandemin, till 18 procent i mitten av maj.

I oktober 2020 visade undersökningen att förtroendet för äldreomsorgen varierar med ålder och beror på om man själv har äldreomsorg eller inte. Personer i gruppen 86 år och äldre i undersökningen hade ett signifikant högre förtroende för äldreomsorgen än de mellan 80 och 85 år: 42 procent respektive 33 procent. Intervjupersoner som själva har någon form av äldreomsorg har ett signifikant högre förtroende (54 procent) för äldreomsorgen än de som

[14] Folkhälsomyndigheten, *Det är viktigt att förebygga psykisk ohälsa bland äldre*, 2021.

inte har det (33 procent).[15] Det var visserligen särskilda omständigheter som rådde under covid-19-pandemin, men det kan finnas behov av att återställa det skadade förtroendet till äldreomsorgen.

7.1.3 Bristande individanpassning och delaktighet

Individanpassning

I förarbetena till biståndsbestämmelsen i SoL (4 kap 1 §) anges att rätten till bistånd inte är knuten till några angivna insatser. Valet av insats får göras genom en helhetsbedömning av den enskildes förhållanden och en bedömning av vilka insatser som kan anses behövliga och skäliga.[16]

I 5 kap. 4 § SoL regleras äldreomsorgens värdegrund. Bestämmelsen om värdegrunden grundar inte en rättighet att få visst bistånd direkt på den bestämmelsen. Den kan dock bidra till att sätta fokus på att äldre personer i högre utsträckning får möta en äldreomsorg som är inriktad på den äldre personens individuella behov.[17]

Riktlinjer tenderar att bli alltför styrande

Trots de uttalade intentionerna i förarbeten till socialtjänstlagen har studier visat att utbudet av befintliga insatser kan styra vilket stöd och vilken hjälp som personer får, snarare än individens egna behov.[18] Socialtjänstlagens ramlagskonstruktion gör det nödvändigt med tillämpningsanvisningar och riktlinjer som stöd i handläggningsprocessen, och för att säkerställa korrekta bedömningar och beslut. Riktlinjer behövs som vägledning men det är viktigt att de fungerar som just riktlinjer och inte blir helt styrande. Det är viktigt att socialtjänstlagens handlingsutrymme används. I vissa fall riskerar handläggarna att i alltför stor utsträckning strikt följa formella och informella kriterier och rutiner i stället för att göra en helhets-

[15] MSB, *Kantar Sifos rapport om förtroende, oro och beteende under pandemin.*
[16] Prop. 1979/80:1 Del A, *Om socialtjänsten*, s. 526.
[17] Prop. 2009/10:116, *Värdigt liv inom äldreomsorgen,* s. 24 och 26.
[18] Se bl. a. Janlöf, A-C. *Participation in needs assessments of older persons prior to public home help*, Lunds universitet 2006 och Lindelöf, M. och Rönnbäck, E. *Att fördela bistånd, om handläggningsprocessen inom äldreomsorgen*. Umeå Universitet No 41, 2004.

bedömning i enlighet med socialtjänstlagens intentioner. Riktlinjer som ska vara vägledande riskerar att i stället bli alltför styrande.[19]

Samhällspolitiska mål om självbestämmande och individuella önskemål finns uttryckta i bl.a. socialtjänstlagen och dess förarbeten.[20] Trots detta uppfattas omsorg och vård för äldre som funktions- eller utbudsstyrd och baserad på ett antal standardiserade och separata tjänster. Detta bekräftas i både forsknings- och revisionsrapporter.[21] Av dessa framgår att det finns en risk att en standardiserad bedömning ersätter den professionella behovsbedömningen utifrån socialtjänstlagens möjligheter till handlingsfrihet. Risken är stor att biståndshandläggarna standardiserar och kategoriserar de som söker hjälp och deras behov utifrån det tillgängliga utbudet av insatser.

De flesta kommuner har lokala riktlinjer som beskriver vilka insatser som erbjuds. Utredningen har tagit del av riktlinjer från 126 av 290 kommuner. I flera kommuner beskrivs omfattningen och innehållet i insatserna relativt detaljerat. Riktlinjer som begränsar biståndshandläggarens utrymme att anpassa insatserna och deras omfattning förekommer såväl för serviceinsatser som insatser som avser personlig omvårdnad.[22] Det förekommer inte sällan avgränsningar i vilken omfattning eller med vilken frekvens de beviljas, till exempel hur ofta man erbjuds hjälp med tvätt av kläder eller städning, hur ofta man får hjälp med dusch eller ledsagning. Det varierar hur avgränsningar för omfattningen formuleras. Det kan formuleras som en frekvens eller tidsåtgång som i normalfall beviljas, men med exempel på situationer där andra behov kan finnas som till exempel att en person som har inkontinensproblem kan behöva få hjälp med tvätt oftare och en person med synnedsättning kan behöva få hjälp med städning oftare. I vissa fall tas dock inga särskilda omständigheter som kan motivera avsteg från riktlinjerna upp.

Det finns en risk för att individens behov får passas in i förutbestämd utformning av insatser. De befintliga insatserna kan styra utredningen och de frågor som handläggaren ställer till individen.

[19] SOU 2008:51, *Värdigt liv i äldreomsorgen,* s. 67.
[20] Se t.ex. 1 kap. 1 § SoL. och prop. 1979/80:1, *Om socialtjänsten*, Del A, s. 132 och 208.
[21] Lindelöf, M. och Rönnbäck, E. *Att fördela bistånd, om handläggningsprocessen inom äldreomsorgen*. Umeå Universitet No 41, 2004; Stadsrevisionen, Stockholms stad, *Uppdraget som biståndshandläggare inom äldreomsorgen, 2007* och IVO, *Med makt följer ansvar, kommunernas myndighetsutövning inom LSS och hemtjänst*, 2016.
[22] Serviceinsatser avser praktisk hjälp med hemmets skötsel och matdistribution od. Med insatser som avser personlig omvårdnad avses de insatser som därutöver behövs för att tillgodose fysiska, psykiska och sociala behov. Prop. 1996/97:124, *Ändring i socialtjänstlagen*, s. 88.

Handläggarens utredning börjar då i lösningen, dvs. insatsen. Prövningen blir inte förutsättningslös och behov som inte passar in i mallen riskerar att inte komma med i utredningen.[23] Det riskerar leda till ”falska behovsbedömningar” där bedömningen utgår från utbudet men – i enlighet med lagstiftningen – formuleras den som att den utgår från den enskildes behov. Ett exempel på detta är en person som ansöker om bistånd på grund av att hen känner sig otrygg. Hen kan då erbjudas ett trygghetslarm, en vanlig insats. En mer förutsättningslös utredning som tar reda på varför hen känner sig otrygg kanske skulle komma fram till att otryggheten hänger samman med social isolering. Hen kanske skulle ha blivit hjälpt genom att få stöd att bryta sin isolering genom att få ledsagning till kommunens träffpunkt och få stödjande samtal för att känna sig mer trygg.[24]

Bilden bekräftas även av vad IVO har kunnat se i sin tillsyn. De anger att styrande riktlinjer gör att den enskildes rätt att få en individanpassad insats begränsas och att rätten dessutom varierar mellan kommunerna. Detta är enligt IVO inte acceptabelt. Kommunerna kan inte på förhand bestämma omfattning och inriktning på insatsen, eftersom detta först kan avgöras efter en individuell bedömning. Kommunerna behöver stärka individperspektivet, det vill säga synliggöra individens behov, då insatserna ska vara anpassade till mottagarens behov. Detta gäller både när insatserna är tänkta att vara ett direkt stöd för individen och när insatsernas har ett dubbelt syfte, dvs. att samtidigt vara ett stöd till familjen eller underlätta för anhöriga, exempelvis avlösarservice och korttidsvistelse.[25]

IVO har också påpekat att de insatser som kommunerna beslutade inte styrs av enskildas behov utan beror på ekonomiska, organisatoriska eller politiska målsättningar. Ett exempel som angavs var att biståndshandläggare ”förhandlar” om en ansökan om särskilt boende där den äldre personen förmås att acceptera att ansöka om hemtjänstinsatser i stället.[26]

---

[23] Lindelöf, M och Rönnbäck, E. *Att fördela bistånd. Om handläggningsprocessen inom äldreomsorgen*. Umeå; 2004. Janlöv, A-C. *Participation in needs assessment of older people prior to public home help: older persons', their family members', and assessing home help officers' experiences*. Lund: Lund University; 2006.
[24] Jfr Jönsson, H, Harnett T, *Socialt arbete med äldre*, 2015, s. 219.
[25] IVO, *Med makt följer ansvar, kommunernas myndighetsutövning inom LSS och hemtjänst*, 2016; Socialstyrelsen, *Individens behov i centrum. Ett stöd för att använda ICF och strukturerad dokumentation i socialtjänsten*, 2021.
[26] IVO, *Tillsynsrapport. De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2015*, 2016.

Helhetsprincipen som gäller inom socialtjänsten innebär att människans olika behov beaktas och vägs samman. Det innebär att socialtjänsten behöver informera sig om hur samspelet mellan den enskilde, familjen, nätverken i omgivningen och den omgivande miljön påverkar och fungerar. En insatskatalog riskerar att leda till att man styckar upp olika behov hos individen och beviljar fragmentiserade insatser i stället för att avgöra vilka insatser som är mest lämpliga och ändamålsenliga efter en helhetsbedömning.

Sammantaget visar såväl vår genomgång av kommunala riktlinjer som IVO:s iakttagelser att riktlinjernas avgränsning av omfattning och frekvens för insatser skiljer sig åt mellan kommunerna. Det bidrar till att insatserna inte ges likvärdigt i landet.

Begränsat tidsutrymme står i vägen för individanpassning

Strikt tidsstyrning av insatser, det som ofta kallas ”minutstyrning”, har återkommande beskrivits som ett problem för att tillmötesgå individens behov inom hemtjänsten. När arbetsscheman är nedbrutna på väldigt specifika insatser, omfattande enstaka minuter, med små möjligheter till flexibilitet medför det att personalens bedömning och kompetens får stå tillbaka till förmån för standardiserade tidsschabloner.[27]

Utifrån Kommunals medlemsenkät menar 61 procent av de tillfrågade inom hemtjänsten som inte lyder under minutstyrning att de har möjlighet att tillmötesgå individen behov. För gruppen med strikt minutstyrning är siffran 30 procent.[28] Tid beskrivs som en viktig faktor att uppnå kvalitet. Det handlar bl.a. om möjligheten att kunna se individen, lära känna personen och lyssna in behoven. Hemtjänstpersonalen kan ha enstaka minuter till att bädda sängen, några minuter för att klä personen och slutligen några minuter för att förbereda frukost.[29] Den begräsning av hemtjänstpersonalens tid som finns kan innebära att man inte kan tillmötesgå den äldres önskemål som t.ex. att gå upp en viss tid eller att duscha en viss tid.

[27] Kommunal, *En hemtjänst att lita på*, 2022, s. 10; Szehebely, M. *Omsorgsvardag under skiftande organisatoriska villkor*, 2006, s. 54.
[28] Kommunal, *En hemtjänst att lita på*, 2022, s. 6.
[29] Stockholms läns Äldrecentrum, *Tillit och relationer*, 2015, s. 14.

När stödet utgår ifrån tajta scheman finns det inte möjlighet att anpassa stödet efter individens dagliga behov och oförutsedda händelser.[30]

Delaktighet och självbestämmande

Att kunna påverka innehåll och utformning i insatser

Det finns ett antal bestämmelser i socialtjänstlagen som betonar personers rätt till delaktighet och självbestämmande. Verksamheten inom socialtjänsten ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.[31] Vidare ska socialnämndens insatser för den enskilde utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne.[32] En äldre person ska också, så långt det är möjligt, kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges.[33]

Trots dessa bestämmelser visar Socialstyrelsens öppna jämförelser att många personer som har insatser inom äldreomsorgen inte upplever att de kan påverka. Resultatet visar också en stor spridning mellan olika kommuner. Den andel personer som var 65 år och äldre i ordinärt boende med hemtjänst som svarade att personalen, alltid eller oftast tar hänsyn till åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras, var 69–100 procent 2020. För personer i särskilda boenden var motsvarande siffra 57–97 procent.

På frågan om de alltid eller oftast kan påverka vid vilka tider personalen kommer var andelen personer med hemtjänst som svarade ja, 36–79 procent. För personer i särskilda boenden som svarat ja var motsvande siffra 36–90 procent.[34]

När det gäller hemtjänsten visar forskning att för de flesta personer är det viktigt att få hjälp av så få personal och på så fasta tider som möjligt; man vill veta vem som kommer, och när och hur länge varje hjälptillfälle varar. Samtidigt vill man att hjälpens innehåll inte ska vara förutbestämt utan det ska vara möjligt att påverka vad som ska göras vid varje hjälptillfälle. Med andra ord vill de äldre

[30] Kommunal, *En hemtjänst att lita på*, 2022, s. 21; Stockholms läns Äldrecentrum, *Tillit och relationer*, 2015, s. 14.
[31] 1 kap. 1 § tredje stycket SoL.
[32] 5 kap. 5 § SoL.
[33] 5 kap. 5 § fjärde stycket SoL.
[34] Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser 2021 – Vård och omsorg för äldre*, uppgifterna avser år 2020.

kunna förutse ramarna men också kunna påverka hjälpens innehåll och utformning.[35]

Information och kommunikation som förutsättningar för delaktighet och självbestämmande

För att kunna påverka hjälpens innehåll och utformning samt vara delaktig och utöva självbestämmande, behöver de personer som ansöker om och får insatser inom äldreomsorgen vara informerade. En förutsättning för att man ska vara informerad är att informationen har lämnats på ett sätt som man kan ta till sig och förstå. Hur informationen lämnas är därför särskilt viktigt. Många personer som är i behov av stöd och hjälp inom äldreomsorgen har behov av särskilt anpassad kommunikation som kräver lyhördhet och kompetens hos personalen inom omsorgen. Personer med kognitiva funktionsnedsättningar som t.ex. vid demenssjukdom kan ha särskilda svårigheter att ta till sig och förstå information.

När det gäller döva personer ställer språklagen särskilda krav. Där anges att den som är döv eller hörselskadad och den som av andra skäl har behov av teckenspråk ska ges möjlighet att lära sig, utveckla och använda det svenska teckenspråket.[36] Att vara döv innebär att teckenspråket är det egna och första språket. Skriven svenska blir dövas andra språk. Många, inte minst äldre döva, har svårt att ta till sig information på skriven svenska. Då blir det svårt att veta vilka rättigheter och möjligheter man har som äldre. Det blir också svårare att kommunicera med andra, bl.a. personal inom äldreomsorgen och hälso- och sjukvården. Sveriges Dövas Pensionärsförbund har kartlagt situationen för äldre döva. Hälften av alla tillfrågade i deras enkätundersökning fick inte information från kommunen om stöd och service från kommunen som trygghetslarm, hemtjänst och äldreboende. På frågan om man kan läsa, ta del av och förstå innehållet i en dagstidning svarade 65 procent av männen och 55 procent av kvinnorna nej.[37]

Även de nationella minoritetsspråken har ett särskilt skydd i språklagen liksom i lagen (2009:724) om nationella minoriteter och

[35] Szehebely, M, *Omsorgsvardag under skiftande organisatoriska villkor*, 2006.
[36] 14 § språklagen (2009:600).
[37] Sveriges Dövas Pensionärsförbund, Valfrihet och värdighet saknas hos äldre döva! 2007–2010.

minoritetsspråk, förkortad minoritetslagen. Minoritetslagen innehåller bestämmelser om nationella minoriteter och nationella minoritetsspråk. Lagen innehåller också bestämmelser om de nationella minoriteternas rätt till information, inflytande och att få använda sitt minoritetsspråk hos förvaltningsmyndigheter.

Socialstyrelsen har under 2021 genomfört en enkätundersökning om den kommunala äldreomsorgen för nationella minoriteter. Resultaten visar att det finns brister i implementeringen av minoritetspolitiken på lokal nivå. Endast 15 procent av kommunerna uppger t.ex. att de har rutiner eller arbetssätt för att ta reda på behoven av språk- och kulturkompetens för de nationella minoriteterna. Av de svarande kommunerna erbjuder endast 26 procent äldreomsorg på något av de nationella minoritetsspråken. Situationen är bättre i förvaltningsområdena avseende det språk som kommunen får statsbidrag för, men flera kommuner erbjuder inte äldreomsorg på dessa språk i dessa områden heller. På romani chib och jiddisch förekommer ingen kommunal äldreomsorg. Drygt hälften av kommunerna svarar att de inte gör något för att säkerställa att personalen känner till de nationella minoriteternas särskilda rättigheter.[38]

7.1.4 Bristande samverkan och samordning

Allt fler äldre personer har hälso- och funktionstillstånd som kräver insatser från såväl socialtjänst/äldreomsorg som hälso- och sjukvård. Ibland från flera olika delar av såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård. Detta ställer allt större krav på fungerande samverkan, men verksamheter är till stor del organiserade för att möta mer avgränsade behov.[39]

Flera faktorer bidrar samtidigt till att vi i dag har ett allt mer fragmentiserat vård och omsorgslandskap; antalet utförare av offentligt finansierad vård och omsorg har ökat och det har skett en ökad specialisering inom hälso- och sjukvården.

Bristande samordning riskerar att leda till försämrade hälso- och funktionstillstånd hos den enskilde, vilket förutom försämrad livskvalitet även kan leda till bl.a. att behandlingar eller undersökningar behöver upprepas i onödan, fler besök på akutmottagningar och mer

[38] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022,* 2022.
[39] Vård- och omsorgsanalys, Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmentiserat vård och omsorgssystem, 2016.

undvikbar sluten vård. Mycket är fortfarande okänt kring konsekvenserna på systemnivå. En rad studier pekar dock på att problem med bristande samordning sannolikt är en viktig del i de kvalitets- och patientsäkerhetsproblem som leder till försämrade medicinska resultat, ökade kostnader och att resurserna inte används på bästa möjliga sätt.[40]

När samordningen brister får dessutom den äldre personen, eller dennes anhöriga eller andra närstående, ta ansvar för att behovet av en sammanhängande helhet i vården och omsorgen tillgodoses. När de som möter personen bara hanterar en del av personens behov kan det innebära att vissa behov inte identifieras och att det blir oklart för den enskilde vad som ska göras, av vem och när. Detta kan skapa en oro och otrygghet, men också leda till att behoven av vård och omsorg inte blir tillgodosedda.

I dag ser vi utmaningar kopplat till samtliga de fyra förutsättningar som Vård- och omsorgsanalys menar behövs för att kunna tillhandahålla en samordnad vård och omsorg:

– en patient- och brukarcentrerad organisationskultur som arbetar för en gemensam vision av en samordnad vård och omsorg
– systemövergripande policyer, lagar och riktlinjer som ger förutsättningar för samordning
– samverkan mellan organisationer som skapar förutsättningar för samordning över organisationsgränser
– administrativa system som underlättar samordning (se även avsnitt 3.3.3).[41]

7.1.5 Bristande kontinuitet påverkar kvalitet, trygghet och säkerhet

Kontinuitet är en viktig kvalitetsaspekt vid omsorg om äldre personer. De mål som finns i socialtjänstlagen om social trygghet, värdegrund, att få leva och bo under trygga förhållanden och kravet på att insatserna i socialtjänsten ska vara av god kvalitet kan sägas innefatta

[40] Vård- och omsorgsanalys, *Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmentiserat vård och omsorgssystem*, 2016 och SOU 2016:2 *Effektiv vård.*
[41] Vård- och omsorgsanalys, *Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*, 2016 s.11.

krav på att tillgodose behov av kontinuitet, trygghet och säkerhet. Kontinuitet hänger nära samman med den upplevda tryggheten hos personer som har insatser inom äldreomsorgen. Det handlar också om möjligheten att vara delaktig och utöva inflytande över när och hur omsorgen ska utföras.

Kontinuitet är också viktigt för en reell trygghet och säkerhet. Det handlar bl. a. om att personal som har en närmare kännedom om en person har större möjlighet att upptäcka förändringar i hälsotillståndet. Kontinuitet är även viktigt vid delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter. Om personal med delegering utför uppgifter hos en person de inte träffat tidigare kan det skapa risker för patientsäkerheten.[42]

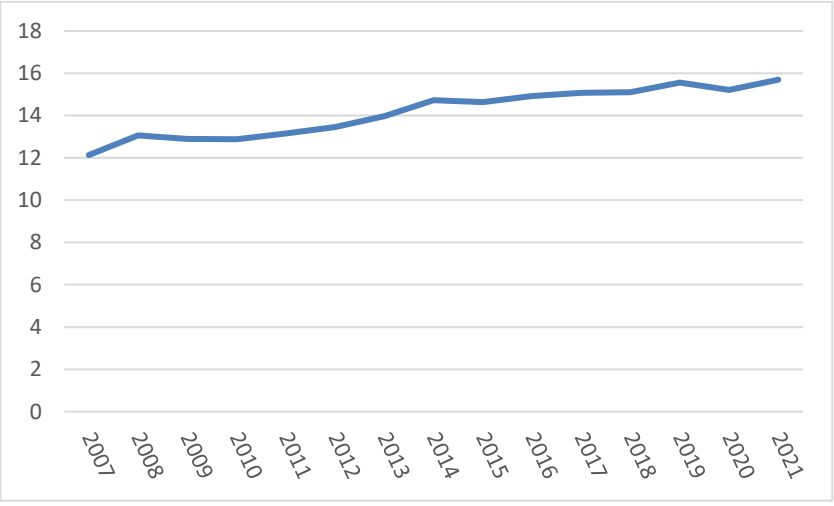
Kontinuitet kan delas upp i tre olika kategorier: personalkontinuitet – det är så få personer som möjligt som besöker den enskilde, omsorgskontinuitet – hjälpen eller stödet ges på lika sätt oavsett vem som kommer och tidskontinuitet – hjälpen eller stödet ges vid ungefär samma tid varje gång. Vi avser framför allt personalkontinuitet i detta avsnitt men menar att personalkontinuitet kan bidra till omsorgkontinuitet. Om det finns en god personalkontinuitet, kan personalen ha bättre kännedom om hur personen vill sin hjälp och sitt stöd utfört.

Många personer med äldreomsorg möter dagligen personal från olika verksamheter och utförare och från olika yrkesgrupper, som t.ex. vårdbiträden, undersköterskor eller sjuksköterskor. Personalkontinuiteten inom hemtjänsten har försämrats nationellt under perioden 2007–2021. År 2021 mötte i genomsnitt en äldre person 16 olika individer ur hemtjänstpersonalen under en fjortondagarsperiod, jämfört med 12 individer år 2007, en ökning med 33 procent, se figur 7.1 nedan. Denna indikator är under utveckling och avser personer, 65 år eller äldre, som har två eller fler besök av hemtjänsten varje dag (måndag–söndag). Trygghetslarm och matleveranser räknas ej. Mätningen avser tiden 07.00–22.00.

[42] SOU 2021:52, *Vilja välja vård och omsorg – En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre*, s. 224.

Figur 7.1 Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar

Riket, medelvärde under perioden 2007–2021



Källa: Kolada

Det råder stor variation mellan kommunerna.[43] Enligt statistik från KOLADA varierade antalet personal som en hemtjänsttagare mötte under 14 dagar från 7 personer i Nynäshamn till 24 personer i Oxelösund (år 2021).

Personalkontinuiteten för personer i särskilda boenden mäts inte på samma sätt som i hemtjänsten.

Hög personalomsättning påverkar möjligheter att tillhandahålla kontinuitet

En hög personalomsättning medför svårigheter att erhålla en god personalkontinuitet. Forskning visar att personalens arbetsvillkor är en central faktor som påverkar omsorgens kvalitet. Relationen till omsorgstagaren och möjligheten att kunna ge tillräckligt bra omsorg är en viktig aspekt av personalens arbete, och känslan av otillräcklighet är förknippad med låg arbetstillfredsställelse och ohälsa. För-

[43] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*, 2022.

bättrade arbetsvillkor, med fokus på omsorgsrelationen, är därmed en förutsättning för att kunna behålla och rekrytera utbildad personal.[44]

Personalrörligheten inom kommunal vård och omsorg är något högre (18 procent) än genomsnittet på arbetsmarknaden (16 procent) och något lägre än vård och omsorg i privat sektor (20 procent). Andelen tillsvidareanställda som lämnat kommunsektorn var i genomsnitt åtta procent 2019. Avgångarna består av pensionsavgångar, byte av jobb till annan sektor samt personer som lämnar arbetet av andra skäl. Drygt en tredjedel av avgångarna består av personer som är 60 år och äldre.[45]

Det finns ett tydligt samband mellan tidsbegränsade anställningar och personalomsättning i ett yrke. Ju mer tidsbegränsade anställningar, desto högre personalomsättning. Högst andel tidsbegränsade anställningar och högst andel personalomsättning har vårdbiträden inom äldreomsorg, inom fackförbundet Kommunals avtalsområde.[46]

SKR:s personalstatistik visar att 72 procent av de anställda inom vård och omsorg i kommunerna är tillsvidareanställda, medan månadsavlönat tidsbegränsade anställda står för 6 procent och timavlönade för 23 procent. Sett till arbetad tid står tillsvidareanställda för 78 procent av den arbetade tiden, medan månadsavlönat tidsbegränsade anställda står för 6 procent och timavlönade för 16 procent.[47]

Enligt Kommunal har andelen tidsbegränsat anställda inom äldreomsorgen ökat mellan 2010 och 2017 med cirka fem procentenheter. I verksamheter i kommunal regi var 27 procent tidsbegränsat anställda, i privat regi 37 procent.[48]

Andelen som är heltidsanställda och heltidsarbetande i de tre personalgrupperna sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden är betydligt lägre än i övriga personalgrupper i kommunerna, 59 procent är anställda på heltid och 46 procent arbetar heltid. Genomsnittet för samtliga anställda i en kommun ligger på 81 procent respektive 69 procent. Ökningen går dock i en något snabbare takt i dessa tre grupper än för övriga personalkategorier. Ökningen beror både på att många

[44] Szebehely, M, Stranz, A & Strandell, R, *Vem ska arbeta i framtidens äldreomsorg?*, 2017.
[45] SKR, *Fakta om äldreomsorgen i ljuset av Coronapandemin*, 2020.
[46] Kommunal, *Trygghet på arbetsmarknaden. En rapport om arbetsrätt och anställningsvillkor i välfärden*, 2020.
[47] SKR, *Fakta om äldreomsorgen i ljuset av Coronapandemin*, 2020.
[48] Kommunal, *Så mycket bättre? En jämförelse av anställningsvillkor och löner i privat och kommunalt driven äldreomsorg*, 2021.

av de nyanställda arbetar heltid och att redan anställda som arbetar deltid går upp till heltid.[49]

7.1.6 Stöd, avlastning och involvering av anhöriga eller andra närstående

Anhöriga och andra närståendes möjlighet till frivillighet och delaktighet

Den omsorg som anhöriga och andra närstående ger till sina närstående ska vara frivillig. Det är kommunens socialtjänst som har det yttersta ansvaret för äldreomsorgen.[50] Mellan makar gäller att var och en efter sin förmåga, ska bidra till det underhåll som behövs för att deras gemensamma och personliga behov ska tillgodoses.[51] Detta innebär att makar har ett gemensamt ansvar för ekonomi och skötsel av hemmet, exempelvis tvätt, städning och inköp. Någon omvårdnadsplikt finns inte inskriven i äktenskapsbalken och varje make avgör själv i vilken omfattning hon eller han vill hjälpa till med personliga omvårdnadssysslor såsom personlig hygien, toalettbestyr och matning.

I dag kan många anhöriga emellertid inte välja hur, när och i vilken omfattning de ger omsorg. Omtanke eller pliktkänsla kan göra det svårt att dra en gräns mellan frivillig och ofrivillig omsorg. De närståendes möjlighet att välja i vilken utsträckning de vill ge omsorg är avhängigt vilken tillgänglighet eller kvalitet den offentliga vården och omsorgen har. När välfärdens insatser inte fungerar väl ökar belastningen på anhöriga och deras möjlighet att välja i vilken omfattning de hjälper sina närstående minskar.

I våra dialoger med anhöriga och andra närstående som ger omsorg lyfter många fram den bristande samordningen i vården och omsorgen som medför att den som stödjer en närstående får lägga ner mycket tid och arbete på att samordna och koordinera insatser mellan olika aktörer inom vården och omsorgen. Att samverkan och samordning är ett område som har brister har beskrivits i bl.a. avsnitt 7.1.4 samt 3.3.3. Förbättrad samverkan mellan olika utförare av vård och omsorg är av stor vikt även för att de anhöriga och andra

[49] SKR, *Fakta om äldreomsorgen i ljuset av Coronapandemin*, 2020.
[50] 2 kap. 1 a § SoL.
[51] 6 kap. 1 § äktenskapsbalken.

närstående som ger vård och omsorg till närstående ska slippa bära en stor del av något som är den offentliga vårdens och omsorgens ansvar.

En annan viktig aspekt som anhöriga och andra närstående lyfter är svårigheter att få tillräcklig information om sin närståendes vård och omsorg. Att vara informerad är viktigt för att den anhöriga eller närstående ska kunna stödja sin närstående på bästa sätt. Det är också viktigt för att kunna känna trygghet och tillit till att situationen är under hanterbar kontroll och att den närståendes behov tillgodoses. Visserligen gäller sekretess för uppgifter som socialtjänsten har om den närstående, men detta kan ofta lösas genom att den närstående ger sitt samtycke till att uppgifter delas med den som ger omsorg till den närstående.[52] För att det ska kunna fungera väl krävs kunskap hos personalen som möter anhöriga och andra närståendes frågor och behov av att vara informerade. Det gäller inte minst hur man kan arbeta när den närstående har kognitiv svikt och därför nedsatt förmåga att samtycka. En annan viktig förutsättning är att det finns väl fungerande rutiner för hur personalen ska arbeta med att dela information till anhöriga och andra närstående.

Anhörigperspektiv

Med ett anhörigperspektiv i omsorgen behöver de som möter enskilda i behov av omsorg i sitt arbete också uppmärksamma hur de anhöriga som finns omkring individen påverkas av planerade insatser.[53] Detta är ett område där äldreomsorgen och sjukvården ofta brister. Anhöriga beskriver en situation där deras omsorg tas för given och att de inte får komma till tals inför beslut som rör deras närståendes vård och omsorg. Bl.a. påtalas att anhöriga upplever att de inte blir trodda och att de får kämpa för att deras närstående ska få de insatser de behöver, vilket kan öka deras omsorgsbörda och skapa känslor av maktlöshet. Anhöriga vittnar även om att det förekommer att biståndshandläggare väger in anhörigas omsorg när de fattar beslut om insatser och därmed

[52] 12 kap. 1 och 2 §§ offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).
[53] Socialstyrelsen har formulerat ett anhörigperspektiv som att man:
Ser och lyssnar på anhöriga, inklusive uppmärksammar deras behov av stöd för egen del, håller anhöriga informerade om deras närståendes hälsa, vård och omsorg och har kunskap om vad det innebär att vara anhörig och att ge anhörigomsorg. Socialstyrelsen, *Anhöriga som vårdar eller stödjer någon de står nära. Underlag till en nationell strategi,* 2020.

beviljar mindre stöd än den enskilde ansökt om, något som också har uppmärksammats i tidigare studier.[54]

I våra dialoger med anhöriga och andra närstående har vi uppmärksammats på vikten av ett anhörigperspektiv för den som bor tillsammans med någon som får hemtjänst i ordinärt boende. I dessa fall får även den anhörige eller närstående ta emot hemtjänstpersonal i sitt eget hem, vilket påverkar deras förutsättningar till självbestämmande och integritet i det egna hemmet. I en studie som undersökt detta anges att biståndhandläggningens fokus på den enskilde, oavsett kontext och social situation, kan försvåra vardagen för anhöriga. Anhörigas behov och situationen i det gemensamma i hemmet kan få stå tillbaka. Flertalet av biståndshandläggarna som intervjuats i studien tar hänsyn till både situationen i hemmet och anhöriga, men riktlinjer och dokumentationssystemet lämnar inget utrymme för en helhetssyn av de behov som sammantaget uppstår i det gemensamma hemmet.[55]

Information om stöd

Att ge omsorg till en närstående innebär stora påfrestningar för många, med negativa konsekvenser för den egna fysiska och psykiska hälsan, ekonomi och livskvalitet. En del anhöriga har ett omsorgsansvar som pågår dygnet runt och kraftigt begränsar deras möjligheter till återhämtning och till att få ägna sig åt arbete, studier, fritidsaktiviteter och sociala relationer. De negativa konsekvenserna tenderar att förstärka varandra. En person som inte hinner med arbetet p.g.a. att den ger anhörigomsorg riskerar försämrad psykisk hälsa och försämrad ekonomi. Likaså kan stress eller oro kopplat till anhörigrollen påverka anhörigas arbetskapacitet, sociala liv och andra livsområden. Att ge anhörigomsorg kan därmed få långtgående följder för den anhörigas levnadssituation.[56]

[54] Socialstyrelsen, *Anhöriga som vårdar eller stödjer närstående äldre personer. Underlag till en nationell strategi*, 2020.
[55] Takter, M, *Vem är den enskilde i ett enskilt hem? En studie av hur biståndshandläggare förhåller sig till anhörigas möjligheter till frivillighet, autonomi och personlig integritet*, 2017
[56] Socialstyrelsen, *Anhöriga som vårdar eller stödjer någon de står nära. Underlag till en nationell strategi*, 2020.

Andelen personer som känner till att socialtjänsten har en skyldighet att ge stöd till personer som ger vård hjälp eller stöd till en närstående var enligt en studie enbart 31 procent 2018.[57]

Det är enligt utredningens mening viktigt att ha ett förebyggande och hälsofrämjande perspektiv på de anhörigas och andra närståendes situation, såväl för behov av stöd i sin roll som omsorgsgivare som stöd för deras egen hälsa och livskvalitet. En förutsättning för detta är att socialtjänsten arbetar aktivt med information om möjligt stöd och når de som har behov av stöd i ett tidigt skede, innan påfrestningar har medfört negativa konsekvenser på hälsa och livskvalitet.

7.1.7 Behovet av en adekvat bemannad och kompetenssatt äldreomsorg

Personalen

Bemanning

Det saknas tillförlitlig statistik över hur bemanningen i äldreomsorgen ser ut på nationell nivå. Socialstyrelsen saknar möjlighet att följa bemanningen av olika yrkesgrupper i socialtjänsten, eftersom det saknas författningsstöd för att samla in sådana uppgifter. Återkommande rapporter från fackförbund och media, men även tillsynsrapporter pekar dock på problem med för låg bemanning. IVO menar att det är tydligt att flera av bristerna inom äldreomsorgen har att göra med bemanning och kompetens. Ett exempel som medför risker är när personalbrist medför att lyft och vändningar görs på egen hand där det hade krävts dubbelbemanning.[58]

Under Coronapandemin genomförde IVO tillsyn av äldreomsorgen. Deras granskning visade att det inte enbart varit brist på sjuksköterskor utan även på omvårdnadspersonal. Till exempel har bemanningsbristen medfört att det hade varit svårare än tidigare att sätta in vak när en person varit döende. Vidare konstaterade IVO att det fanns tydliga indikationer på att vård inte kunnat ges enligt ordination. Myndigheten såg brister i ansvaret för äldre personer på särskilt boende, framför allt kring bemanning och kompetens, som gör

[57] Anhörigas riksförbund, *Anhörigperspektiv – en möjlighet till utveckling? Nationell kartläggning av kommunernas stöd till anhöriga 2019, 2020.*
[58] IVO, *Vad har IVO sett 2019?*, 2020.

att förutsättningar saknas för att ge dessa personer en god och nära vård och behandling utifrån de individuella behoven. Allvarliga brister på systemnivå synliggjordes (se även avsnitt 8.3.3).[59]

Fackförbundet Kommunal genomförde en medlemsundersökning om bemanningen 2021. 37 procent av undersköterskorna och vårdbiträdena i äldreomsorgen svarade att de upplevde att bemanningen sällan eller aldrig är tillräcklig. Siffrorna är något högre på särskilt boende, där svarade 39 procent av medlemmarna att bemanningen sällan eller aldrig är tillräcklig. Endast en av fem av medlemmarna som arbetar i äldreomsorgen svarade att bemanningen är tillräcklig dagligen.[60]

Även Coronakommissionen menade att bemanningen är knapp, det finns ingen ”luft” i systemet som skulle kunna tillåta arbetstoppar. Det ökar risken att på grund av en stressig arbetssituation missa något moment i de basala hygienrutinerna, som att sprita händerna före och efter att man varit inne hos en av de boende, eller att använda skyddshandskarna på rätt sätt. Enligt Coronakommissionens bedömning måste riksdag och regering se över vad som är en tillräcklig bemanning på särskilda boenden och i hemtjänsten, inte minst vad gäller vård och behandling av demenssjuka.[61]

Det ska finnas personal dygnet runt på särskilda boenden som utan dröjsmål kan uppmärksamma om en boende behöver hjälp och stöd.[62] Men personal som IVO talat med berättar att de inte alltid kan ha uppsikt över hela boendet. IVO har sett i tillsynen att boendeenheter lämnats helt obemannade under långa perioder. När personalen lämnar avdelningen låser de ofta dörren för att de boende inte ska kunna gå ut och därmed gå vilse eller skada sig. Men när personalen lämnar en låst avdelning där det vistas personer som inte på egen hand kan öppna dörren, är de boende att betrakta som inlåsta, om de inte utan dröjsmål kan få assistans med att öppna dörren eller få annan hjälp och stöd. Det är en åtgärd, som kopplas till låg bemanning, som saknar stöd i lagen och inte rimmar med kraven på integritet, värdigt liv och god kvalitet.[63]

[59] IVO, *Vad har IVO sett 2021*?, 2022.
[60] Kommunal, *Rätt bemanning – En rapport om kvalitet och bemanning i äldreomsorgen*, 2021.
[61] SOU 2020:80, *Äldreomsorgen under pandemin*, s. 125 och 250.
[62] 2 kap. 3 § socialtjänstförordningen (2001:937).
[63] IVO, *Nattbemanning på boenden för äldre personer med demenssjukdom eller demensliknande tillstånd*, 2020.

Kompetens

Inte bara tillräcklig bemanning, utan även tillgång till personal med rätt kompetens är avgörande för en god och säker vård och omsorg. Det finns ett säkerställt samband mellan yrkeskompetent personal och god kvalitet i vård och omsorg, vilket gör att kompetensnivån hela tiden måste säkerställas och på sikt höjas.[64]

Personer som får äldreomsorg är alltmer sköra och multisjuka. Bemanningen och personalens kompetensutveckling har inte följt med i utvecklingen mot att allt fler omsorgsmottagare har stora och sammansatta behov.[65]

Under senare år har andelen av de äldre som bor i äldreboenden minskat. Andelen över 80 år som bodde på särskilt boende minskade från 41 procent 2007 till 35 procent 2018.[66]

Som en följd av dessa förändringar är det allt fler äldre personer med omfattande och skiftande behov som bor hemma och behöver omsorg under dygnets alla timmar. Den mer restriktiva tilldelningen av plats på äldreboende har vidare lett till att de personer som flyttar till äldreboende i dag har större omsorgsbehov. Den förändrade sammansättningen av personer med hemtjänst och äldreboende kan påverka till exempel kraven på bemanning, vilken typ av kompetens personalen behöver och hur relationen till personerna med insatser ser ut. Personalens kvalifikationer måste ses i förhållande till den enskildes hälsotillstånd, funktionstillstånd och sociala behov.

Brister i kompetens har påpekats i rapporter från IVO, bl.a. anges att vården och omsorgen har stora utmaningar med kompetensförsörjningen av vård- och omsorgspersonal och att konsekvenserna av detta syns tydligt i deras ärenden. [67] Vård- och omsorgsgivare behöver aktivt främja en god arbetsmiljö för att utveckla och behålla personal, identifiera nya arbetssätt och använda sig av digitaliseringens möjligheter.

IVO:s analys visar att det förekommer att personal i äldreomsorgen saknar både kunskap och kompetens. Personalen kan t.ex. sakna kunskap om hur man förflyttar personer på ett säkert sett, eller om hur hjälpmedlen ska användas. Det kan i sin tur bero på att personalen

[64] SOU 2017:52, *Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer*, s. 268 f.
[65] SOU 2020:80, *Äldreomsorgen under pandemin*, s. 124.
[66] SKR, Prognos av särskilda boenden, Stöd för att prognostisera behov av särskilda boenden för äldre, 2019.
[67] IVO, *Vad har IVO sett 2019?*, 2020.

saknar grundutbildning, att introduktionsutbildningen från arbetsgivaren inte har varit tillräcklig, eller att instruktionen från legitimerad personal har varit bristfällig. Bemanningen kan vara för låg, så att personalen gör lyft och vändningar på egen hand där det egentligen krävs dubbelbemanning (jfr avsnitt 8.3). Vårdplaner och genomförandeplaner kan innehålla bristfälliga beskrivningar av exempelvis den äldres förmåga att göra saker själv, vilka behov av hjälp som hen har, hur hjälpen ska utföras och med hjälp av vilka hjälpmedel.

IVO har noterat att en stor del av bristerna i äldreomsorgen berodde på kompetensbrist. Omsorgspersonal kunde vid IVO:s inspektion berätta att de inte hade den kompetens som krävdes, vårdgivare berättade att de hade problem med att rekrytera legitimerad personal. IVO kunde också se exempel på att hela eller delar av en arbetsgrupp saknade tillräcklig kompetens om demenssjukdom. IVO menade att bristande kunskap och samordning ”bidrar till att utsätta de äldre för allt från otrygghet till missförhållanden och allvarliga vårdskador”. Ett exempel som gavs var att personal inte alltid lade märke till kroppsliga sjukdomar hos en äldre person med demenssjukdom. IVO pekade också på brister i kompetens om exempelvis demens, rehabilitering och palliativ vård och i den språkliga kompetensen.[68]

Bristande tillgång till kontinuerlig utbildning inom vårdhygien- och smittskydd för all vård- och omsorgspersonal är en av de orsaker till smittspridning under coronapandemin som Folkhälsomyndigheten redovisat. I sammanhanget lyfts även bristande uppföljning av vårdhygieniska och smittförebyggande åtgärder och tillgången till medicinsk- vårdhygien- och smittskyddskompetens inom socialtjänstens verksamheter.[69]

Kvalitetsbrister gällande personalens kunskaper i svenska språket har uppmärksammats i flera rapporter på senare tid. En växande andel av personalen inom äldreomsorgen har annat språk än svenska som modersmål. Språk och kommunikation är en förutsättning för en vård och omsorg av god kvalitet.

Utredningen om reglering av yrket undersköterska genomförde en omfattande kartläggning över kunskapsbrister inom vården och omsorgen. Från arbetsgivare framfördes att bristande språkkunskaper bland undersköterskor var ett problem för verksamheten.[70]

[68] SOU 2020:80, *Äldreomsorgen under pandemin*, s. 123.
[69] Folkhälsomyndigheten, *Förslag till åtgärder inom vissa av socialtjänstens verksamheter vid smittspridning av covid-19*, 2020.
[70] SOU 2019:20, *Stärkt kompetens i vård och omsorg*, s. 121.

Även IVO har i sina iakttagelser från 2019 rapporterat om kvalitetsbrister gällande personalens språkliga kompetens.[71]

Coronakommissionen uppmärksammade även det problemet och framförde att kommunerna måste genomföra språkutbildningsinsatser för omsorgspersonal som saknar tillfredsställande språkkunskaper.[72]

Fackförbundet Kommunal har i en rapport redovisat en kartläggning av dagens språkbrister. Kommunal menar att satsning på språkutveckling är nödvändig för att möta framtidens behov av kompetensförsörjning. Förutom språkkompetens framhålls att även en bredare kulturkompetens kommer att krävas av allt fler.[73]

En annan aspekt av språk och kommunikation är när den äldre personen inte har svenska som första språk eller vars använda språk inte är svenska. Det kan exempelvis vara en person som har invandrat till Sverige eller en person som har något av de nationella minoritetsspråken eller teckenspråk som sitt första språk.

Andelen utrikesfödda äldre var år 2018 nästan 13 procent vilket motsvarar 238 000 personer och andelen kommer på sikt att öka. Det innebär att äldreomsorgen kan behöva anpassas med hänsyn till såväl språkskillnader som kulturella skillnader. Äldre personer som har drabbats av stroke eller kognitiv nedsättning kan förlora de språk de har lärt sig i vuxen ålder. För den gruppen blir det särskilt viktigt att få omsorg på sitt modersmål. I de nationella riktlinjerna för vård och omsorg av personer med demenssjukdom konstateras att särskilda behov förknippade med personer av annan kulturell eller språklig bakgrund ska beaktas. Det kan handla om möjligheten att utöva sin religion och bevara sina kulturella sedvänjor. Tillgång till personal som talar samma språk som omsorgstagaren blir i ett sådant sammanhang en viktig resurs.[74]

Förutsättningar för ledarskap inom äldreomsorg

Chefer i äldreomsorgen ansvarar för komplexa verksamheter. De ska se till att den verksamhet de leder följer bestämmelser inom flera olika författningar. De ska också möta de behov och förväntningar

[71] IVO, *Vad har IVO sett 2019?*, 2020.
[72] SOU 2020:80, *Äldreomsorgen under pandemin*, s. 107.
[73] Kommunal, *Svenska språket – A och O inom äldreomsorgen*, 2019.
[74] SOU 2020:70, *Fast omsorgskontakt i hemtjänsten*, s. 77 f.

som kommer från kommunledning, medarbetare, personer som får stöd och hjälp från äldreomsorgen, patienter, anhöriga och allmänhet. Samtidigt har de ofta bristande stödfunktioner och riskerar att bli överbelastade. Inte sällan har de alltför stora personalgrupper, bristande stödfunktioner, hård ekonomisk press och utmaningar med kompetensförsörjning.[75]

Det finns en obalans mellan arbetets krav och resurser. Kostnadseffektiviseringar har bland annat inneburit att chefernas ansvarsområden har utökats över tid och antalet underställda har blivit fler. Personalomsättningen är ofta hög både bland chefer och personal.[76]

Antalet medarbetare per chef kan skilja sig åt mellan olika kommuner och verksamhetsområden, och även mellan olika chefsnivåer.

Att ha ansvar för många underställda medarbetare framstår tydligast som ett problem för enhetschefer inom äldreomsorgen. År 2009 hade enhetschefer i äldreomsorgen i genomsnitt ansvar för 54 medarbetare. År 2015 hade antalet ökat till i genomsnitt 60 medarbetare per chef. År 2021 genomförde Socialstyrelsen en enkät som visade att antal anställda per första linjens chef i särskilt boende i genomsnitt var 50 anställda; 47 anställda per första linjens chefer i offentlig regi och 57 anställda per första linjens chefer i enskild regi. Inom hemtjänsten var det i snitt 42 anställda per första linje chef 38 anställda i offentlig regi och 44 anställda i enskild regi.[77] Vissa chefer har även ansvar för medarbetare på flera arbetsplatser med geografisk spridning.[78]

Flera utredningar och rapporter har konstaterat att chefer i äldreomsorgen i genomsnitt har ett stort antal underställda medarbetare och beskrivit de svårigheter i att utöva ett gott och nära ledaskap detta leder till. Det påtalades t.ex. av Coronakommissionen som ett hinder för ett gott ledarskap inom äldreomsorgen.[79] Fackförbundet Ledarna har pekat på att chefsarbete inom vård och omsorg ofta kännetecknas av ansträngd ekonomi, begränsat organisatoriskt stöd, obalans mellan krav och resurser och för stora arbetsgrupper. Det

[75] Vård- och omsorgsanalys, *Läget för ledarna – Förutsättningar för ledarskapsutveckling i kommunal vård och omsorg*, 2021.
[76] Studieförbundet näringsliv och samhälle (SNS), *Äldreomsorgens ständiga förändringar – om organisation, arbetsmiljö och ledarskap*, 2021.
[77] Socialstyrelsen, *Förutsättningar och stöd för första linjens chefer – Kartläggning av första linjens chefer i äldreomsorgen*, 2021
[78] Vård- och omsorgsanalys, *Läget för ledarna – Förutsättningar för ledarskapsutveckling i kommunal vård och omsorg*, 2021.
[79] SOU 2020:80, *Äldreomsorgen under pandemin*, s. 108 f och 184.

råder olika förutsättningar att verka som chef beroende på arbetsområde. Omfattningen av arbetsuppgifter som ligger utanför deras egentliga uppdrag och yrkesroll är som störst i de sektorer där kvinnor är i majoritet.[80] Man påpekar att situationen var sådan redan innan coronapandemin bröt ut.[81]

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har genomfört intervjuer med enhetschefer i hemtjänsten, de uppgav att de hade ansvar för mellan 20 och 50 personer. Enhetscheferna uttryckte att många medarbetare kan göra det svårare att hinna se och kommunicera med alla och skapa lugn och stabilitet i arbetsgruppen.

Tidigare forskning visar också att ett stort antal underställda medarbetare kan leda till svårigheter för cheferna att leda och samordna arbetet samt återkoppla till medarbetarna, vilket i sin tur kan leda till problem i klimatet på arbetsplatsen. Som en följd ökar risken för hälsoproblem och högre personalomsättning.[82] En nordisk jämförelse visar att i hemtjänsten rapporterar 17 procent av personalen i Sverige att de har möte med chefen minst varje vecka jämfört med mellan 31 och 46 procent i de övriga nordiska länderna. I äldreboenden är kontakten ännu glesare: 12 procent i Sverige och mellan 23 och 35 procent i de andra länderna har möte med chefen minst varje vecka.[83]

Arbetsmiljöproblem

För att uppnå en adekvat och hållbar kompetensförsörjning är det avgörande med en bra arbetsmiljö och goda arbetsvillkor. Såväl forskning som arbetsmiljöverkets tillsyn pekar på omfattande arbetsmiljöproblem i äldreomsorgen. I Arbetsmiljöverkets inspektioner inom äldreomsorgen 2017 till 2019 medförde 87 procent av inspektionerna krav om förbättring.[84] Bristerna handlade bl.a. om att arbetsgivaren inte genomfört riskbedömningar, brister i tillbudsrapportering, snäva och orealistiska tidsramar, bristande utbildning inom ergonomi och anpass-

[80] Ledarna, *Lönlöst att ta ansvar? Personalansvar och lön i kvinnor- och mansdominerade arbetsområden*, 2019.
[81] Ledarna, *Lönlöst att få det att fungera! Illegitima arbetsuppgifter, personalansvar och lön i kvinno- och mansdominerade arbetsområden*, 2020.
[82] Vård- och omsorgsanalys, *Läget för ledarna – Förutsättningar för ledarskapsutveckling i kommunal vård och omsorg*, 2021.
[83] Underlagsrapport till SOU 2020:80, Äldreomsorgen under pandemin, *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboende*, s. 78.
[84] Arbetsmiljöverket, *Projektrapport Äldreomsorgen 2017–2019, 2020*, s. 3.

ning för att uppnå god ergonomi, arbetsplatser som hade en hög sjukfrånvaro och politiker som inte hade tillräckliga kunskaper om arbetsmiljöansvaret.[85]

Arbetsmiljön inom äldreomsorgen kännetecknas till stor del av tillfälliga anställningar och deltidsanställningar samt delade turer. Samtidigt som det för en del är för krävande att arbeta heltid.[86] Anställda med visstidsanställningar kan tänkas få svårt att kräva en god arbetsmiljö.[87]

Att arbeta i äldreomsorgen är ett relationsyrke och därmed är ett handlingsutrymme som faktiskt möjliggör stödjandet av den äldres behov en central arbetsmiljöaspekt. Arbetsmiljön inom äldreomsorgen påverkas negativt av den otillräcklighet en del av personalen känner.[88] En god arbetsmiljö kräver en god omsorgskvalitet och en god omsorgskvalitet kräver en god arbetsmiljö.[89]

Brister i bemanningen inom äldreomsorgen påverkar arbetsmiljön negativt. Antalet dagar med sjukskrivning för undersköterskor och annan personal i äldreomsorgen är nästan dubbelt så hög jämfört med andra yrken.[90]

Den bristande arbetsmiljön med ett litet handlingsutrymme för personalen, hög sjukfrånvaro, otillräcklig bemanning och personal som känner sig otillräcklig försvårar möjligheten till att uppnå en god personkontinuitet. En svag personalkontinuitet påverkar i sin tur kvalitet inom äldreomsorgen och tryggheten för äldre personer.

7.1.8 Uppföljning

En systematisk uppföljning kan tjäna flera olika syften. Uppföljning är avgörande för att veta om insatserna är effektiva och leder till positiva förändringar för den enskilde individen. Uppföljning gör det även möjligt med ett ömsesidigt lärande inom och mellan verksamheter. Det är en förutsättning för strategisk styrning och ledning, på både lokal, regional och nationell nivå. Uppföljning är även en förutsättning för

[85] Arbetsmiljöverket, *Projektrapport Äldreomsorgen 2017–2019, 2020*, s. 4–7.
[86] Szehebely, M, *Omsorgsvardag under skiftande organisatoriska villkor*, 2006, s. 53
[87] Kommunal, *Rätt bemanning – En rapport om kvalitet och bemanning i äldreomsorgen, 2021*, s. 16.
[88] Szehebely, M, *Omsorgsvardag under skiftande organisatoriska villkor*, 2006, s. 53.
[89] Stockholms läns Äldrecentrum, *Tillit och relationer*, 2015, s. 18.
[90] Kommunal, *Rätt bemanning – En rapport om kvalitet och bemanning i äldreomsorgen, 2021*, s. 33

forskning och innovation. Avslutningsvis möjliggör en ändamålsenlig uppföljning transparens och insyn i vården och omsorgen.[91]

Verksamhetsuppföljning

Att kvaliteten i verksamheten enligt 3 kap. 3 § tredje stycket SoL systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras innebär att socialnämnden ska följa upp och utvärdera verksamhetens kvalitet och resultat.[92] Bestämmelsen ställer krav på uppföljning och utvärdering av de insatser som görs. Även om det är någon annan än socialnämnden som ansvarar för utförande av insatsen har nämnden fortfarande ansvar för att den enskilde får den beviljade insatsen och att den är av god kvalitet. Med detta ansvar följer en skyldighet att dokumentera att beslutet har verkställts samt att följa upp det beviljade biståndet.[93]

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ställer krav på att den som bedriver socialtjänst ska planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten med stöd av ett ledningssystem. Det ska göras riskanalyser, egenkontroll och utredning av avvikelser, resultatet av dessa aktiviteter ska leda till att de åtgärder som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet vidtas.

IVO har konstaterat att kommuner brister i systematiskt kvalitetsarbete och uppföljning av den enskildes behov. Kommunerna brister enligt IVO i sitt arbete med riskanalys och menar att det ofta är sammankopplat med bristande uppföljning. Få kommuner har ett fullt ut fungerande systematiskt kvalitetsarbete.[94] IVO har i tillsynen visat att socialtjänsten behöver ta ett större ansvar för att kvalitetsarbetet fungerar. Allvarliga brister i verksamheten tyder inte sällan på en otillräcklig uppföljning eller på att åtgärder som ska förbättra verksamheten genomförs utan att grundorsaken till problemet är klarlagd.[95]

Tillitsdelegationen anger att kommunerna lägger ner mycket tid på att mäta och följa upp. Trots det har verksamheterna själva ofta dålig inblick i hur det faktiskt går för dem. Paradoxen tycks vara att

[91] Vård- och omsorgsanalys, *Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Om uppföljning av resultat ur ett patient- och brukarperspektiv*, 2016.
[92] Prop. 1997/98:113, *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*, s. 93.
[93] Prop. 2005/06:115, *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*, s. 118.
[94] IVO, *Vad har IVO sett 2021?*, 2022.
[95] IVO, *Vad har IVO sett 2018*?, 2019.

det av olika anledningar mäts alltför mycket, samtidigt som det finns områden där det i stor utsträckning saknas kunskap. Det finns en tendens att vilja följa upp mycket och där det sällan ställs frågor av typen ”vem ska använda informationen och till vad?”, ”är informationen relevant och mäter den det den är avsedd att mäta?”, samt ”motsvarar verkligen mätningens slutgiltiga användbarhet den kostnad och administration den medför?”[96]

Få kommuner använder resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling inom äldreomsorgen, 7 procent i ordinärt boende och 6 procent i särskilt boende. Äldreomsorgen är det område inom socialtjänsten som i lägst utsträckning använder resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling.[97] Den uppföljning som görs är framför allt inriktad på kostnader och statistikuppgifter för socialtjänstens verksamheter, t.ex. antal äldre med plats på särskilt boende.[98]

Uppföljning på individnivå

Genom individuell uppföljning följer socialtjänsten upp att den enskilde har fått de insatser som är beslutade och resultatet av insatserna. De resultat som följs upp bör bl.a. återspegla den enskildes behov, preferenser och värderingar.[99] Endast ett fåtal kommuner följer upp resultatet av de insatser som ges.[100] I en rapport utförd inom den nationella studien SNAC (Swedish National Study on Ageing and Care) redovisas en undersökning om vad som händer från ansökan till utförande av insatser sett ur den äldre personens eget perspektiv. I rapporten visas att verkligheten är betydligt mer komplex och motsägelsefull än den formella processen steg för steg via ansökan, utredning, bedömning, beslut och utförande av insatser. Undersökningen bygger på intervjuer både med pensionärer och med vårdbiträden.

Den äldre själv hade ofta en ganska diffus uppfattning av om hen ansökt om insatser. Beslutet innebar inte heller en garanti för att överensstämmelsen mellan beslutet och utförda insatser blev god.

[96] IVO, *Vad har IVO sett 2018?*, 2019.
[97] Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser 2018 – Vård och omsorg om äldre*, 2019.
[98] SOU 2020:47, *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag*, s. 503.
[99] Vård- och omsorgsanalys, *Missar vi målen med missbruks och beroendevården? – Om uppföljning av resultat ur ett patient- och brukarperspektiv*, 2016.
[100] SOU 2020:47, *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag*, s. 503.

Biståndshandläggarens information om vilken hjälp den äldre kunde få riskerade att bli styrande för vad den enskilde ansökte om. Den enskildes önskemål nådde därmed inte ens fram till ansökan. Var annan person uppfattade inte att de sökt om något utan menade att de blivit tilldelade hjälp. Andra fick inte hjälp med det de ansökte om och åter andra fick mycket mer hjälp än de tyckte att de behöver.

Cirka var fjärde äldre i undersökningen menade att de beslutade insatserna stämde överens med vad som utfördes. En femtedel av de intervjuade menade att de regelbundet fick insatser utförda som de inte blivit beviljade. Fler än var tredje menade att beviljade insatser inte utfördes. Några fick helt andra insatser än de som beviljats. Av intervjuerna med vårdbiträdena framkom att de ansåg att de beslutade insatserna delvis stämde överens med de äldres behov. De utförde även en del insatser som inte var beställda men som de ansåg att de äldre behövde. De såg även behov hos enskilda äldre som de äldre inte ville ansöka om hjälp för. Vårdbiträdet ansåg i ett fall att den beställda insatsen inte alls motsvarade den enskildes behov och den enskilde tog inte heller emot hjälpen. I några fall kände vårdbiträdena inte till vilka insatser den äldre blivit beviljad. De äldre var mer nöjda i de fall då det var liten överensstämmelse mellan de beslutade insatserna och de som i realiteten utförts. I rapporten tolkas det som att ju mer lyhörd vårdbiträdet är för den enskildes önskemål desto nöjdare blir den som får hjälpen. Det omvända gäller också. Ju mer troget vårdbiträdet är mot de beslutade insatserna desto mindre nöjd blir den som får hjälpen.[101]

Sammantaget visar de här återgivna rapporterna om kommunernas uppföljning att uppföljning är ett område som brister och behöver stärkas.

7.2 Det behövs förtydligad lagreglering av äldreomsorgens uppdrag och innehåll

Utredningens bedömning: Strukturella brister i organisering och utförande av äldreomsorgen och därav följande brister i kvalitet har sedan lång tid tillbaka identifierats. Innehåll och uppdrag uppfattas som otydligt och det finns alltför stora skillnader mellan kommunerna, vilket innebär bristande likvärdighet.

[101] Stockholms läns Äldrecentrum, *Från ord till handling*, 2010.

Trots att bristerna är väl kända och dokumenterade, och trots en rad olika satsningar, så kvarstår omfattande brister i kvalitet och tillgång till äldreomsorg av likvärdigt god kvalitet. Det behövs ett tydligare gemensamt ramverk för styrning och uppföljning av äldreomsorgen och gällande författningsreglering kring äldreomsorgen behöver förtydligas.

Skäl för utredningens bedömning

Strukturella brister i organisering och utförande av äldreomsorgen och därav följande brister i kvalitet har sedan lång tid tillbaka identifierats (se avsnitt 7.1). Det gäller bl.a. att uppdraget och dess innehåll uppfattas som otydligt, vilket resulterar i stora skillnader mellan kommunerna i vad man tillhandhåller för stöd och hur. Vidare står det klart att den enskildes behov inte alltid i tillräcklig utsträckning är utgångspunkten för socialtjänstens bedömning av ansökningar och vilka insatser som beviljas. Liksom att det finns stora problem med samverkan och samordning inom olika delar av äldreomsorgen och andra delar av socialtjänsten som t.ex. socialpsykiatri och stöd vid missbruk och våldsutsatthet samt mellan t.ex. äldreomsorg och hälso- och sjukvård. Denna bristande samordning får ofta stora negativa konsekvenser såväl för den enskilde som för personer som vårdar och eller stöder äldre personer. Bristande stöd till anhöriga som vårdar och eller stöder äldre personer är i sig också en utmaning.

Likaså har ett flertal rapporter och studier visat på brister i kontinuitet samt problem med att säkerställa en adekvat bemannad och kompetenssatt äldreomsorg. Samt återkommande problem med första linjens chefer som har omfattande ansvarsområden och alltför stora personalgrupper och för lite stöd för att kunna utföra sina uppgifter på ett tillfredställande sätt. Utöver bristande kvalitet i insatser till de personer som får äldreomsorg speglas dessa brister också i omfattande arbetsmiljöproblem på många håll i äldreomsorgen. Äldreomsorgen är en bransch med mycket höga sjukskrivningstal jämfört med övriga arbetsmarknaden.

Sammantaget konstaterar utredningen att trots att ovan redovisade brister är väl kända och dokumenterade, och trots en rad olika satsningar på såväl nationell som lokal nivå, så kvarstår det omfattande brister inom de redovisade områdena. Det är fortsatt bristande lik-

värdighet i tillgång till insatser, och kvaliteten i insatserna och en otydlighet om vad man som enskild kan förvänta sig kvarstår. Tillsynsmyndigheten saknar i viss mån också stöd för att styra mot en mer likvärdigt god kvalitet i äldreomsorgen.

Mot bakgrund av ovan så bedömer utredningen att det finns behov av att förtydliga gällande författningsreglering kring äldreomsorgen. Det behövs ett tydligare gemensamt ramverk för styrning och uppföljning av äldreomsorgen. Förtydligande i författning gällande äldreomsorgens uppdrag och innehåll förväntas ge en mer ändamålsenlig vägledning om kvalitet, och utgöra en fundamental grundsten för en nödvändig utvecklingsresa när det gäller kvaliteten inom äldreomsorgen.

7.3 En särskild lag om äldreomsorg

7.3.1 Det behövs en särskild lag

Utredningens förslag: För att förtydliga äldreomsorgens uppdrag och innehåll samt skapa förutsättningar för en nationellt mer likvärdigt god kvalitet ska det införas en särskild lag om äldreomsorg som ska komplettera socialtjänstlagen.

Skäl för utredningens förslag

En förtydligad författningsreglering kring äldreomsorgens uppdrag och innehåll kan göras såväl genom ändringar i befintlig socialtjänstlag som genom utveckling av en ny lag. Utredningen föreslår en särskild lag om äldreomsorg. I en lag för äldreomsorgen kan nya mål formuleras för att styra utvecklingen av kvaliteten i äldreomsorgen. En lag innebär även en långsiktighet i styrningen, något som vi bedömer behövs för att utveckla kvaliteten eftersom många brister kan kopplas till strukturella skillnader. En lag är också tydlig både för verksamheter, huvudmän och för invånare, till skillnad från styrning genom överenskommelse eller statsbidrag. En förtydligad lagstiftning ger vidare tillsynsmyndigheten en tydligare utgångspunkt för tillsynen. Nedan utvecklas de huvudsakliga skälen till detta förslag. Eftersom vi har ett uttalat uppdrag att ta fram ett förslag på äldreomsorgslag har vi inte gjort en fullständig utredning av alter-

nativet med att föra in motsvarande förtydliganden i ett eget kapitel i socialtjänstlagen, förkortad SoL. Som vi beskriver nedan finns det dock inga formella hinder för det.

Tydligare uppdrag och innehåll för äldreomsorgen

Det är av vikt att under hela livet kunna känna förtroende och trygghet i att kunna förutse vilket stöd och hjälp från äldreomsorgen man kan förvänta sig när behov uppkommer, till sig själv eller till sina närstående. Genom att samla bestämmelser om äldreomsorg i en särskild lag skapas en tydligare överblick av den lagstiftning som specifikt gäller äldreomsorgen. Det blir tydligare såväl för huvudmän, utförare och medarbete i äldreomsorgen som för allmänheten. En särskild lag bidrar även till att kommunernas ansvar för äldreomsorgen synlig- och tydliggörs. Den ökade tydlighet, och därmed förutsägbarhet, som en särskild lag förväntas medföra kan vidare bidra till att öka allmänhetens förståelse för socialtjänstens arbete inom detta område och därmed öka förtroendet för detsamma.

Socialtjänstlagens mål- och ramlagskonstruktion innebär att lagstiftningen innehåller en mindre grad av reglering av innehållet i äldreomsorgen när det gäller äldre personers rättigheter, socialtjänstens arbete och förutsättningarna för stöd och hjälp i den dagliga livsföringen. Socialtjänstlagen riktar sig dessutom till alla socialtjänstens målgrupper och de bestämmelser som regleras där är allmänt hållna, endast ett fåtal bestämmelser riktar sig direkt till äldreomsorgen. Detta har bidragit till att äldreomsorgens uppdrag och innehåll har uppfattats som otydligt. För allmänheten som har behov av stöd och hjälp i den dagliga livsföringen kan det leda till att det är svårt att förutse vilka förväntningar man kan ha på äldreomsorgen.

Det är inte enbart för allmänheten som uppdraget är otydligt. Som redovisats i avsnitt 7.1.1. uppfattar även anställda inom äldreomsorgen att deras uppdrag är otydligt, vilket bidrar till stora nationella skillnader inom äldreomsorgen. När normeringen på området kan rikta sig närmare verksamheten kan den utformas tydligare, därmed kan även förutsättningarna för en nationell likvärdighet öka.

En tydligare reglering, som riktar sig till äldreomsorgen, innebär att uppdraget för de anställda blir tydligare. En del av tillitsbaserad styrning är att personalen har ett tydligt mandat för att ha möjlighet

att möta behov och önskemål hos den enskilde. Med stöd av uppdraget, som ges i lag, kan även chefers och medarbetares professionella utveckling främjas.

Lagen ger också en långsiktighet i styrning, som är en förutsättning för att med stöd av lagen, utveckla organisationskultur som t.ex. främjar delaktighet, dialog och personcentrering.

Det finns inga formella hinder för att föra in fler bestämmelser som gäller särskilt för äldreomsorgen i socialtjänstlagen. Genom att införa en särskild lag kan dock regleringen bli tydligare utformad utan att socialtjänstlagens generella mål- och ramlagskaraktär behöver förändras. I en särskild äldreomsorglag kan mer specifika mål anges och äldreomsorgens uppdrag och innehåll förtydligas genom bestämmelser som specifikt riktar sig till äldreomsorgen. Områden som redan är reglerade på en mer övergripande nivå i socialtjänstlagen kan utvecklas och förtydligas i förhållande till äldreomsorgens särskilda uppdrag och förutsättningar. När bestämmelserna inte behöver anpassas till att få giltighet för hela socialtjänsten kan de utformas på ett sätt som är mer ändamålsenligt för äldreomsorgen.

Genom en ökad tydlighet i lagstiftningen kring uppdrag och innehåll så begränsas tolkningsutrymmet för huvudmännen, kommunerna, när det gäller deras ansvar för äldreomsorgen. Likaså för utförare av äldreomsorg. Detta förväntas leda till en större likvärdighet i tillgång till äldreomsorg över landet, samt till insatser av mer jämlik, god kvalitet. Den särskilda lagen blir ett verktyg både för att styra och för att stödja kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen.

Det innebär dock inte att utbudet av insatser behöver se likadant ut över landet. Förutsättningarna kan skifta i olika kommuner, insatser och deras utformning utvecklas över tid i kommunerna. Behoven av insatser varierar också stort mellan individer. Liksom personer i andra faser i livet är äldre personer individer med egna specifika resurser, erfarenheter och preferenser. Vården och omsorgen behöver därför vara personcentrerad. En äldreomsorgslag kan förtydliga vad det innebär inom äldreomsorgen.

De utvecklade bestämmelser om äldreomsorgen som föreslås i detta betänkande skulle också utgöra ett förtydligat underlag för IVO när det gäller tillståndsgivning och tillsyn inom äldreomsorgens område. Även detta förväntas bidra till en ökad likvärdighet i utformning av äldreomsorg och till mer likvärdig, god kvalitet.

Utgångspunkt för en nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorg

Ett förtydligat uppdrag och innehåll för äldreomsorgen utgör vidare en central utgångspunkt för den ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen som vi har i uppdrag att föreslå en ordning för (se avsnitt 2.1.1 och 7.3.18). I utredningens förslag samverkar socialtjänstlagen, den föreslagna äldreomsorgslagen och den föreslagna ordningen för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen, förkortad NOK, och bildar tillsammans en helhet för att styra och stödja utvecklingen av äldreomsorgen. Genom att införa en normering i en särskild lag som därefter ytterligare konkretiseras i en förordning om en NOK[102] kan regleringen bli tydligare utformad utan att socialtjänstlagens generella mål- och ramlagskaraktär behöver förändras.

Socialtjänstlagens bestämmelser är som tidigare angetts allmänt hållna för att kunna passa hela socialtjänstens område. I den föreslagna äldreomsorgslagen är bestämmelserna anpassade för äldreomsorgens specifika behov och på så sätt utgör den en bättre utgångspunkt för den NOK som föreslås gälla för äldreomsorgen.

Äldreomsorgslagens bestämmelser ska komplettera SoL och lagen ska i sin tur kompletteras av bestämmelser i en förordning om NOK som på ett mer konkret sätt reglerar hur lagstiftningens bestämmelser ska uppfyllas. De bestämmelser vi föreslår i äldreomsorgslagen är därför till största del av mål- och ramlagskaraktär och inte så detaljerade om hur man ska gå till väga. Samtidigt är de anpassade för att vara mer ändamålsenliga för äldreomsorgen (se vidare om NOK i avsnitt 7.3.18 och 7.4).

Borde en äldreomsorgslag även reglera hälso- och sjukvård för äldre?

Frågan om särlagstiftning för äldreomsorgen har diskuterats tidigare men inte lett till någon sådan lagstiftning. Diskussionerna om särlagstiftning inom äldreområdet har dock inte enbart avsett insatser inom socialtjänstens äldreomsorg, de har ofta utgått från problemen med uppdelningen av vård och omsorg för äldre personer på lagar för socialtjänsten respektive hälso- och sjukvården. Bakgrunden har utgjorts av bristande samverkan och samordning mellan socialtjänst

[102] Vi föreslår att den ska regleras i förordning (se vidare avsnitt 7.3.18).

och hälso- och sjukvård, även efter genomförandet av Ädelreformen.[103] Även i en del av våra dialoger har det framförts att en äldreomsorgslag även bör omfatta hälso- och sjukvård. Det har dock även framförts risker med en sådan ordning, som t.ex. att hälso- och sjukvård till äldre skulle riskera att uppfattas som något annat än hälso- och sjukvård till övriga befolkningen, den hälso- och sjukvård som skulle erbjudas äldre skulle riskera att bli av mindre omfattning och kvalitet.

Vårt direktiv är tydligt med att vi ska ta fram förslag på en äldreomsorgslag som kompletterar SoL. Utöver det uppdraget har vi också uppdrag att utreda och överväga hur den medicinska kompetensen kan stärkas i kommuner och tillgången till god hälso- och sjukvård säkras. Direktiven är dock tydliga med att nödvändiga författningsförslag kopplat till detta ska lämnas inom ramen för hälso- och sjukvårdslagstiftningen (vi redovisar våra förslag i denna del i kapitel 8).

Vi har alltså inte ett uppdrag att överväga att sammanföra socialtjänstlagstiftning och hälso- och sjukvårdslagstiftning i en separat lag för äldre personer. I likhet med tidigare utredningar som analyserat frågan bedömer vi att en sådant uppdrag är mycket komplext och skulle innebära ett ännu mer omfattande utredningsuppdrag än vårt. En sådan utredning behöver också utgå från en samlad översyn av hälso- och sjukvårdslagstiftningen och det samlade behovet av hälso- och sjukvård.

7.3.2 Lagens tillämpningsområde beskriver vad som utgör äldreomsorg

Utredningens förslag: Äldreomsorgslagen ska tillämpas i socialnämndens verksamhet som avser stöd och hjälp i den dagliga livsföringen på grund av nedsatt funktionsförmåga som förvärvats eller kvarstår i samband med åldrande för personer som fyllt 65 år (äldreomsorg).

Lagen gäller även personer som inte fyllt 65 år, när insatser inom äldreomsorgen är ändamålsenligt med hänsyn till personens behov av stöd och hjälp.

Lagen innehåller även bestämmelser om socialnämndens ansvar för stöd och information till anhöriga och andra närstående till personer som omfattas av denna lag.

[103] SOU 1999:97, *Socialtjänst i utveckling*, s. 231 f.

Lagens 1–3, 5, 14–16, 18, 20–22 och 28 §§ gäller även den som genom avtal utför kommunens uppgifter inom äldreomsorgen.

Skäl för utredningens förslag

Vi föreslår att begreppet äldreomsorg och lagens tillämpningsområde beskrivs i en särskild bestämmelse. I vårt förslag omfattar lagen socialnämndens verksamhet som avser stöd och hjälp i den dagliga livsföringen som personer som fyllt 65 år har behov av till följd av sådan nedsatt funktionsförmåga som har förvärvats i samband med åldrande.

För att kunna ta fram en ändamålsenlig beskrivning av vad äldreomsorg är och vilka som omfattas av förslaget till äldreomsorgslag behöver fokus och tonvikt ligga på det behov av stöd och hjälp som personer har från socialtjänsten i form av äldreomsorg, snarare än den kronologiska åldern. Därför föreslår vi att lagen även får tillämpas vid stöd och hjälp som personer som inte fyllt 65 år har och att lagen inte ska innebära några hinder för att de ska kunna få insatser som inrättats inom äldreomsorgens verksamhet. Våra skäl till detta utvecklas i det följande.

Tillämpningsområdet definierar äldreomsorg i äldreomsorgslagen

Utredningen har enligt direktiven i uppdrag att definiera begreppet äldreomsorg och vilka som omfattas av den föreslagna lagen. Det kan göras på olika sätt. Utredningen har övervägt två huvudsakliga alternativ. Att införa en s.k. legaldefinition av äldreomsorg i lagen eller att i en bestämmelse om lagens tillämpningsområde avgränsa vad som är äldreomsorg i den föreslagna lagens mening.

Med en legaldefinition förklaras och bestäms vad som avses med en term, i vårt fall äldreomsorg, i aktuell lag. Legaldefinitionen kan sägas förklara termens innebörd och innehåll. En legaldefinition används i allmänhet när ett tillämpningsområde för viss lagtext eller andra regler behöver avgränsas. Termen som representerar legaldefinitionen används även ofta i den aktuella författningen på ett sätt som i någon utsträckning avviker från hur begreppet förstås och används i allmänt eller fackmässigt språkbruk.

Ett sätt att beskriva vad som är äldreomsorg är att i en legaldefinition bestämma vid vilken ålder en person är att betrakta som äldre och därmed möjlig mottagare av äldreomsorg. En sådan lösning kan medföra en risk för att tillräcklig hänsyn inte tas till variationer av när behov av äldreomsorg kan uppkomma hos olika personer. För att inte riskera att utesluta personer som kan vara i behov av äldreomsorg skulle dock en åldersgräns i en legaldefinition behöva sättas relativt lågt i förhållande till vid vilken ålder behov av äldreomsorg i praktiken uppkommer.

Att i en legaldefinition direkt eller indirekt ange att personer över en viss ålder ska anses omfattas av begreppet äldre kan riskera att befästa ett redan existerande ålderistiskt synsätt. Det kan ses som ett stereotypt sätt att skriva in personer – varav den absoluta majoriteten har många friska år kvar och därför varken identifierar sig som äldre eller i behov av äldreomsorg – i en påtvingad grupptillhörighet. Detta argument mot att ange en kronologisk ålder i en definition av äldre eller äldreomsorg har framförts till utredningen i våra dialoger med experter och referensgrupper.

Ett alternativ till en uttrycklig legaldefinition är att i en bestämmelse om lagens tillämpningsområde avgränsa vad som är äldreomsorg i den föreslagna lagens mening. En sådan lösning innebär att begreppen äldre och äldreomsorg inte blir fast definierade termer som förklarar vad äldre respektive äldreomsorg är. Lagen definierar då inte vem som ska betraktas som äldre utan vem som omfattas av lagens bestämmelser om äldreomsorg.

Att i tillämpningsområdet ange vad och vilka som omfattas av lagen behöver inte innebära någon skillnad i sak jämfört med en legaldefinition. Genom att i tillämpningsområdet ange vad som är äldreomsorg och vilka personer som kan omfattas av den tydliggörs ett perspektiv som lägger tyngdpunkten på kommunernas uppdrag att tillhandahålla äldreomsorg och när man kan förvänta sig omfattas av detta ansvar.

Vår avsikt är inte att peka ut alla över en viss ålder som äldre eller mottagare av äldreomsorg. Avsikten är att tillämpningsområdet ska vara generöst beskrivet för att kunna tillämpas utifrån individens behov. Med en sådan lösning blir det även mer naturligt att inkludera yngre personer med funktionsnedsättningar som har behov av insatser inom äldreomsorgen.

Att tydliggöra vilka som omfattas av lagen och i vilka situationer genom att ange när lagen ska tillämpas kan också vara tydligare och lättare att förstå än innebörden av en legaldefinition för de personer som lagen gäller och därmed bidra till att göra det tydligare för den enskilde när man kan förvänta sig stöd från äldreomsorgen.

Genom att beskriva tillämpningsområdet för vår äldreomsorgslag samt utforma bestämmelserna i äldreomsorgslagen och i NOK på ett mer konkret sätt än i socialtjänstlagen skapar våra förslag sammantaget en ökad tydlighet om vad som är äldreomsorg och vad man kan förvänta sig av den (se vidare i avsnittet 7.3.1).

Vem omfattas av lagen

För att kunna beskriva lagens tillämpningsområde behöver vi alltså beskriva vem som ska kunna få äldreomsorg enligt lagen. Vi föreslår att lagen ska tillämpas vid socialnämndens verksamhet som avser stöd och hjälp i den dagliga livsföringen som personer som fyllt 65 år har behov av till följd av nedsatt funktionsförmåga som har förvärvats eller kvarstår i samband med åldrande. Denna beskrivning av tillämpningsområdet syftar till att beskriva äldreomsorgens verksamhet genom att ringa in dels vilka personer som omfattas av den, dels vilket stöd som innefattas i äldreomsorgen.

Målgruppen för äldreomsorgslagen behöver avgränsas i förhållande till de som har behov av insatser från socialtjänsten av andra skäl än de som uppkommer i och med åldrande. Samtidigt, finns det stora variationer och olikheter när det gäller funktionsförmåga och livsvillkor i vardagen för äldre personer. Att beskriva tillämpningsområdet utan någon referens till kronologisk ålder bedömer utredningen som en mycket svårframkomlig väg. Det skulle förutsätta att man avgränsar målgruppen för lagen genom andra attribut, exempelvis vilka behov eller insatser som ska inkluderas i äldreomsorgen. Det skulle skapa en risk för otydlighet och att beskrivningarna av attributen inte skulle inkludera alla som bör inkluderas.

Det har, som beskrivits i kapitel 5, under lång tid funnits en vedertagen norm att man i praktiken anses innefattas i målgruppen för kommunernas äldreomsorg när man fyllt 65 år. Detta avspeglas även i statistik och forskning om äldreomsorg. I många sammanhang där äldre beskrivs avses personer över 65 år och detta kan förklaras

med att det är den ålder då många lämnar arbetslivet för att gå i pension. I förarbetena till 1980 års socialtjänstlag har man t.ex. ofta utgått från pensionsåldern i sina resonemang om äldre som målgrupp för äldreomsorgen.[104] Normen för att ta ut pension i Sverige har länge varit 65 år, även om det finns många personer som tar ut pension tidigare eller senare än så. En ökad förväntad medellivslängd har lett till att bestämmelserna om pensionsåldern anpassats till detta och åldersgränserna kommer succesivt att flyttas uppåt i åldrarna genom införandet av en så kallad riktålder. De pensionsrelaterade åldersgränserna i pensionssystemet och i angränsande trygghetssystem ska höjas med ett år 2023. Från och med 2026 ska dessa åldersgränser knytas till riktåldern för pension som anges i socialförsäkringsbalken.[105]

Ett alternativ till att införa en kronologisk gräns på 65 år i lagen som utredningen har övervägt är att koppla åldersgränsen till riktåldern för pension och därmed följa den anpassning till ökad medellivslängd som görs i pensionssystemet. Den vedertagna normen att personer över 65 år räknas som äldre har utgått från vid vilken ålder man inte förväntas försörja sig själv genom arbete, inte vid vilken ålder man har behov av stöd och hjälp i den dagliga livsföringen på grund av nedsatt funktionsförmåga i samband med åldrande. Enligt utredningens mening bör det snarare betonas vilka behov av stöd och hjälp en person har.

Den 31 oktober 2021 hade personer i den yngsta av äldreomsorgens åldersgrupper, 65–69 år, 4 procent av kvinnorna och 4 procent av männen någon insats under året. Det är för de allra flesta först senare i livet som behoven av insatser från äldreomsorgen ökar. I åldersgruppen 80–84 år hade vid samma tid 29 procent av kvinnorna och 19 procent av männen någon insats. I gruppen 85–89 år var motsvarande siffror 55 procent för kvinnor och 36 procent för män och i gruppen 90–94 år, 77 procent för kvinnor och 59 för män. Inom den äldsta åldersgruppen, 95 år och äldre, hade 86 procent av kvinnorna och 75 procent av männen någon insats.[106] Trots detta kan inte en åldersgräns sättas för högt för när äldreomsorgslagen ska vara

[104] Se t. ex. prop. 1979/80:1 Del A, *Om socialtjänst,* s. 260 f.
[105] Prop. 2021/22:181, *Justerade åldersgränser i pensionssystemet och i kringliggande system* s. 1; 2021/22:SfU25, Rskr 2021/22:331 och 2 kap. 10 a–10 d §§ socialförsäkringsbalken (2010:110), SFB.
[106] Socialstyrelsen, *Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2021*, 2022.

tillämplig. Det finns de som redan vid 65 års ålder, och även tidigare, har behov av insatser inom äldreomsorgen.

Det kan finnas en risk för att en kronologisk åldersgräns skulle kunna uppfattas som diskriminerande. Vi föreslår bestämmelser som t.ex. innebär tydligare krav på kvalitet och den enskildes delaktighet och inflytande över sin omsorg. Det kan innebära att det skulle kunna ses som en fördel att omfattas av lagens bestämmelser. Förbudet mot diskriminering på grund av ålder regleras i diskrimineringslagen (2008:567) och omfattar bland annat socialtjänsten. På socialtjänstområdet är det – liksom på hälso- och sjukvårdens område – den enskildes behov som ska styra insatserna. Vid utarbetandet av nya lagförslag som föreskriver åldersgränser ska det beaktas att syftet med åldersgränsen ska vara berättigat och att åldersgränsen i sig ska vara lämplig och nödvändig för att nå syftet.[107]

Enligt utredningens bedömning måste hänsynstagandet till ålder i en äldreomsorgslag anses berättigat. Behov av skydd, stöd och omsorg från socialtjänsten skiljer sig åt beroende på vilken ålder man befinner sig i. De behov lagen syftar till att tillgodose har samband med åldrande. Specifika regler utifrån ålder finns även för socialtjänstens ansvar och arbete för barn och unga. Även om behoven av äldreomsorg inte är så stora i åldersgruppen 65–80 år bör en lägsta ålder inte sättas för högt, för att inte bli diskriminerande och utesluta personer som har behov av insatser i samband med åldrande.

Sammantaget gör utredningen bedömningen att det saknas skäl att i äldreomsorgslagen ändra den åldersgräns som under lång tid varit dominerande som norm. Det vill säga 65 år som är, och under långt tid varit, den ålder som man i praktiken innefattas i målgruppen för kommunernas äldreomsorg och den åldersgrupp som vanligtvis räknas in i den statistik och forskning som förs om äldre och äldreomsorg (se vidare kapitel 5).

Vilket stöd innefattas i äldreomsorgen

Den kronologiska åldern säger dock inte så mycket om vilka omsorgsbehov en person kan ha. Den stora majoriteten i åldersgruppen 65–80 år har som nämnts inte behov av äldreomsorg. Vidare finns personer som fötts med nedsatt funktionsförmåga eller förvärvat den i unga år och till

[107] Prop. 2011/12:159, *Ett utvidgat skydd mot åldersdiskriminering*, s. 34.

följd av detta varit i behov av stöd från socialtjänsten som kompensation för detta under en längre tid och senare i livet, i stället eller även, kan ha behov av äldreomsorg.

Vi anser att tillämpningsområdet i äldreomsorgslagen, utöver att ange en kronologisk ålder, behöver avgränsa området för äldreomsorg i förhållande till socialnämndens ansvar enligt socialtjänstlagen på andra områden. Personer som fyllt 65 år kan ha behov av andra insatser enligt socialtjänstlagen än de som omfattas av äldreomsorgslagen som t.ex. ekonomiskt bistånd eller stöd och hjälp vid våldsutsatthet. Därför föreslår vi att lagen ska omfatta sådant stöd och hjälp i den dagliga livsföringen som personer har behov av till följd av nedsatt funktionsförmåga som har förvärvats eller kvarstår i samband med åldrande.

Med formuleringen att behoven av stöd och hjälp är en följd av nedsatt funktionsförmåga som har förvärvats eller kvarstår ”*i samband med*” åldrande menar vi inte att behoven behöver *bero på* åldrande. Med nedsatt funktionsförmåga avser vi nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga, i enlighet med Socialstyrelsens definition i termbanken.[108] Behovet av stöd och hjälp behöver inte heller vara livsvarigt. Med vårt förslag på formulering av tillämpningsområdet omfattas även en person som är över 65 år och efter en olycka är i behov av hemtjänstinsatser under en tid med rehabilitering.

Utredningen har övervägt att avgränsa äldreomsorgslagens tillämpningsområde till att enbart gälla vid sådana sjukdomar eller funktionsnedsättningar som vanligtvis uppkommer eller har förvärvats i samband med åldrande, men funnit att det inte är en ändamålsenlig lösning. Det är svårt att tillräckligt entydigt definiera vad det rör sig om för sjukdomar och funktionsnedsättningar. Förändringar över tid vad gäller förbättrad folkhälsa och medicinsk utveckling kan också innebära att vilka sjukdomar och funktionsnedsättningar som vanligtvis uppkommer eller förvärvas i samband med åldrande kommer att förändras. Det finns ett antal sjukdomar som man har större risk att drabbas av vid högre ålder som t.ex. demens-, cancer- eller hjärt- och kärlsjukdom, men redan i 50-årsåldern ökar risken för cancer- eller hjärt- och kärlsjukdom, dvs. de kan sägas ha ett samband med åldrande. Även yngre personer kan drabbas av sådana sjukdomar och äldre kan drabbas av sjukdomar som typiskt sett räknas som barnsjukdomar. Vi bedömer därför att det finns risk för tolkningsproblem

[108] Socialstyrelsen, *Socialstyrelsens termbank*.

med en sådan otydlig avgränsning för äldreomsorgen och lagens tillämpning. Det kan vara svårt för dem som ansvarar för och arbetar i äldreomsorgen att entydigt och korrekt avgöra vilka funktionsnedsättningar som vanligtvis uppkommer i samband med åldrande. Det ligger i vårt uppdrag att bidra till en ökad nationell likvärdighet inom äldreomsorgen. Regelverket behöver då vara så tydligt som möjligt för att undvika att det tolkas och tillämpas på olika sätt i olika kommuner på grund av otydliga avgränsningar för vad som ryms inom äldreomsorgen.

Personer som inte fyllt 65 år med behov av stöd inom äldreomsorg

Utredningen föreslår att lagen även ska tillämpas vid stöd och hjälp i den dagliga livsföringen till personer som inte fyllt 65 år, om insatser inom äldreomsorgen är ändamålsenligt med hänsyn till personens behov av stöd och hjälp. Många av insatserna för den dagliga livsföringen är av samma karaktär oberoende av vid vilken ålder behoven uppkommit. Det kan t.ex. handla om hemtjänst, aktiviteter och särskilda boendeformer. Vissa insatser är dock utformade på olika sätt beroende på orsaken till att en person behöver stöd och hjälp i den dagliga livsföringen. Det kan bero på att utformningen av insatsen tar hänsyn till i vilken ålder man förvärvar eller lever med en funktionsnedsättning, som till exempel om man är i en ålder då man skaffar familj, utbildar sig och är yrkesverksam eller deltar i daglig verksamhet. Om man är i en fas i livet när detta inte längre är aktuellt kan behoven av stöd och hur de är utformade från socialtjänsten vara annorlunda.

En farhåga som lyfts fram i våra dialoger är att en kronologisk åldersgräns för att omfattas av lagens tillämpningsområde riskerar utesluta yngre personer med funktionsnedsättningar som kan ha behov av insatser av den karaktär som vanligen ges inom äldreomsorgen. I och med en positiv utveckling där personer med funktionsnedsättningar fått en längre medellivslängd ökar även risken för dem att drabbas av åldrandets sjukdomar. En person som har stöd enligt SoL eller LSS på grund av en funktionsnedsättning kan, innan 65-årsdagen, få behov av insatser som är utformade för att möta behov som ryms inom äldreomsorgen. Detsamma gäller om en person som inte fyllt 65 år förvärvar en funktionsnedsättning på grund av sjukdom

eller skada, som till exempel efter en stroke eller en demenssjukdom. De kan då ha behov av insatser som är särskilt anpassade för personer som t.ex. haft en stroke eller med demenssjukdom. Utrymme måste då enligt utredningens bedömning finnas i lagstiftningen för att välja den lösning som är mest ändamålsenlig för att den enskilde ska få det stöd och den hjälp som är lämpligast utifrån den enskildes behov, oavsett från vilken lagstiftning den beviljas och styrs utifrån. Det gäller också oavsett hur man organiserat stöd till äldre eller personer med funktionsnedsättning i kommunen under olika nämnder eller enheter. Det bör dock framhållas att man trots det även kan ha insatser enligt LSS, t.ex. personlig assistans (se avsnitt 7.3.3).

Enligt vår bedömning är det inte möjligt att avgränsa äldreomsorgen utifrån hur man organiserat den verksamheten i nämnder eller enheter. Det beror på att kommunerna har frihet att själva välja hur de organiserar äldreomsorgen och att det ser olika ut hur man gjort detta i olika kommuner. Det finns t.ex. kommuner som har äldreomsorg och stöd till yngre personer i samma nämnd.

Enligt utredningens uppfattning bör personer med stöd och hjälp i samma verksamhet omfattas av samma bestämmelser och samma kvalitet på omsorgen. Dvs. de personer som har plats i en och samma verksamhet, som t.ex. ett särskilt boende eller en dagverksamhet för personer med demens, bör omfattas av samma bestämmelser och kvalitet i omsorgen, oavsett ålder. Det blir därmed verksamhetens inriktning som blir avgörande för om den ska anses höra till äldreomsorg och lagens tillämpning.

Det är som tidigare nämnts inte möjligt att tydligt avgränsa vilka funktionsnedsättingar eller insatser som skulle höra till området äldreomsorg. Det behöver göras individuella bedömningar i det enskilda fallet. Det är den enskildes behov och önskemål om en viss insats som måste vara utgångspunkten. Även här, liksom i övriga socialtjänsten, gäller dock att det inte finns en obegränsad rätt för den enskilde att välja insatser. En sammanvägning av den önskade insatsens lämplighet, kostnaderna för insatsen i jämförelse med andra insatser samt den enskildes önskemål måste göras vid bedömningen av vilken insats som kan komma i fråga.[109] Det är också viktigt att framhålla att utredningens förslag inte innebär att personer ska behöva flytta från ett gruppboende eller byta dagverksamhet i samband med att de uppnår den ålder vid vilken man omfattas av äldre-

[109] Prop. 2000/01:80, *Ny socialtjänstlag m.m.*, s. 91.

omsorgslagen. Genom handledning, utbildning och anpassade insatser kan ofta personen få sina behov tillgodosedda i sitt boende eller sin dagverksamhet.

Alla delar av socialtjänstens verksamhet omfattas

Den föreslagna lagen gäller i tillämpliga delar för all den verksamhet som socialnämnden ansvarar för enligt äldreomsorgslagen, socialtjänstlagen och andra föreskrifter om äldreomsorg som avser stöd och hjälp i den dagliga livsföringen. Lagen ska därmed gälla vid uppsökande och förebyggande arbete, handläggning av ärenden, dokumentation, beslut, utförande av insatser samt uppföljning och systematiskt kvalitetsarbete.

Utredningen har övervägt att avgränsa tillämpningsområdet genom att definiera äldreomsorgen utifrån de insatser som ges som stöd i den dagliga livsföringen. De insatser för äldre som redovisas i den officiella statistiken är särskilt boende, hemtjänst, trygghetslarm, matdistribution, ledsagning, dagverksamhet, korttidsplats, kontaktperson eller familj, boendestöd, avlösning av anhörig och annat bistånd.

Det kan vara så som den enskilde med insatser definierar sin äldreomsorg, dvs. min äldreomsorg är det stöd och den hjälp jag får genom hemtjänsten eller det särskilda boendet jag bor i och de personer som ger mig stöd och hjälp i vardagen. Vi har dock bedömt att det inte är ett lämpligt alternativ.

Det starkaste skälet till att vi inte föreslår att äldreomsorgen definieras genom de insatser den omfattar är att det inte är förenligt med våra förslag som syftar till att stärka personcentreringen och individanpassningen inom äldreomsorgen och komma bort från styrande riktlinjer för vilka insatser som ges (se avsnitt 7.3.6 och 7.3.7).

Att utgå från insatser blir även ett för snävt perspektiv då äldreomsorg är mer än de insatser som beviljas till enskilda. Socialtjänstens uppdrag är vidare än så. De huvudfunktioner för socialtjänsten som formulerats i socialtjänstlagens förarbeten gäller även för äldreomsorgen, dvs. strukturinriktade insatser som syftar till en god samhällsmiljö, medverkan i samhällsplaneringen, arbete med sociala problem och uppsökande verksamhet och allmänt inriktade insatser, generellt utformade insatser, till exempel träffpunkter för social samvaro och annan aktivitet som erbjuds äldre eller deras anhöriga.

I vårt förslag till lag finns också bestämmelser som syftar till att stärka andra aspekter som t.ex. uppföljning och kvalitetsutveckling.

Att beskriva äldreomsorgen utifrån de insatser som ges riskerar även enligt vår bedömning att inte inkludera nya insatser som kan komma att utvecklas, det gäller inte minst på området välfärdsteknik.

Lagen omfattar dock enbart stöd från socialtjänsten som avser stöd och hjälp i den dagliga livsföringen. Att en person som fyllt 65 år och får t.ex. ekonomiskt bistånd eller insatser som stöd för att komma ur en situation som beror på våldsutsatthet eller missbruk gör inte att äldreomsorgslagens bestämmelser blir tillämpliga.

Enskilda verksamheter

Utredningen bedömer att det behöver tydliggöras i lagen att vissa bestämmelser även ska tillämpas i enskild verksamhet och vilka de bestämmelserna är. En allt större del av utförandet av insatser inom äldreomsorgen görs av enskilt bedrivna verksamheter. Även de ska tillämpa lagens bestämmelser i den mån deras verksamhet berörs. Det gäller de bestämmelser som anger krav på hur insatserna till de enskilda ska utföras. I de delar lagens bestämmelser riktar sig till kommunens ansvar att på befolkningsnivå samverka och planera äldreomsorgen träffas inte de enskilda verksamheterna av lagens bestämmelser. Det gäller även för myndighetsutövning, som inte får överlämnas till enskilda.

Även om de som utför äldreomsorg i privat regi ansvarar för att följa tillämpliga bestämmelser i äldreomsorgslagen kvarstår kommunens huvudmannaansvar för socialtjänstens verksamhet. Kommunen ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten samt de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.[110] Kommunen ska även kontrollera och följa upp verksamheten.[111]

[110] 6 kap. 6 § kommunallagen (2017:725), KL.
[111] 10 kap. 8 § KL.

7.3.3 Lagens förhållande till socialtjänstlagen

Utredningens förslag: Det ska framgå av lagen att den ska gälla utöver bestämmelserna i SoL och inte innebära någon inskränkning av rättigheter som en person kan ha enligt någon annan lag.

Skäl för utredningens förslag

Av lagen ska framgå att den ska komplettera socialtjänstlagen. Äldreomsorg kommer med utredningens förslag även fortsatt att vara en del av socialtjänsten. Det innebär att bestämmelserna i SoL, socialtjänstförordningen (2001:937), förkortad SoF, och Socialstyrelsens föreskrifter även fortsatt gäller fullt ut för äldreomsorgen. Samtliga bestämmelser, som är aktuella och enligt sin lydelse tillämpliga när det gäller kommunens ansvar enligt socialtjänstlagen, gäller även fortsatt på samma sätt för äldreomsorgen. Några exempel som kan nämnas är att när socialnämnden fullgör sina uppgifter med t.ex. samhällsplanering, uppsökande verksamhet och att främja goda levnadsförhållanden enligt socialtjänstlagen måste även de äldre invånarnas behov beaktas. De krav som ställs på att insatserna inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet och att det ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet gäller även i äldreomsorgen.

Utredningen har övervägt att föra in vissa av dessa bestämmelser i förslaget till äldreomsorgslag för att skapa en sammanhängande helhet för äldreomsorgen i den lagen, men avstått eftersom det skulle innebära en omfattande dubbelreglering. Det innebär att bestämmelser som rör samhällsplanering o.d. som rör levnadsförhållanden för äldre med vårt förslag kommer att ligga kvar i socialtjänstlagen, med undantag för det som gäller specifikt för äldre personer om uppsökande verksamhet, planering och samverkan samt bostäder för äldre personer. Av samma skäl föreslår vi inte heller att de generellt gällande bestämmelserna i socialtjänstlagen som gäller utredning, beslut och dokumentation flyttas över till äldreomsorgslagen. Äldreomsorgslagen måste därför läsas och tillämpas tillsammans med socialtjänstlagen.

En ansökan om bistånd inom äldreomsorgen utreds enligt 11 kap. 1 § SoL. Utredningen ska dokumenteras enligt 11 kap. 5 § SoL och Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2014:5) om dokumentation i

verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS. Prövningen om rätt till bistånd görs och beslut om bistånd fattas fortsatt i enlighet med 4 kap. 1, 2 eller 2 a §§ SoL.[112]

Den handläggare som handlägger ärenden om insatser inom äldreomsorgen behöver därutöver beakta de bestämmelser som regleras i äldreomsorgslagen vid sin utredning och bedömning av personens behov samt vid prövningen av vilken insats den enskilde har behov av. Som exempel kan nämnas utredningens förslag om att stärka kraven på individanpassning av de behovsbedömda insatsernas utformning och kravet på att den enskilde ska få den information som krävs för att kunna vara delaktig och utöva inflytande under handläggningen av hens ärende. Vidare anger socialtjänstlagen att socialnämndens insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar.[113] Dessa regler behöver beaktas såväl vid utredning av behov som vid planering och utförande av insatserna.

Insatser med stöd av socialtjänstlagen, och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade parallellt med insatser som omfattas av äldreomsorgslagen

Det behöver understrykas att en person kan ha insatser enligt SoL som omfattas av äldreomsorgslagen och samtidigt ha andra insatser enligt SoL som inte omfattas av äldreomsorgslagen. En person som har hemtjänstinsatser som stöd och hjälp i den dagliga livsföringen, vilket omfattas av äldreomsorgslagen, kan t.ex. ha behov av ekonomiskt bistånd för att skaffa glasögon, vilket inte omfattas av äldreomsorgslagen.

Detsamma gäller insatser enligt LSS. Enligt 4 § LSS så innebär den lagen inte någon inskränkning av rättigheter enligt annan lagstiftning. LSS är ett komplement till annan lagstiftning och kallas ibland för en ”pluslag”. En person som har insatser enligt LSS, t.ex. på grund av en medfödd intellektuell funktionsnedsättning, kan ha behov av stöd och hjälp som inte beror på den intellektuella funktionsnedsättningen eller något av de andra funktionsnedsättningar som är en förutsättning för att omfattas av LSS. Då kan personen ha rätt till

[112] Se avsnitt 5.1.5 om 4 kap. 2 § SoL.
[113] 3 kap. 5 § SoL.

stöd och hjälp enligt SoL för att tillgodose det behovet. Om personen är över 65 år omfattas insatserna till stöd och hjälp i den dagliga livsföringen enligt SoL även av äldreomsorgslagen. Detsamma gäller om den insats personen har behov av inte är en sådan insats som finns med i den katalog av insatser som ges enligt LSS.[114]

Möjligheten till helhetssyn

I våra dialoger har det framförts en oro för att en särlagstiftning kan leda till strukturer och arbetssätt som begränsar möjligheterna till den helhetssyn som socialtjänsten ska tillämpa. Helhetssyn innebär att socialtjänsten ska ha ett brett perspektiv på enskilda människors situation, problem och resurser. Den enskildes situation ska förstås i förhållande till det sammanhang och den omgivning som han eller hon ingår i eller är en del av.

Principen om helhetssyn har formulerats i förarbeten till socialtjänstlagen och de principer som på detta sätt formulerats för socialtjänsten gäller även om en äldreomsorgslag införs för äldreomsorgen. I detta sammanhang är det viktigt att poängtera att bestämmelser i SoL som ger socialnämnden ett särskilt ansvar att stödja personer i vissa situationer, som t.ex. personer med missbruk eller våldsutsatthet, även gäller personer som får stöd och hjälp inom äldreomsorgen.

Att detta inte alltid fungerar även om insatserna för äldre personer, personer med missbruk och personer som utsätts för våld i nära relation i nuläget samtliga regleras i socialtjänstlagen, är belagt. I ålderismen ligger att äldre tenderar att ses som en homogen grupp med behov som har samband med åldrande. Individuella behov utöver det uppmärksammas inte alltid i tillräcklig utsträckning.

Personal som arbetar inom vård- och omsorgsboenden, dagverksamheter och framför allt inom demensverksamheter vittnar om att det förekommer våld mellan de boende men att det sällan registreras eller anmäls då det inte uppfattas som våld i nära relation. Det innebär att det uppstår zoner där äldre personer utsätts för våld utan att deras rättigheter respekteras och att de missförhållanden som gör våldet möjligt inte åtgärdas varaktigt. Detta gäller också äldre i eget, ordinärt boende.[115]

[114] HFD 2016 ref. 56.
[115] Länsstyrelsen Stockholm, *Äldre och våld i nära relationer – En kartläggning om kommunernas arbete 2017*, 2017 s. 18.

Äldre personer med missbruks- och beroendeproblem riskerar även att hamna utanför missbruksvården. I många fall finns inget eller begränsat samarbete mellan äldreomsorgen och missbruks- och beroendeverksamheter inom kommunen. De flesta kommuner saknar rutiner för ett samordnat stöd mellan missbruks- och beroendevård och äldreomsorg vid risk- eller missbruk.[116] I stället för behandling med syfte till förändring får de omsorg inom hemtjänstens ram, vars omsorgsarbete är uppbyggt kring att individen ska kunna behålla sin funktionsförmåga, men utan att tillgång till behandling för missbruk eller beroende säkerställs.

Flera av utredningens förslag syftar till att stärka en personcentrerad vård och omsorg där samverkan och samordning är viktiga förutsättningar. På så sätt kan den föreslagna modellen med en äldreomsorgslag som kompletteras med NOK bidra till att principen om helhetssyn kan få ett starkare genomslag i praktiken.

Bestämmelser som föreslås flyttas från socialtjänstlagen

Utredningens förslag: Vissa bestämmelser som handlar om äldreomsorg ska flyttas från SoL till äldreomsorgslagen. Det gäller bestämmelserna i 5 kap 4–6 §§, 4 kap. 1 c § och delar av 4 kap. 2 b § och 5 kap. 10 § SoL.

Skäl för utredningens förslag

Vi föreslår att vissa bestämmelser i SoL som specifikt gäller äldreomsorg flyttas över till äldreomsorgslagen. Bestämmelserna reglerar centrala delar av äldreomsorgen. Dessa bör därför återfinnas i äldreomsorgslagen. Detta för att så långt som möjligt ge en sammanhållen överblick av de bestämmelser som gäller särskilt för äldreomsorgen. Bestämmelserna innehåll beskrivs närmare i avsnitt 5.1.6.

De bestämmelser som vi föreslår flyttas från SoL till äldreomsorgslagen är bestämmelserna i 5 kap. 4–6 §, 4 kap. 1 c § och delar av 4 kap. 2 b § och 5 kap. 10 § SoL.

[116] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre, lägesrapport 2020*, 2022, s. 24.

- om värdegrund,
- att socialnämnden ska verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra,
- att socialnämnden ska verka för att äldre människor får goda bostäder och ska därutöver ge dem som behöver det stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service, att kommunen ska inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd,
- om biståndsbedömt trygghetsboende,
- att den äldre personen ska, så långt det är möjligt, kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges,
- att socialnämnden ska göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för äldre människor samt i sin uppsökande verksamhet upplysa om socialtjänstens verksamhet på detta område,
- att kommunen ska planera sina insatser för äldre, i planeringen ska kommunen samverka med regionen samt andra samhällsorgan och organisationer,
- att kommunen ska verka för att det finns tillgång till personal med de nationella minoritetsspråken,
- att den som har beviljats eller beviljas bistånd i form av boende i en sådan särskild boendeform som avses i 5 kap. 5 §, ska det ingå i en skälig levnadsnivå att kunna sammanbo med make eller sambo,
- att socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder, i den del som avser äldre personer och
- att den som har hemtjänst med stöd av 1 eller 2 a § ska erbjudas en fast omsorgskontakt.

I 4 kap. 1 § SoL regleras rätten till bistånd och i 4 kap. 2 a § SoL regleras en befogenhet för socialnämnden att utan föregående behovsprövning erbjuda hemtjänst till äldre personer (se avsnitt 5.1.5).

Vi har övervägt att föreslå att bestämmelsen om socialnämndens befogenhet att erbjuda hemtjänst utan föregående behovsprövning ska flyttas över till äldreomsorgslagen, eftersom den enbart gäller för äldre personer. Att hålla de bestämmelser som reglerar beslut om bistånd samlade i samma lagstiftning bedöms dock vara tydligare för såväl tillämpare som målgrupper för lagstiftningen. Att i äldreomsorgslagen införa en bestämmelse som motsvarar rätten till bistånd enligt 4 kap. 1 §, som reglerar rätten till bistånd generellt för hela socialtjänsten, anser vi inte är lämpligt eftersom det skulle innebära en dubbelreglering som riskerar att leda till tolknings- och tillämpningsproblem. Med vårt förslag ligger därmed bägge biståndsbestämmelserna kvar i SoL.

Upplysningsbestämmelser för sammanhang

Utredningens förslag: I äldreomsorgslagen införs upplysningsbestämmelser om vissa bestämmelser i SoL som är centrala för äldreomsorgen.

Skäl för utredningens förslag:

Utredningen bedömer att vissa bestämmelser som finns i SoL är så centrala för att synlig- och tydliggöra ett sammanhang och äldreomsorgens förhållande till SoL att upplysningsbestämmelser om dessa behöver tas in i äldreomsorgslagen. Dessa bestämmelser är:

- 1 kap. 1 § om mål för socialtjänsten, att samhällets socialtjänst på demokratins och solidaritetens grund ska främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor samt aktiva deltagande i samhällslivet. Vidare ska socialtjänsten under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och gruppers egna resurser. Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.
- 3 kap. 5 § om att insatser ska utformas och genomföras tillsammans med personen och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar.

- 3 kap. 6 § om att bestämmelser om att socialnämnden genom hemtjänst, dagverksamheter eller annan liknande social tjänst bör underlätta för den enskilde att bo hemma och att ha kontakt med andra.
- 4 kap. 1 § om rätt till bistånd till den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt.
- 4 kap. 2 § om att socialnämnden får ge bistånd utöver vad som följer av 4 kap. 1 § om det finns skäl för det.
- 4 kap. 2 a § om att socialnämnden utan föregående behovsprövning får erbjuda hemtjänst till äldre personer under vissa förutsättningar.

7.3.4 Lagens syfte

Utredningens förslag: Lagens syfte ska vara att personer som omfattas av lagen ska kunna vara delaktiga och få sina behov av insatser inom äldreomsorgen tillgodosedda med god kvalitet på ett samordnat, tryggt och säkert sätt samt få stöd och hjälp för att få tillgång till den hälso- och sjukvård de har behov av.

Skäl för utredningens förslag

För att underlätta förståelsen och tillämpningen av lagen ska dess syfte anges. De bestämmelser som utredningen föreslår avser att förstärka de kvalitetsaspekter som lyfts fram i syftesbestämmelsen. Att förtydliga syftet med lagen är också en central del i att tydliggöra äldreomsorgens uppdrag.

God kvalitet

Att den enskildes insatser inom äldreomsorgen ska vara av god kvalitet följer redan av 3 kap. 3 § socialtjänstlagen. Utredningen gör dock bedömningen att kravet på god kvalitet behöver utvecklas samt tydlig- och synliggöras även i äldreomsorgslagen. Detta är huvudsyftet och kärnan i flera av utredningens förslag på bestämmelser i äldreomsorgslagen.

Enligt 4 kap. 1 § SoL ska enskilda tillförsäkras en skälig levnadsnivå genom biståndet från socialtjänsten. Det har framförts önskemål till utredningen om att vi ska föreslå ändringar i bestämmelsen som innebär att enskilda ska tillförsäkras goda levnadsvillkor. Vårt uppdrag omfattar enbart äldreomsorgen och den lag vi ska lämna förslag på ska komplettera socialtjänstlagen. Utredningen bedömer att om en ändring av ambitionsnivån ska göras för socialtjänstens åtaganden, så bör det analyseras i förhållande till samtliga målgrupper för socialtjänsten, vilket ligger utanför vårt uppdrag. Skälig levnadsnivå har i förarbeten sagts ge uttryck för vissa minimikrav på insatsen vad gäller kvalitet. Skälig levnadsnivå är inte bara en nivåbestämning utan är också ett uttryck för i vilken form insatser och stöd kan komma i fråga.[117]

De förslag till bestämmelser som vi lägger fram för äldreomsorgen och den modell för en NOK som vi föreslår syftar till att utveckla kvaliteten i äldreomsorgen. Att stärka äldre personers inflytande och delaktighet i äldreomsorgen och att ställa krav på kontinuitet, trygghet och säkerhet är ett sätt att stärka kvaliteten och därigenom påverka äldre personers livskvalitet och levnadsförhållanden.

Att kunna vara delaktig

Socialtjänstens arbete ska bygga på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet.[118] Det innebär att de insatser som socialtjänsten utför både ska planeras och genomföras tillsammans med den enskilde.[119]

Utredningen föreslår bestämmelser i äldreomsorgslagen som syftar till att stärka förutsättningarna för äldre personer och deras anhöriga eller andra närstående att kunna vara delaktiga i deras ärenden och insatser i äldreomsorgen. Det handlar bl.a. om målet att ha ett förebyggande perspektiv och ett funktionsstödjande och hälsofrämjande arbetssätt. Det handlar även om att ge den äldre personen och dennes anhöriga eller andra närstående möjligheter att påverka innehållet i beslut om bistånd och hur insatserna genomförs, t.ex. att delta i arbetet med genomförandeplaner. Det handlar likaså

[117] Jfr prop. 2000/01:80, *Ny socialtjänstlag m.m.*, s. 90 f.
[118] 1 kap. 1 § tredje stycket SoL.
[119] 3 kap. 5 § SoL.

om att ge den information som behövs för att äldre personer och deras anhöriga eller andra närstående ska kunna vara delaktiga.

Att få insatser på ett samordnat sätt

För att insatserna ska vara av god kvalitet krävs enligt utredningens bedömning att de är samordnade, trygga och säkra. Med att få sina insatser tillgodosedda på ett samordnat sätt menar vi att vården och omsorgen ges och organiseras som en väl fungerande helhet ur den enskildes perspektiv. För att uppnå det behöver verksamheter och professioner samverka aktivt på alla nivåer, mellan verksamheter och mellan de professioner som utför insatser till individen. Den enskildes egen delaktighet och uppfattning är central för att detta syfte ska kunna uppnås. Utredningen föreslår bestämmelser som bland annat har till syfte att förstärka samordningen. Ett exempel är utredningens förslag om att en genomförandeplan över när och hur insatserna ska genomföras utifrån den enskildes individuella behov ska upprättas, följas upp och fortlöpande hållas aktuell tillsammans med den enskilde. Där ska beskrivas när och hur insatserna ska utföras, en viktig omständighet att planera är hur insatserna ska samordnas. Ett annat exempel är vårt förslag om att en individuell plan alltid ska upprättas, när en person flyttar in i särskilt boende, om det inte är uppenbart obehövligt. Även vårt förslag om en fast omsorgskontakt för personer i särskilt boende är ägnat att stärka samverkan runt personen.

Trygghet

Trygghet är ett begrepp som har olika betydelser men är framför allt en inre upplevelse. När, hur och av vem insatser inom äldreomsorgen utförs kan skapa en upplevelse av såväl trygghet som otrygghet. De brister som beskrivits vad gäller personalkontinuitet är ett exempel på detta. Om den enskilde får möta ett relativt litet antal personal kan de lära känna varandra. Då kan den enskilde känna en större tillit och trygghet. Om den enskilde däremot aldrig vet vem som kommer och ofta får ta emot hjälp och stöd av okända nya personer som inte känner till hens behov och önskemål om hur insatserna ska genomföras kan detta bidra till en känsla av otrygghet. Utredningens för-

slag om att enskildas behov av kontinuitet, trygghet och säkerhet ska beaktas vid planering och organisering av verksamheten är ett exempel på en bestämmelse som syftar till att öka tryggheten för enskilda som får stöd och hjälp inom äldreomsorgen (se avsnitt 7.3.11).

Att få insatser på ett säkert sätt

Att få sina behov tillgodosedda på ett säkert sätt omfattar flera aspekter som t.ex. att personalen har rätt kompetens och att det finns tillräckligt med personal. Även ledarskapet är viktigt. Utredningens förslag på bestämmelser om personal och ledarskap kan bidra till att uppfylla syftet (se avsnitt 7.3.14 och 7.3.15). Att den enskilde är delaktig, informerad och får ett gott bemötande är också av vikt för att bidra till trygghet och säkerhet i äldreomsorgen. Säkerhet handlar även om att skyddas mot våld och om en fysisk miljö som är säker, t.ex. lokalernas utformning och brandskydd i ett särskilt boende.

Stöd och hjälp för att få tillgång till hälso- och sjukvård

Att enskilda ska få stöd och hjälp för att få tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver innebär att personalen behöver uppmärksamma förändringar i den enskildes hälsotillstånd, särskilt om det gäller personer som har kognitiva svårigheter att själva identifiera och uttrycka sådana förändringar. Det innebär även att personer som behöver stöd och hjälp med att få kontakt med rätt vårdinstans, med rätt kompetens, får det. Enligt förarbetsuttalanden kännetecknas ett särskilt boende främst av krav på att bostaden skall vara utformad och utrustad så att den boende kan fortsätta leva ett så självständigt liv som möjligt, krav på att de tjänster som den enskilde behöver skall kunna ges under alla tider på dygnet samt krav på att det skall finnas tillgång till personal som dels kan bedöma när social eller medicinsk vård krävs, dels också svara för att sådan ges.[120]

Bestämmelsen om en fast omsorgskontakt för personer med hemtjänst, som träder i kraft den 1 juli 2023 och som vi föreslår även ska gälla personer som bor i särskilt boende, är en viktig funktion för att skapa en god personkännedom som kan ge omsorgskon-

[120] Prop. 1979/80 Del A, *Om socialtjänsten*, s. 284; prop. 2005/06:115, *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*, s. 75.

takten en helhetsbild av omsorgstagarens situation och kan notera förändringar i hälso- och funktionstillståndet. Här krävs kompetens hos personalen för att kunna upptäcka förändringar i hälsotillstånd, men även interprofessionella team och möten kan utgöra en arena för att fånga upp behov som uppmärksammas. Även fastställda processer och rutiner i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om systematiskt kvalitetsarbete som stöd i arbetet syftar till att samverkan mellan omsorgen och vården ska fungera väl. Enligt föreskrifterna ska såväl den som bedriver socialtjänst som vårdgivare ha processer och rutiner för hur samverkan ska bedrivas i verksamheten och även möjliggöra samverkan med andra verksamheter.[121]

7.3.5 Äldreomsorgens mål

Utredningens förslag: Det ska införas som mål för äldreomsorgen att den ska ha ett förebyggande perspektiv och inriktas på att vara hälsofrämjande och stödja enskildas funktionsförmåga samt vara tillgänglig.

De mål i socialtjänstlagen som enbart gäller för äldre personer flyttas till äldreomsorgslagen. Det är målet att äldreomsorgen ska inriktas på att personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund) och att socialnämnden ska verka för att personer får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra.

Skäl för utredningens förslag

De övergripande mål för socialtjänsten som beskrivs i socialtjänstlagen är fortsatt av relevans som mål. I socialtjänstlagen anges att samhällets socialtjänst på demokratins och solidaritetens grund ska främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor samt aktiva deltagande i samhällslivet. Vidare ska socialtjänsten under hänsynstagande till människans ansvar för sin

[121] 4 kap. 5 och 6 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2011:9) *om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*.

och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och gruppers egna resurser. Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.[122]

De målen är inte specifikt utformade för den målgrupp som vår äldreomsorgslag riktar sig till. Vi har övervägt om det finns behov av att utveckla de övergripande målen på ett sätt som mer specifikt riktar sig till äldreomsorgen men inte funnit att det finns ett sådant behov. De övergripande målen i socialtjänstlagen har enligt vår mening fortsatt relevans även för äldreomsorgen. Vi föreslår dock att nya mål som har särskild relevans för äldreomsorgen införs i äldreomsorgslagen. I dessa mål anges att socialnämnden ska ha ett förebyggande perspektiv och inriktas på att vara hälsofrämjande och stödja personers funktionsförmåga samt att äldreomsorgen ska inriktas på att vara tillgänglig.

Ett förebyggande perspektiv samt en inriktning på att vara hälsofrämjande och stödja enskildas funktionsförmåga

Enligt utredningens mening behöver det förebyggande perspektivet stärkas i äldreomsorgen. Vikten av ett förebyggande arbete har lyfts fram i förarbeten sedan socialtjänstlagens tillkomst.[123] Vi föreslår att ett förebyggande perspektiv och en inriktning på att vara hälsofrämjande och stödja personers funktionsförmåga lyfts fram som ett mål för äldreomsorgen i lagen.

Det förebyggande, hälsofrämjande och funktionsstödjande arbetet behöver genomsyra hela äldreomsorgen och integreras i alla verksamheter. Att bestämmelsen är formulerad som ett övergripande mål för verksamheten innebär att det inte finns några uttalade krav på specifika åtgärder. Hur arbetet mot målet ska bedrivas kan dock i ett nästa steg tydliggöras i den NOK som utredningen lämnar förslag till en modell för. Utredningen föreslår ”förebyggande, hälsofrämjande och funktionsstödjande” som ett av de områden den ska omfatta (se avsnitt 7.4.2)

De föreslagna målen ska gälla utöver de mål som anges i 1 kap. 1 § SoL. Målen är även ett sätt att för äldreomsorgen anpassa och konkretisera det övergripande målet för socialtjänsten om att frigöra och utveckla enskildas och gruppers egna resurser.[124] Det målet tar

[122] 1 kap. 1 § SoL.
[123] Se t.ex. prop. 1979/80:1 Del A, *Om socialtjänsten*, s. 136.
[124] 1 kap. 1 § SoL.

sikte på att tydliggöra individens eget ansvar och att socialtjänstens insatser ska inriktas på att inte bara avhjälpa det föreliggande behovet utan även att underlätta för den enskilde att i framtiden klara sig själv utan hjälp. Ett sådant mål kan naturligtvis ha relevans för personer som behöver stöd och hjälp inom äldreomsorgen, men tar framför allt sikte på personer som med stöd och rehabilitering inte längre ska behöva socialtjänstens insatser.[125] Inom äldreomsorgen är behoven av stöd och hjälp sådana som ofta kvarstår eller ökar, och kan därför behöva ha en annan inriktning och innehåll.

En del av att ha ett förebyggande perspektiv handlar om att arbeta på ett hälsofrämjande och funktionsstödjande sätt tillsammans med personer som har stöd och hjälp inom äldreomsorgen. Det handlar också om att nå personer med behov av stöd och hjälp i ett tidigt skede, för att kunna erbjuda detta innan problem fördjupats och behoven vuxit sig stora. Därför är det uppsökande arbetet och tydlig lättillgänglig information om vilket stöd och vilken hjälp som finns inom äldreomsorgen viktigt.

Vidare behöver äldreomsorgen uppfattas som tillgänglig. Även det mål om att äldreomsorgens ska inriktas på att vara tillgänglig som vi föreslår är därför av vikt för att kunna arbeta förebyggande (se nästa avsnitt). Att befolkningen har förtroende för äldreomsorgen är också en viktig förutsättning för att nå personer i behov av stöd och hjälp i tid.

Det går inte att undvika det naturliga åldrandet, men det går att stärka det friska och skjuta upp hälsoproblem och funktionsnedsättningar samt mildra effekterna av dem med hjälp av t.ex. hjälpmedel eller andra typer av stöd. Hälsofrämjande och funktionsstödjande insatser och arbetssätt kan förbättra personers livskvalitet genom att minska eller skjuta upp konsekvenser av åldrande som t.ex. skörhet, funktionsnedsättningar och sjukdom. Bland konsekvenser som kan påverkas finns även ofrivillig ensamhet och social isolering, vilken kan uppstå till följd av funktionsnedsättningar och sjukdom.

Det finns många vetenskapliga belägg för att hälsofrämjande och förebyggande insatser även upp i höga åldrar har positiva effekter på hälsan och livskvaliteten.[126] Genom att arbeta förebyggande kan livskvaliteten för den äldre personen öka samtidigt som risken för skador kan minska.

[125] Prop.1979/80:1 Del A, *Om socialtjänsten*, s. 138 f. och 186 f.
[126] Folkhälsomyndigheten, *Hälsosamt åldrande*.

Ett förebyggande arbete har betydelse på samtliga socialtjänstens områden. Den demografiska utvecklingen med ett ökande antal äldre personer medför dock ett särskilt behov inom äldreomsorgen. Som ett alternativ till att minska kostnaderna kan förebyggande arbete bidra till att skjuta upp och/eller minska omsorgsbehov. Tidiga eller förebyggande insatser kan ses som en ”social investering” som kan löna sig, inte bara sett till effekterna för den enskilde utan även till ekonomin.[127] Det är därför en viktig fråga även för samhället och inte enbart av vikt för de personer som berörs.

Att arbeta förebyggande innebär att främja hälsa, identifiera risker och åtgärda dem, upptäcka försämringar, erbjuda rehabilitering samt att arbeta kunskapsbaserat och använda teknik som stödjer funktionsförmågan.[128]

Tidiga och förebyggande insatser kan bidra till att tidpunkten för mer ingripande vård- och omsorgsinsatser kan skjutas fram eller i bästa fall förhindras. Vanliga risker för äldre personer kan handla om fallolyckor, undernäring eller ensamhet och psykisk ohälsa (se avsnitt 3.2.2). För dessa risker finns möjligheter att förebygga att de inträffar eller att minska risken. Riskerna hänger även ihop med varandra. Ohälsa i munnen är en risk som kan leda till svårigheter med att äta som i sin tur kan leda till att personen får för lite näring, vilket kan öka risken att falla. Ett viktigt verktyg för att stödja vårdprevention för äldre personer inom hälso- och sjukvård och kommunernas sociala omsorg är det nationella kvalitetsregistret Senior alert. Ett förebyggande arbetssätt och strukturen i Senior alert bygger på vård- och omsorgsprocessens steg: identifiera risker och analysera orsaker för fall, trycksår, viktminskning, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion, planera och genomföra förebyggande åtgärder, följa upp åtgärder och utvärdera resultatet.[129]

Möjlighet till socialt stöd och sociala aktiviteter har beskrivits som betydelsefullt för att förebygga psykisk ohälsa och förhindra återinsjuknande.[130] Mot den bakgrunden har verksamheter utvecklat innehållet på träffpunkter och mötesplatser så att äldre personer med psykisk ohälsa får möjlighet till social samvaro i ett sammanhang där deras behov synliggörs. Utöver det erbjuder en del träffpunkter till

[127] Socialstyrelsen, *En effektiv socialtjänst – Att fördela resurser och använda dem effektivt*, 2009.
[128] SKR, *Fakta om äldreomsorgen i ljuset av Coronapandemin*, 2020.
[129] Senioralert, *Om senior alert*.
[130] Socialstyrelsen, *Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre – Primärvårdens och äldreomsorgens uppdrag och insatser*, 2011.

exempel samtal och föreläsningar kring att möta psykisk ohälsa, matlagning, studiecirklar, dans och social samvaro.

För att förebygga riskerna för ohälsa behövs ofta samlad kompetens och samarbete mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Ett väl fungerande teamarbete med ett arbetssätt där öppenhet och respekt gentemot varandras kompetenser finns kan enligt vår bedömning bidra till en helhetssyn över den äldre personen och dennes behov. Teamarbete syftar till att skapa kontinuitet i vården och omsorgen för den enskilde och till att underlätta bedömningar som kräver flera kompetenser. Teamet kan arbeta på olika avdelningar inom samma organisation eller i olika organisationer och verksamheter.

Olika professioner som kan ingå i teamet och bidra till det förebyggande arbetet kan vara undersköterska, vårdbiträde, biståndshandläggare, sjuksköterska, läkare, arbetsterapeut, fysioterapeut och dietist. I ett teambaserat arbetssätt ingår även individen och eventuellt närstående i teamet.[131]

Om biståndshandläggaren involveras i teamet och inkluderar de övriga professionernas bedömningar i sin utredning av vilka insatser som bäst kan tillgodose den enskildes behov, kan det enligt vår bedömning bidra till att adekvata insatser kan erbjudas i ett tidigt skede när behoven uppmärksammas. Likaså kan behov av förändringar eller utökning av insatser uppmärksammas tidigt. I våra dialoger med yrkesverksamma har återkommande möten mellan hemtjänst, biståndsenhet och hälso- och sjukvården lyfts som något värdefullt. Detta bekräftas också i en studie från FoU Nordost.[132]

Med funktionsförmåga avser vi fysisk, psykisk, kognitiv och social funktionsförmåga, förmågor som t.ex. syn, hörsel, rörelseförmåga, minne och annan slags informationshantering samt sociala och psykiska färdigheter och egenskaper. En persons funktionsförmåga beror också på både positiv och negativ inverkan från omgivningen. Även faktorer i bostads- och livsmiljön, stöd från andra människor eller olika tjänster påverkar en persons funktionsförmåga.

Vardagsrehabilitering är en benämning som ibland används om ett arbetssätt vilket har som huvudsyfte att stärka, eller bevara, förmågan att utföra de aktiviteter som personen själv vill och behöver klara av i sin vardag – städa, handla, ta hand om sig själv och vara fysiskt och socialt aktiv. Att arbeta med ett rehabiliterande förhåll-

[131] Kunskapsguiden, Socialstyrelsen, *Teambaserat arbetssätt för att förebygga fallolyckor*.
[132] FoU Nordost, *Upptäcka signaler om och att initiera åtgärd vid psykisk ohälsa hos äldre*, 2018.

ningssätt i äldreomsorg och hemtjänst innebär att se och ta vara på de äldres egna resurser och möjligheter. Det är viktigt att som personal ha ett stödjande förhållningssätt och uppmuntra individen till egen problemlösning och eget handlande.

Ett rehabiliterande förhållningssätt innebär att den som fått insatser beviljade ska få göra så mycket som den kan själv. Det bidrar även till en ökad integritet och självkänsla. Personalen finns med som stöd i de dagliga aktiviteterna i det hen inte klarar själv. Vid för mycket hjälp kan konsekvensen bli att man blir mer passiv och därmed tappar ytterligare funktioner och färdigheter.

Hur insatser ska utföras utifrån ett förebyggande, hälsofrämjande och funktionsstödjande perspektiv är ett viktigt område att ha med i en persons genomförandeplan och individuella plan. Vi föreslår att det i bestämmelserna om individuell plan i SoL och HSL förtydligas att förebyggande och rehabiliterande insatser ska inkluderas i planen (se avsnitt 8.6.2.). Vi föreslår även en bestämmelse i äldreomsorgslagen som innebär ett krav på att upprätta en genomförandeplan tillsammans med den person som ska få insatser. Planen ska beskriva när och hur insatserna ska genomföras, utifrån personens individuella behov och förutsättningar. Att planera och dokumentera insatserna och deras utförande i dessa planer är av vikt såväl för hur insatserna utförs som för att kunna följas upp.

För att tidigt kunna uppmärksamma risker för skador eller förändringar i hälsotillstånd är kompetens hos personalen och tydliga rutiner av största vikt. Ett systematiskt kvalitetsarbete och ett gemensamt arbetssätt gör att man kan följa upp verksamheten och dra lärdom av vad som har gått bra och vad som har gått mindre bra och därigenom utveckla verksamheterna. Här kan vårt förslag om att en kvalitetsberättelse ska upprättas och redovisas tillsammans med patientberättelsen som sammantagna ska utgöra underlag för kvalitetsutveckling bidra.

Fördelarna med ett förebyggande perspektiv och att arbeta hälsofrämjande och funktionsstödjande gäller även anhöriga och andra närstående som ger omsorg till närstående. Därför föreslår vi även en bestämmelse i äldreomsorgslagen om att socialnämnden i sin uppsökande verksamhet ska informera om det närståendestöd som erbjuds i kommunen (se avsnitt 7.3.16).

Utredningen Framtidens socialtjänst föreslog en bestämmelse i SoL som motsvarar vårt förslag om ett förebyggande perspektiv för

hela socialtjänsten.[133] Förslaget bereds för närvarande inom Regeringskansliet. Vi anser som beskrivits i detta avsnitt att perspektivet och arbetssättet är centralt och av stor vikt för äldreomsorgen och föreslår därför att perspektivet tas in i äldreomsorgslagen. I vårt förslag har det förebyggande perspektivet även ett starkt samband med en hälsofrämjande och funktionsstödjande inriktning för arbetet inom äldreomsorgen.

Nytt mål om att äldreomsorgen ska vara tillgänglig

Utredningen föreslår att det införs ett mål om att äldreomsorgen ska vara tillgänglig i äldreomsorgslagen. Att vi föreslår detta som ett mål innebär att tillgänglighet ska genomsyra hela äldreomsorgen. Målet kompletterar och stödjer målet om att äldreomsorgen ska ha ett förebyggande perspektiv. För att kunna arbeta förebyggande måste äldreomsorgen vara lätt att få kontakt med.

I de workshops och intervjuer med personer med egna erfarenheter av äldreomsorg vi har haft som underlag till områden i en NOK formulerade deltagarna vad som var viktiga värden ur deras perspektiv. Några av dessa var att enkelt få stöd och hjälp in i systemet och snabbt få rätt stöd när man behöver det. Det ska vara lätt att hitta information och att hitta in i systemet. Att få hjälp i ett tidigt skede och att det ska vara smidigt och enkelt att få stöd och hjälp var också något som lyftes fram.

Enligt förvaltningslagen ska en myndighet vara tillgänglig för kontakter med enskilda och informera allmänheten om hur och när sådana kan tas.[134] Den bestämmelsen avser kraven på en god förvaltning. Vårt förslag till mål syftar till en vidare och generellt gällande betydelse av tillgänglighet som ett övergripande mål för hela verksamheten, inte enbart för förvaltningen och myndighetsutövningen.

En tillgänglig äldreomsorg innebär bl.a. att det ska vara lätt att få kontakt och att få omsorg inom rimlig tid. Det innebär också att de som behöver stöd och hjälp ska kunna ta del av verksamheten och använda tjänsterna. För att uppnå det är kommunikation och information viktigt. Enligt 3 kap. 1 § SoL hör det till socialnämndens uppgifter att främja goda levnadsförhållanden genom uppsökande

[133] SOU 2020:47, *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag*, s. 385.
[134] 7 § förvaltningslagen (2017:900) FL.

verksamhet och att informera om socialtjänsten. Att utveckla lokal information och e-tjänster kan vara ett sätt att arbeta för en tillgänglig äldreomsorg.

En aspekt av tillgänglighet handlar om rättigheter och diskrimineringsförbud avseende personer med funktionsnedsättning. Målet om tillgänglighet stödjer också åtagandena i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.[135] För att göra det möjligt för personer med funktionsnedsättning att leva oberoende och att fullt ut delta på alla livets områden, ska konventionsstaterna bl.a. vidta ändamålsenliga åtgärder för att säkerställa att personer med funktionsnedsättning får tillgång på lika villkor som andra till den fysiska miljön, till transporter, till information och kommunikation, innefattande informations- och kommunikationsteknik (IT) och nya system samt till andra anläggningar och tjänster som är tillgängliga för eller erbjuds allmänheten både i städerna och på landsbygden.

En tillgänglig äldreomsorg kan också bidra till stärkt förtroende för äldreomsorgen hos allmänhet. Ett lågt förtroende kan å andra sidan innebära en risk för att personer med behov av stöd och äldreomsorg inte ansöker om insatser och att anhöriga tar på sig mer av omsorgen som det offentliga ska göra.

Som beskrivits i avsnitt 7.1.2 sjönk allmänhetens förtroende för äldreomsorgen under coronapandemin. Det var särskilda omständigheter som rådde under pandemin, men det kan finnas behov av att återställa det skadade förtroendet till äldreomsorgen.

Befintliga särskilda mål för äldreomsorgen flyttas till äldreomsorgslagen

Enligt utredningens bedömning bör de bestämmelser som specifikt rör äldreomsorgen samlas i äldreomsorgslagen. Genom att samla bestämmelser om äldreomsorg i lagen skapas en tydligare överblick av den lagstiftning som specifikt gäller äldreomsorgen.

Utredningen föreslår därför att de mål i socialtjänstlagen som särskilt riktar sig till äldreomsorgen flyttas till äldreomsorgslagen. Det gäller att äldreomsorgen ska inriktas på att enskilda får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund). Det gäller också

[135] Artikel 9, SÖ 2008:26, *Sveriges internationella överenskommelser, Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsätting*.

att socialnämnden ska verka för att enskilda får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra.

7.3.6 En personcentrerad äldreomsorg med individens behov i centrum

Utredningens förslag: De insatser en person beviljas som stöd och hjälp i den dagliga livsföringen ska vara utformade och genomföras på ett sätt som tillgodoser personens individuella behov och utgår från personens förutsättningar.

Det gäller dock inte insatser som erbjuds personer utan föregående behovsprövning enligt 4 kap. 2 a § socialtjänstlagen.

Skäl för utredningens förslag

Enligt utredningens bedömning behöver individperspektivet stärkas vid utredningar, beslut och genomförande av insatser inom äldreomsorgen. Därför föreslår vi att det införs ett uttryckligt krav i lagen om att insatserna ska vara utformade och genomföras så att de tillgodoser personens individuella behov och förutsättningar. Den enskildes individuella behov och förutsättningar behöver synlig- och tydliggöras i utredningar och beslut. Detsamma gäller vid genomförandet av insatserna. Detta gäller även när insatserna har ett dubbelt syfte, i form av att samtidigt vara ett stöd eller underlätta för anhöriga eller andra närstående, exempelvis avlösarservice och korttidsvistelse.

Som vi beskrivit anser vi att ett förbyggande, hälsofrämjande och funktionsstödjande perspektiv behöver stärkas i äldreomsorgen (se avsnitt 7.3.5). Därför är det inte enbart individuella behov som ska ligga till grund för insatsernas utformning och genomförande, utan även de individuella förutsättningarna. Här bedömer vi att man behöver utreda, fatta beslut och genomföra insatser på ett sätt som så långt möjligt tar vara på, stödjer och bevarar eller stärker personens hälsa och funktionsförmåga.

Vidare har det på senare år införts möjligheter att erbjuda insatser utan någon föregående utredning eller bedömning av den enskildes

behov, vilket kan utgöra skäl för ett förtydligande av vad som gäller för de individuellt prövade insatserna.[136]

En tydligare formulering i lag utgör även en utgångspunkt för konkreta bestämmelser för hur detta ska kunna uppnås i den NOK som vi föreslår en modell för.

Ett personcentrerat perspektiv i biståndsbedömningen

En personcentrerad vård och omsorg har sin startpunkt i biståndshandläggningen. Att biståndsprövning ska ha sin utgångspunkt i den enskildes individuella behov får anses gälla redan i dag. Det framgår av förarbetsuttalanden och praxis. Enligt 4 kap. 1 § SoL har den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning och för sin livsföring i övrigt. Biståndet ska tillförsäkra personen en skälig levnadsnivå och utformas så att det stärker personens möjligheter att leva ett självständigt liv. Valet av insats får göras genom en helhetsbedömning av den enskildes förhållanden och en bedömning av vilka insatser som kan anses behövliga och skäliga.[137]

I propositionen till bestämmelsen om värdegrunden i äldreomsorgen angavs att värdegrunden kan bidra till att sätta fokus på värdegrundsfrågor på ett sådant sätt att äldre personer i högre utsträckning får möta en äldreomsorg som är inriktad på den äldre personens individuella behov, och därmed ges än bättre förutsättningar för att leva ett värdigt liv och känna välbefinnande.[138]

Med andra ord uttrycks det i lagen att ett individuellt behov ska föreligga för rätt till bistånd. När det gäller biståndets utformning så sägs endast att det ska tillförsäkra en skälig levnadsnivå och utformas så att det stärker individens möjligheter att leva ett självständigt liv. Lagtexten uttrycker inte att biståndet ska vara individuellt utformat, det följer av praxis och förarbetsuttalanden. Det har dock visat sig att det inte fått tillräckligt genomslag i praktiken. (Se avsnitt 7.1.3.)

Den helhetsprincip som gäller inom socialtjänsten, och därmed även inom äldreomsorgen, innebär att människans olika behov beaktas och vägs samman. Det innebär att socialtjänsten behöver informera sig om hur samspelet mellan den enskilde, familjen, nätverken i omgiv-

[136] 4 kap. 2 a § SoL.
[137] Prop. 1979/80:1 Del A, *Om socialtjänsten*, s. 526.
[138] Prop. 2009/10:116, *Värdigt liv inom äldreomsorgen* s. 24 och 26.

ningen och den omgivande miljön påverkar och fungerar. En insatskatalog i lokala riktlinjer riskerar leda till att man styckar upp olika behov hos individen och beviljar fragmentiserade insatser i stället för att avgöra vilka insatser som är mest lämpliga och ändamålsenliga efter en helhetsbedömning.

Riktlinjer kan behövas som vägledning för biståndshandläggarna, men det är viktigt att de är formulerade och fungerar som just riktlinjer och inte blir helt styrande. (se avsnitt 7.1.1 och 7.1.3.) Riktlinjer som vägleder är mer resonerande och utgör ett stöd för hur socialtjänstlagen kan tolkas. De kan till exempel redogöra för syftet med insatserna och redogöra för hur domar har utformat ramar för rättstillämpningen i praxis. En sådan utformning av riktlinjer ger ett större utrymme för biståndshandläggarens professionella kompetens. En kompetens att föra en dialog och ge information på ett individanpassat sätt samt att göra en professionell bedömning med utgångspunkt i en utredning av den enskildes behov och förutsättningar i det enskilda fallet.

Individuellt anpassade insatser kräver utredningar med den enskildes individuella behov och förutsättningar i centrum. Det finns stöd för arbetet som kan vara viktiga verktyg att använda för att tillämpa bästa tillgängliga kunskap i utredning och bedömning samt att få likvärdiga bedömningar. Att arbeta med dem ger även förutsättningar för systematisk uppföljning och kvalitetsutveckling. Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, förkortad ICF, är ett exempel. ICF är en av WHO:s huvudklassifikationer och erbjuder en struktur och ett standardiserat språk för att beskriva funktionstillstånd och funktionshinder i relation till hälsa. ICF kan användas som kliniskt verktyg för att beskriva och strukturerat dokumentera aktuellt funktionstillstånd, sätta mål, bedöma behov och följa resultat inom olika områden inom vård och omsorg.[139]

Individens behov i centrum, förkortad IBIC, är ett arbetssätt som kan användas i socialtjänsten för att beskriva resurser, behov och mål för personer med funktionsnedsättning. IBIC ger stöd till att formulera nuläge och mål, med fokus på de individuella behoven.[140]

[139] Socialstyrelsen, *Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF*, *Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF – Socialstyrelsen*.
[140] Socialstyrelsen, *Individens behov i centrum, IBIC*.

Bedömningsinstrumentet BAS (Behov av stöd) är en bedömningsmetod i form av ett formulär som biståndshandläggare kan använda för att bedöma äldre personers behov av stöd. BAS består av frågor om svårigheter i den dagliga livsföringen och behov av hjälp eller stöd. Målgruppen är personer som ansöker om äldreomsorg eller är föremål för uppföljning av tidigare beviljade insatser. Genom att den äldre bidrar med sin egen beskrivning får biståndshandläggaren en mer nyanserad bild av dennes behov av hjälp och stöd. På så sätt kan biståndshandläggaren få ett bättre beslutsunderlag och ett mer systematiskt utredningsarbete skapas.[141]

Förutsättningar för ett personcentrerat förhållningssätt vid genomförandet av insatser

För att kunna möta personers behov och förutsättningar i det dagliga utförandet av insatserna behöver biståndsbesluten lämna utrymme för kontinuitet, tid och flexibilitet. Besluten om bistånd kan då inte vara alltför detaljerade i hur lång tid insatsen får ta, s.k. minutstyrning. Inte heller bör besluten i detalj ange vad som ska utföras eller när och hur utförandet ska ske.

Enligt 5 kap. 5 § SoL ska den enskilde, så långt det är möjligt, kunna välja när och hur stöd ska ges. Minutstyrning med utgångspunkt i detaljerade lokala riktlinjer måste anses stå i strid mot den bestämmelsen. Det behöver finnas ett handlingsutrymme för den enskilde och personalen som gör det möjligt för den enskilde som har behov av stöd och hjälp att i viss mån själv få bedöma och avgöra vad hen har behov av just i dag. En dag när hen inte mår bra kanske morgonbestyren tar lite mer tid. En dag när hen känner sig extra ensam kanske det är viktigare att få sällskap eller ta en promenad i stället för att få hjälp med att damma.

Ett beslut ska vara tydligt så att det framgår om beslutet stämmer överens med ansökan eller inte.[142] Ett tydligt utformat beslut har stor betydelse för att en person ska kunna förstå vilken rätt till hjälp hen har. Om beslutet inte är tydligt kan det leda till problem vid verkställigheten av beslutet. Det kan också leda till svårigheter vid tillsyn. Ett tydligt formulerat beslut måste emellertid inte vara ett beslut med hög detaljeringsgrad. Om besluten är mycket detaljerade

[141] Socialstyrelsen, *BAS (behov av stöd)*.
[142] Justitieombudsmannen, JO, Dnr 252–2002.

så kan det leda till ett behov av en kontinuerlig, snabb och flexibel handläggning, för att fatta nya beslut, som kan vara svår för kommuner att leva upp till i praktiken. Ett beslut om hemtjänst kan vara formulerat så att det ger ett utrymme för personen och personalen att tillsammans kunna anpassa insatsernas genomförande om den enskildes behov och förutsättningar varierar mellan olika dagar.

7.3.7 Ett personcentrerat perspektiv vid utförandet av insatserna

Utredningens förslag: Det ska införas en bestämmelse om att en genomförandeplan över när och hur insatser som har beviljats en person efter en prövning enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453) ska genomföras ska upprättas, om det inte är uppenbart obehövligt. Planen ska ha utgångspunkt i personens individuella behov och förutsättningar.

Planen ska följas upp och fortlöpande hållas aktuell.

Planen ska upprättas, följas upp och fortlöpande hållas aktuell tillsammans med personen, så långt det är möjligt. Anhöriga eller andra närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och personen den gäller inte motsätter sig det.

Skäl för utredningens förslag

Utredningen föreslår att ett krav på att genomförandeplaner ska upprättas införs i äldreomsorgslagen.

Genomförandeplaner är viktiga verktyg för att insatser planeras på ett strukturerat sätt, att mål sätts upp för insatserna och att det följs upp hur målen nås. En genomförandeplan är också ett viktigt verktyg för att insatserna planeras och utförs utifrån ett personcentrerat perspektiv. Kravet på att planen ska upprättas, följas upp och hållas aktuell ska säkerställa att den person som ska få insatser utförda får möjlighet att vara delaktig i planeringen och utöva självbestämmande om hur och när insatserna ska utföras.

Det är vanligt att upprätta genomförandeplaner inom äldreomsorgen. Socialstyrelsen har utfärdat ett allmänt råd om att hur en insats

ska genomföras bör dokumenteras i en genomförandeplan.[143] Av Socialstyrelsens enhetsundersökning 2018 framgår att 73 procent av äldre i ordinärt boende och 91 procent i särskilt boende hade en genomförandeplan.[144] Detta verktyg bör dock komma alla personer med äldreomsorg till gagn på likvärdigt sätt. Vi föreslår därför att befintlig praxis kodifieras i äldreomsorgslagen.

Genomförandeplaner kan också vara ett verktyg för att arbeta mot det mål vi föreslår om ett förbyggande, hälsofrämjande och funktionsstödjande perspektiv. Det innebär att inte enbart individuella behov ska ligga till grund för insatsernas utformning och utförande, utan även de individuella förutsättningarna. Det perspektivet är särskilt viktigt när utförande av insatserna planeras och genomförs, så att insatserna utförs på ett sätt som tar vara på, stödjer, bevarar eller stärker personens hälsa och funktionsförmåga, därför lyfts det fram att genomförandet av insatserna ska planeras med utgångspunkt i den enskildes behov och förutsättningar.

Vi föreslår även att anhöriga eller andra närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. Deras medverkan kan vara viktig av två skäl. Det ena är när den person som får omsorg behöver hjälp och stöd i att uttrycka sina behov, förutsättningar och önskemål. Det andra perspektivet som behöver finnas med är de anhöriga eller andra närståendes egna behov, förutsättningar och önskemål i omsorgssituationerna. Det är av särskild vikt när den anhörige eller närstående bor tillsammans med personen som har hemtjänstinsatser, dvs. då insatserna utförs i den anhörige eller närståendes eget hem.

Aktuella genomförandeplaner är också ett verktyg för omsorgspersonalen, så att de ska kunna utföra insatserna enligt den enskildes behov, förutsättningar och önskemål. Det är av särskild vikt om det är många personer som genomför insatser hos den enskilde och bidrar till en kontinuitet i hur insatserna utförs.

Kravet på genomförandeplan gäller enbart när insatser har utretts och beviljats efter en individuell bedömning av behoven enligt 4 kap. 1 SoL. Vi har övervägt om kravet även bör gälla när insatser beviljats utan en föregående behovsprövning enligt 4 kap. 2 a § SoL. Men bedömt att det inte är ändamålsenligt vid beslut enligt den bestäm-

[143] Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS.
[144] Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser 2018 – Vård och omsorg om äldre. Jämförelser mellan kommuner och län*, 2019.

melsen. Ett av syftena med genomförandeplaner är att de kan vara ett verktyg för att försäkra sig om att insatserna utförs på ett sätt som motsvarar personens behov och förutsättningar. Dessa är inte utredda eller beskrivna i ett ärende enligt 4 kap. 2 a § SoL. Ett av syftena med den bestämmelsen är att skapa en möjlighet att bevilja insatser med mindre krav på administration, men också att den enskilde ska kunna påverka utförandet av insatserna genom att den enskilde får ett rambeslut (som inte i detalj anger vad man kan få för insatser, utan t.ex. anger hur många timmar man kan få hemtjänst) inom ramen för vad de kommunala riktlinjerna på förhand anger att man kan få hjälp med.[145]

Upprättande av genomförandeplanen

Genomförandeplanen upprättas vanligen av utföraren av insatserna med utgångspunkt i vad beslutet om bistånd omfattar och hur uppdraget till utföraren är formulerat. Det förekommer att en person får insatser av flera olika utförare, t.ex. att en utförare genomför serviceinsatser medan en annan genomför insatser för personlig omvårdnad. Då gäller kravet på genomförandeplan för samtliga utförare.

Regeringen har föreslagit att en fast omsorgskontakt ska erbjudas den som har hemtjänst. Vi föreslår att detta även ska gälla för dem som bor i särskilt boende (se avsnitt 7.3.12). Den fasta omsorgskontakten ska tillgodose den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, individanpassad omsorg och samordning i boendet eller när hemtjänstinsatsen verkställs. Därför är det ofta lämpligt att den fasta omsorgskontakten upprättar eller i vart fall deltar i arbetet med att upprätta och följa upp genomförandeplanen. Den fasta omsorgskontakten bör vara den som har bäst personlig kännedom om personen och vilka förutsättningar och önskemål hen har. Den fasta omsorgskontakten kan också se till att genomförandet samordnas när en person får insatser från mer än en utförare.

För att arbeta på ett sätt som främjar hälsan och stödjer funktionsförmågan hos personen kan andra professioner bidra i arbetet med att planera genomförandet av insatserna. Det kan t.ex. gälla att involvera arbetsterapeuter och fysioterapeuter för att få stöd i bedömningar om hur insatser kan utformas så att de blir hälso-

[145] Prop. 2017/18:106, *Förenklat beslutsfattande om hemtjänst för äldre*, s. 18 f.

främjande och funktionsstödjande. Det kan finnas behov av dietist som stöd i hur man kan arbeta i måltidssituationer eller en logoped för stöd i frågor som rör kommunikation.

Det kan dock finnas situationer när nämnden bör upprätta genomförandeplanen. Det gäller i de fall insatsen ska genomföras av en uppdragstagare som förordnas av nämnden, t.ex. en ledsagare eller en anhörigvårdare. Dessa personer bör dock delta i arbetet med planen.

Genomförandeplanens innehåll

Socialstyrelsen har rekommendationer om genomförandeplaner. Enligt det allmänna rådet bör det dokumenteras i en genomförandeplan hur en insats ska genomföras. Enligt det allmänna rådet upprättas planen hos utföraren av insatsen med hänsyn tagen till den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Där anges också att planen bör upprättas med utgångspunkt från den beslutande nämndens uppdrag till utföraren. I det allmänna rådet anges även vad som bl.a. bör framgå av genomförandeplanen enligt följande.

- vilket eller vilka mål som gäller för insatsen enligt nämndens beslut,
- om insatsen innehåller en eller flera aktiviteter hos utföraren,
- vilket eller vilka mål som gäller för varje aktivitet,
- vem hos utföraren som ansvarar för genomförandet av varje aktivitet,
- när och hur olika aktiviteter ska genomföras,
- hur utföraren ska samverka med nämnden, andra utförare eller andra huvudmän, t.ex. hälso- och sjukvården,
- när och hur insatsen som helhet eller olika aktiviteter som ingår i insatsen ska följas upp,
- om den enskilde har deltagit i planeringen och i så fall vilken hänsyn som har tagits till hans eller hennes synpunkter och önskemål,
- vilka andra personer som har deltagit i arbetet med att upprätta genomförandeplanen,

- när planen har fastställts, och
- när och hur planen ska följas upp.[146]

Vi ställer oss bakom dessa rekommendationer, de beskriver väl vad en genomförandeplan bör innehålla. Men i lagen föreslår vi inte bestämmelser med så hög detaljeringsgrad. Vi gör dock tillägget i lagförslaget att planen ska ha utgångspunkt i personens individuella behov och förutsättningar. Planen bör beskriva hur insatser och aktiviteter ska genomföras för att främja personens hälsa och stödja hens funktionsförmåga. Det kan handla om att beskriva moment som personen kan utföra tillsammans med personalen med visst stöd. Det kan vara att planera insatsen så att en person som behöver få hjälp med att duscha kan få ta av sig plagg som hen klarar av själv. Eller att avsätta tid så att personen utför vissa moment vid matlagning och städning med stöd av personalen. Det är viktigt att sätta upp mål tillsammans med personen som har insatser för att ta reda på vilket sätt som bäst kan stödja hälsa och funktionsförmåga utifrån personens intressen och önskemål. Målen behöver formuleras på ett konkret sätt som gör att de kan följas upp.

De individuella intressena och önskemålen är också viktiga för att hitta rätt aktiviteter som kan främja personens hälsa och stödja funktionsförmågor. Det kan t.ex. vara lättare att motivera till fysiska aktiviteter om de är anpassade efter intresse som t.ex. dans eller promenader. Detsamma gäller för vilka sociala aktiviteter man föredrar.

Omfattningen och innehållet i genomförandeplanen behöver anpassas till insatsernas omfattning och komplexitet samt om de varar över en längre eller kortare tid.

Delaktighet och självbestämmande

Ett av syftena med en genomförandeplan är att den ska säkerställa att den person som ska få insatser utförda får möjlighet att vara delaktig och utöva självbestämmande i planeringen av hur och när insatserna ska utföras. Därför ska den enligt vårt förslag upprättas, följas upp och hållas aktuell tillsammans med den enskilde. Det kan finnas situationer när personen som planen gäller inte vill vara del-

[146] Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2014:5) *om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS*.

aktig. Då måste detta naturligtvis respekteras. En genomförandeplan ska ändå upprättas eftersom den även är ett viktigt verktyg för att personalen ska kunna veta hur insatserna ska utföras på ett planerat sätt.

Personer med nedsatt kognitiv förmåga kan ha behov av extra stöd för att kunna uttrycka sin vilja. Man behöver skapa goda förutsättningar för varje person att utifrån sina förutsättningar uttrycka sin vilja. Målet ska vara att maximera personens inflytande över de insatser som erbjuds. Uttryckssättet ”bästa tillgängliga vilja” innebär att man utgår från att en persons vilja kan vara av olika kvalitet. Alla kan ge uttryck för sin vilja – men viljan kan när den uttrycks – vara mer eller mindre stark. Hur stark viljan är kan bland annat bero på hur bra eller dåligt underbyggd den är. Exempelvis kan viljan stärkas om personen får nya erfarenheter av en viss insats eller ny kunskap som övertygar personen. Det är viktigt att vara uppmärksam på viljans kvalitet. Om den inte upplevs som tillräckligt stark är det viktigt att vara observant och ge stöd för att säkra viljan. Det kan till exempel handla om att följa upp eller stödja personen att utforska sin vilja. På Kunskapsguiden finns stöd som kan användas både vid handläggning av ärenden och vid arbete med genomförandeplaner för att personer ska kunna uttrycka sin bästa tillgängliga vilja.[147]

Genomförandeplanen behöver formuleras så att det finns utrymme för flexibilitet och handlingsutrymme vid utförandet av insatserna. Personen som har insatser behöver tillsammans med personalen kunna anpassa utförandet efter hur personen mår eller känner sig vid varje enskild tidpunkt. Forskning visar att villkor som medger en bra omsorgsrelation bl.a. är att både personalen och de äldre har ett handlingsutrymme i det vardagliga mötet; att det finns kontinuitet i omsorgsrelationen och tillräckligt med tid för att utföra uppgifterna.[148]

Anhöriga och andra närstående

Vi föreslår att anhöriga eller andra närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och personen som får insatser inte motsätter sig det. Det finns flera skäl till att anhöriga

[147] Kunskapsguiden, Socialstyrelsen, *För bästa tillgängliga vilja*.
[148] Szebehely, M, Stranz, A & Strandell, R, *Vem ska arbeta i framtidens äldreomsorg?*, 2017.

eller annan närstående bör delta i planeringen. Ett skäl är den helhetssyn som ska tillämpas i socialtjänsten. Personens hela livssituation bör beaktas vid planeringen och då kan anhöriga och andra närstående spela en viktig roll. Ett annat skäl är att om den person som har hemtjänstinsatser bor tillsammans med någon är det viktigt att beakta att den personen berörs i hög grad av de planerade insatserna och därför bör hen ha möjlighet att ge uttryck för sina åsikter, behov och önskemål. Det är även viktigt att utreda i vilken utsträckning den anhörige eller närstående önskar delta i omsorgen.

I vissa fall kan det dock vara olämpligt att någon anhörig eller annan närstående deltar i planeringen. Det kan t.ex. vara fallet om det framkommer att relationen mellan den enskilde och dennes närstående inte är god, eller om närståendes medverkan skulle försvåra planeringsarbetet. Det är personen själv som avgör vem eller vilka som hen vill ska delta som anhörig eller närstående. Om hen motsätter sig att en anhörig eller annan närstående deltar måste det respekteras.

Undantag om en genomförandeplan är uppenbart obehövligt.

Kravet på att upprätta en genomförandeplan är inte absolut. Om en genomförandeplan är uppenbart obehövlig behöver det inte upprättas någon. Att det ska vara uppenbart obehövligt innebär att det som regel ska upprättas en genomförandeplan. Det kan dock finnas undantagssituationer, då det står klart att det inte behövs någon genomförandeplan. Det kan t.ex. redan finnas en genomförandeplan som upprättats hos en annan utförare. Det är då dock viktigt att planen gås igenom för att se om den behöver anpassas till en ny situation. Det kan även vara rimligt att underlåta att upprätta en genomförandeplan om det är en mycket begränsad insats under begränsad tid.

Om en person endast har begränsade insatser som t.ex. ett trygghetslarm kan det ändå finnas goda skäl att planera för vilka mål insatsen har, när och hur uppföljning ska ske för att ta reda på om målen uppfylls, eller om andra insatser behövs för att personen ska känna trygghet. Planens omfattning blir dock mindre (jfr ovan).

Uppföljning

Uppföljning av genomförandeplanen behöver göras fortlöpande. Den enskildes situation kan ha förändrats. En uppföljning kan leda till att en ny ansökan om bistånd behöver göras. Det är inte alltid lätt att efter en första kontakt bedöma inriktningen och omfattningen av hjälp som behövs för att tillgodose behovet i ett längre perspektiv. För sköra äldre personer kan behoven skifta med mycket kort varsel. Uppföljning är därför viktigt. Här är den fasta omsorgskontaktens kontinuerliga relation till personen viktig för att upptäcka behov av förändringar i genomförandet och initiera en revidering av genomförandeplanen för att anpassa genomförandet av insatser till förändrande behov eller förutsättningar.

Det är också viktigt att fastställa när en uppföljning ska ske även om inga förändringar har identifierats. Hur lång tid som kan gå innan en uppföljning behöver göras kan inte anges med en bestämd tidsintervall som passar för alla. Att planen fortlöpande ska hållas aktuell innebär att den behöver ses över och revideras om personens behov, förutsättningar eller önskemål förändras. Men det behöver även göras planerade uppföljningar även om inga förändringar uppmärksammats. Detta måste planeras och det bör finnas rutiner i kommunen om när sådan uppföljning ska göras.

Ibland kan en uppföljning visa att de beviljade insatserna inte längre är tillräckliga eller fyller sitt syfte och leda till att biståndshandläggaren behöver kontaktas för en ansökan om andra insatser. Men även om så inte är fallet kan det vara en fördel att involvera biståndshandläggaren i uppföljningen för att även följa upp om stödet och hjälpen ges på ett sätt som var avsett.

Insatser utan individuell bedömning av behov

Socialnämnden får enligt 4 kap. 2 a § SoL erbjuda hemtjänst till äldre personer utan föregående behovsprövning. Vårt förslag om genomförandeplan gäller inte i de fallen. Skälet till det är att bestämmelsen i 4 kap 2 a § SoL syftar till att ge kommunerna möjlighet att bevilja insatser på ett enklare sätt, med mindre administration och med större utrymme till delaktighet och självbestämmande för den enskilde. Den äldre personen kan inom ramen för beslutet och de kommunala riktlinjerna välja vad hen vill ha utfört vid olika tillfällen. När kom-

munen beviljar hemtjänstinsatser enligt den bestämmelsen finns ingen utredning om personenens individuella behov och förutsättningar att utgå ifrån.[149] Kommunen ska i dessa fall följa upp de insatser som erbjudits. Utgångspunkten för uppföljningen är den äldre personens uppfattning om hur tjänsterna motsvarar kommunens riktlinjer hur tjänsterna förhåller sig till kravet på god kvalitet enligt 3 kap. 3 § SoL och till värdegrunden såsom den kommer till uttryck i 5 kap. 4 § SoL. Utgångspunkten kan inte vara den äldre personens behov då dessa inte är bedömda. Men det ingår i uppföljningen att ta upp frågan om det behövs ytterligare bistånd. Med tiden kan personen ha fått behov av andra insatser än de som erbjuds utan individuell bedömning av behov. Då kan en ansökan enligt 4 kap. 1 § SoL och en utredning och bedömning av personens behov behöva göras för att personen ska få sina behov tillgodosedda.

7.3.8 De beviljade insatserna behöver följas upp för att säkerställa att insatserna tillgodoser behoven

Utredningens förslag: Socialnämnden ska följa upp om de insatser som beviljats tillgodoser de behov en person med insatser har. Uppföljningen ska även ske med utgångspunkt i insatsernas kvalitet enligt 3 kap. 3 § socialtjänstlagen.

Skäl för utredningens förslag

Det finns inget uttryckligt krav på uppföljning i socialtjänstlagen, även om krav på en god kvalitet enligt förarbetsuttalanden förutsätter uppföljning.[150] Det har visat sig att få kommuner följer upp resultatet av de insatser som ges.[151] Vi bedömer att insatserna inom äldreomsorgen behöver följas upp av socialnämnden för att säkerställa att de tillgodoser de behov personen med insatser har.

Det kan vara svårt att utforma insatserna så att de verkligen möter den äldre personens behov vid en ny ansökan om insatser. Behovet av insatser varierar dessutom över tid. Förändringar av behoven över

[149] Prop. 2017/18:106, *Förenklat beslutsfattande om hemtjänst för äldre*, s. 15 f.
[150] Prop. 1997/98:113, *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*, s. 93; Prop. 2005/06:115, *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*, s. 118.
[151] SOU 2020:47, *Hållbar socialtjänst*, s. 503.

tid behöver identifieras och fångas upp. Det kan vara särskilt svårt att hitta rätt innehåll och omfattning på insatserna när en person kommer hem från sjukhus med förändrade behov, t.ex. efter en stroke.

Det finns exempel på modeller där insatserna inledningsvis är generösa och det inledande biståndsbeslutet begränsas till 3–4 veckor. Efter det görs en uppföljning och den äldre själv, omsorgspersonalen och biståndshandläggarna har då bättre förutsättningar att bedöma vilka insatser som behövs, eller inte behövs, på längre sikt och hur dessa ska utformas.[152]

Biståndshandläggaren behöver följa upp personens tillstånd och resultatet av insatsen och dess kvalitet. Hur ofta uppföljning behöver ske avgörs från fall till fall. Det beror dels på hur personens livssituation ser ut, dels på behovet av stöd. Uppföljningen innebär att på nytt beskriva individens aktuella funktionstillstånd och jämföra det med de mål som satts upp för insatserna. Uppföljningen behöver också omfatta hur väl insatsen är utförd utifrån planering och beslut. En uppföljning bör även omfatta personens eller anhörigas uppfattning om insatsens kvalitet och hur insatsen påverkat individens upplevelse av livskvalitet, däribland om värdegrunden uppfylls. Sådana frågor kan avse bemötande, information och hur lätt det är att kontakta personalen, möjlighet att påverka och vara delaktig samt hur insatserna genomförts. Även den fasta omsorgskontakten bör involveras. Genom sin kännedom om personen har den fasta omsorgskontakten viktig information till biståndsbedömarens uppföljning, inte minst utifrån resultat av uppföljning av genomförandeplanen.

Hur ett enskilt beslut ska följas upp behöver bestämmas med utgångspunkt i vilken typ av insats det gäller och hur länge den ska pågå. Att använda standardiserade bedömningsmetoder såsom IBIC[153] och BAS[154] vid utredningen och därefter vid uppföljning av insatserna skapar förutsättningar för att kunna följa hur personens situation förändrats från utgångsläget.

Vårt förslag på bestämmelse ställer inte upp något krav på med vilken frekvens som uppföljningar behöver göras. Det är upp till kommunen att fastställa det i sina lokala riktlinjer och rutiner.

---

[152] Akademikerförbundet SSR, *Vägar till en god äldreomsorg*, 2014.
[153] Individens behov i centrum, IBIC, är ett arbetssätt som kan användas i socialtjänsten för att beskriva resurser, behov och mål för personer med behov av stöd i det dagliga livet.
[154] Bedömningsinstrumentet BAS (Behov av stöd) är ett formulär som biståndshandläggare kan använda för att bedöma äldre personers behov av stöd.

Om nya uppgifter om personens behov kommer fram under uppföljningen kan det innebära att handläggaren behöver överväga om det förändrade behovet ryms inom pågående beslut. Om så inte är fallet innebär det att en ny utredning behöver göras, under förutsättning att personen som har insatser vill ha ett nytt beslut.

7.3.9 Delaktighet, inflytande och information

Utredningens förslag: Av äldreomsorgslagen ska framgå att bestämmelser om att insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med den enskilde finns i 3 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453).

Bestämmelsen i 5 kap. 5 § fjärde stycket socialtjänstlagen (2001:453) om att den äldre, så långt det är möjligt, ska kunna välja när och hur insatserna ska utföras flyttas till äldreomsorgslagen.

En ny bestämmelse föreslås om att en person ska få den information som behövs för att han eller hon ska kunna vara delaktig och ha inflytande i sitt ärende och de insatser som lämnas.

Informationen ska beskriva

1. handläggningsprocessen,
2. planering,
3. utförare av beviljade insatser,
4. uppföljning, och
5. fast omsorgskontakt.

Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen. Informationen ska lämnas skriftligen i den utsträckning som behövs.

Om informationen inte kan lämnas till personen, ska den i stället, såvitt möjligt, lämnas till en anhörig eller annan närstående till honom eller henne.

Skäl för utredningens förslag

Bestämmelsen i 3 kap. 5 § SoL som anger att socialnämndens insatser för den enskilde ska utföras och genomföras tillsammans med honom eller henne är av central och grundläggande betydelse för den enskildes delaktighet och inflytande. Detta bör synas även i äldreomsorgslagen. Det är även lättare för en läsare av lagen att se de bestämmelser som hänger samman i ett sammanhang. Därför föreslår vi att det i äldreomsorgslagen görs en hänvisning till den bestämmelsen i SoL.

Bestämmelsen i 5 kap. 5 § tredje stycket SoL som anger att en äldre person ska, så lång det är möjligt, kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges, gäller enbart för äldre personer och vi föreslår därför att den flyttas till äldreomsorgslagen.

Delaktighet och inflytande förutsätter att den enskilde är välinformerad

Vi föreslår en bestämmelse som ålägger socialnämnden att ge personer som ansöker om eller har insatser inom äldreomsorgen den information som behövs för att de ska kunna vara delaktiga och utöva inflytande i sitt ärende i biståndshandläggningen och i utförandet av insatser. Det finns en ojämlikhet mellan handläggaren som är väl insatt i processen och den person som ansöker om insatser, kanske för första gången. Detsamma gäller för andra personalgrupper genom hela ärendets gång från beslut och till genomförande av insatserna. Ett informationskrav kan minska den ojämlikheten. Det kan även bidra till att jämna ut den ojämlikhet som kan riskera att uppstå mellan individer som är mer resursstarka och informerade, som har kunskap och vana att ta tillvara sina rättigheter, och de som inte är lika väl rustade att ta tillvara sina rättigheter.

Att vara informerad är av avgörande betydelse för att kunna vara delaktig och ha inflytande i sitt ärende inom äldreomsorgen. Det kan också bidra till en känsla av trygghet att vara informerad om de olika delarna av handläggningen och vad som gäller och hur man kan utöva inflytande vid utförande av insatser. Att få information kan också bidra till att man upplever att man får ett bra och respektfullt bemötande.

I våra workshops med anhöriga och deras intresseföreningar formulerade de ett område som ger värde för dem och deras närstående:[155]

> Jag får enkelt rätt stöd och hjälp in i systemet, och snabbt rätt stöd när jag behöver det.

Deltagarna önskade att det ska vara lätt att förstå hur man får kontakt när det första behovet av stöd uppstår. Till exempel ska det vara lätt att hitta information från kommunen om vad det finns för stöd att få. Det system av omsorg och hälso- och sjukvård som finns måste även upplevas som begripligt ur den äldres eller den anhöriges perspektiv.

Några citat från anhöriga under workshopen är:

> Jag vill känna att de initierar det jag behöver, för jag vet inte vad jag ska fråga efter. Jag behöver hjälp att tänka, få veta vad jag har rätt till.

> Jag har fått kämpa som ett djur, suttit i många telefonköer. Men nu har det blivit bättre … nu finns det mycket mer information på nätet. Men det måste finnas information på annat ställe med.

Informationens innehåll och omfattning

Informationens innehåll och omfattning ska enligt vårt förslag anpassas till vad som behövs för att personen ska kunna vara delaktig och ha inflytande i sitt ärende och över de insatser som lämnas.

Kommunerna har generell information på internet som är tillgänglig för den breda allmänheten och dem som söker sin information där. För en person som ansöker om och får insatser inom äldreomsorgen behövs en mer anpassad information.

Hänsyn behöver tas till personer som behöver få information på ett sätt som är anpassat till personens möjligheter att förstå den och de särskilda krav som språklagen och minoritetslagen ställer (se avsnitt 7.1.3). Det gäller t.ex. den som har rätt att få använda sitt minoritetsspråk eller rätt till teckenspråkstolk. Enligt förvaltningslagen ska en myndighet använda tolk och se till att översätta handlingar om det behövs för att den enskilde ska kunna ta till vara sin rätt när myndigheten har kontakt med någon som inte behärskar svenska. En myndighet ska under samma förutsättningar använda tolk och göra

[155] Här används de benämningar som har etablerats för anhörigstöd. Dvs. den som ger omsorg benämns som anhörig och den som får omsorg benämns som närstående, till skillnad från övriga texter i betänkandet, se avsnitt 2.3.2.

innehållet i handlingar tillgängligt när den har kontakt med någon som har en funktionsnedsättning som allvarligt begränsar förmågan att se, höra eller tala.[156]

Informationen och det sätt den förs fram på kan även behöva anpassas till personer som har kognitiva svårigheter.

Information om handläggningsprocessen vid ansökan enligt 4 kap. 1 § SoL eller 4 kap. 2 § SoL behöver ges till alla. Där behöver det beskrivas hur en utredning går till, vilka möten eller samtal som planeras, vilka underlag som behövs som grund för prövningen. Vidare behövs information om kommunikation samt om beslut och om möjligheten att överklaga.

Om ansökan gäller insatser utan föregående behovsprövning i enlighet med 4 kap. 2 a § SoL behövs inte information om hur utredningen går till eftersom utredningen enbart består av att ta reda på om personen uppfyller de kriterier för hemtjänst som kommunen fastställt i sina riktlinjer. Eftersom beslut enligt den bestämmelsen inte kan överklagas (de kan enbart prövas genom s.k. laglighetsprövning) är det inte heller aktuellt att informera om överklagande. Det finns särskilda bestämmelser om information som ska lämnas vid ansökan om hemtjänst utan föregående behovsprövning. En förutsättning för att kommunen ska få erbjuda det är att personen har informerats om i vilken utsträckning och på vilket sätt han eller hon kan påverka utförandet av insatserna, på vilket sätt kommunen följer upp insatserna och rätten att alltid kunna ansöka om bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL.[157]

När insatser beviljas behöver personen informeras om vem som ska utföra insatserna. Om kommunen tillämpar valfrihetssystem behöver information ges om hur det går till och vilka utförare som finns.

Informationen behöver även beskriva vilken planering som ska göras, t.ex. genomförandeplan och individuell plan. Det behöver ingå information om hur personen och eventuella anhöriga eller andra närstående kan vara delaktiga och utöva inflytande vid upprättande och uppföljningar av planerna. Informationen behöver också beskriva rollen som fast omsorgskontakt och hens uppgifter.

En person som beviljats insatser behöver även få information om hur det följs upp om de insatser man beviljats tillgodoser behoven och vem man kontaktar om man vill ha ändringar av insatserna.

[156] 13 § FL.
[157] 4 kap. 2 a § SoL.

Informationen ska lämnas skriftligen i den utsträckning som behövs. På så sätt kan den som fått informationen gå tillbaka i efterhand och t.ex. kontrollera vissa detaljer eller andra uppgifter.

Det kan vara svårt att komma ihåg vilken information som gavs av kommunen i det första mötet i anslutning till att ansökan gjordes.[158] Existentiella och psykologiska aspekter i att behöva be om hjälp med sin dagliga livsföring och eventuell stress det kan innebära kan också påverka en persons möjlighet att vara delaktig och att ta emot information. Möjligheten att vara delaktig och ta emot information kan även vara nedsatt om personen har bristande ork eller befinner sig i ett dåligt psykiskt tillstånd, t.ex. efter en sjukhusvistelse. Dessa aspekter behöver särskilt beaktas vid mötet med personen och informationen kan behöva anpassas till det. Skriftlig information kan i detta sammanhang vara en stor hjälp för den enskilde.

Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen. Ibland är det dock inte möjligt att försäkra sig om hur personen har förstått informationen. Det kan t.ex. gälla om hen har kognitiva svårigheter. I dessa fall kan det vara lämpligt att i stället lämna information till en anhörig eller annan närstående. När det gäller annat än generell information som inte innehåller personuppgifter måste man dock beakta om uppgifterna omfattas av sekretess och därför inte kan lämnas ut.

7.3.10 En samordnad vård och omsorg

Utredningens förslag: En individuell plan enligt 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453) och 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska upprättas då en person flyttar in i ett sådant boende som avses i 8 § andra stycket denna lag, om den enskilde samtycker till det och det inte är uppenbart obehövligt.

[158] IVO, *Med makt följer ansvar, kommunernas myndighetsutövning inom LSS och hemtjänst*, 2016, s. 114.

Skäl för utredningens förslag

Vi föreslår att det förs in en bestämmelse om att en individuell plan enligt 2 kap. 7 § SoL och 16 kap. 4 § HSL som regel ska tas fram för personer som flyttar in i särskilt boende enligt 8 § andra stycket äldreomsorgslagen. De personer som i dag får plats i särskilt boende har oftast omfattande behov av såväl vård som omsorg. Det bör endast vara i undantagsfall som det är uppenbart att det inte behövs en samordning av olika insatser.

För de personer som till övervägande del har sociala insatser från kommunen och relativt begränsade vårdbehov är behovet av en sådan individuell plan som rör insatser från båda huvudmännen möjligen något mer begränsat. Vi bedömer dock att en individuell planering är nödvändig för att kunna arbeta med förebyggande och i vissa fall rehabiliterade insatser även om den individuella planens hälso- och sjukvårdsinnehåll i övrigt kan vara begränsat.

En person som flyttar in på ett särskilt boende bedöms enligt våra förslag i princip alltid vara i behov av både vård och omsorg, och ska därför i samband med inflyttning på särskilt boende skrivas in i kommunens primärvård (se avsnitt 8.5.4 och 8.6.2). I samband med inskrivning i kommunens primärvård bör det ingå att personen får genomgå en hälsoundersökning av en läkare för att identifiera den enskildes hälsotillstånd och eventuella vårdbehov, inklusive förebyggande insatser. Rimligen har alla i vart fall behov av en återkommande uppföljning av sitt hälsotillstånd. Lämpligen planerar man då t.ex. när en sådan uppföljning senast ska ske. Även en mycket begränsad planering kan vara värdefull. Som utgångspunkt bör det därför finnas behov av en individuell plan i de allra flesta fall (Se även avsnitt 8.6.2).

7.3.11 Kontinuitet, trygghet och säkerhet

Utredningens förslag: Det ska införas en bestämmelse i äldreomsorgslagen som anger att personers behov av kontinuitet, trygghet och säkerhet ska beaktas vid planering och organisering av verksamheten.

Skäl för utredningens förslag

Kontinuitet, trygghet och säkerhet som kvalitetsaspekter

Personers behov av kontinuitet, trygghet och säkerhet behöver tillgodoses på ett bättre sätt än i dag. De mål som finns i socialtjänstlagen om social trygghet, värdegrund, att få leva och bo under trygga förhållanden och kravet på att insatserna i socialtjänsten ska vara av god kvalitet kan sägas innefatta krav på att tillgodose behov av kontinuitet, trygghet och säkerhet. Trots detta har stora brister beskrivits under lång tid i flera utredningar och rapporter. Vi bedömer därför att det finns behov av att särskilt lyfta fram förtydligade krav i lagstiftningen.

Kontinuitet kan delas upp i tre olika kategorier:

- personalkontinuitet – det är så få personer som möjligt som besöker den enskilde,
- omsorgskontinuitet – hjälpen eller stödet ges på likartat sätt oavsett vem som kommer och
- tidskontinuitet – hjälpen eller stödet ges vid ungefär samma tid varje gång.

Vi avser framför allt personalkontinuitet i detta avsnitt men menar att personalkontinuitet kan bidra till omsorgkontinuitet eftersom personalen har bättre kännedom om hur personens hjälp och stöd ska ges om det finns en god personalkontinuitet.

Många personer med äldreomsorg möter personal från olika verksamheter och utförare och från olika yrkesgrupper dagligen, t.ex. vårdbiträden, undersköterskor eller sjuksköterskor. Personalkontinuiteten inom hemtjänsten har försämrats nationellt under perioden 2007–2021. År 2021 mötte i genomsnitt en äldre person 16 olika individer ur hemtjänstpersonalen under en fjortondagarsperiod, jämfört med 12 individer år 2007. Det råder dock stor variation mellan kommunerna.[159] Personalkontinuiteten för personer i särskilda boenden mäts inte på samma sätt som i hemtjänsten. De skäl som finns för att sträva efter en god personalkontinuitet bör dock ha giltighet även på särskilda boenden.

[159] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*, 2022.

Att få stöd och hjälp av samma person eller några få personer ger bättre förutsättningar för att den äldre personen och personalen ska lära känna varandra. För de flesta känns det tryggare att få stöd och hjälp av personal som de känner igen och som de har byggt upp en ömsesidig relation till. Särskilt personer med komplexa vårdbehov och personer med demenssjukdomar har behov av individuellt anpassade insatser som är förutsägbara. Att få möta samma personal eller ett mindre team under en längre period som känner till problemet hos personen kan inge en känsla av kontroll, säkerhet och trygghet. Personal som känner den enskilde kan skaffa sig en djupare kunskap och förståelse för personens individuella förutsättningar, behov och önskemål om hur stödet och hjälpen ska ges. Det ökar också möjligheterna att tidigt uppmärksamma ett försämrat hälsotillstånd hos den äldre. [160]

Kontinuitet är med andra ord en viktig kvalitetsaspekt. Kontinuitet, trygghet och säkerhet fungerar som kommunicerande kärl eftersom kontinuitet bidrar till trygghet och säkerhet, såväl en känsla hos personen som får omsorg som en reell trygghet och säkerhet. Motsatsvis kan bristande kontinuitet skapa risker för tryggheten och säkerheten. En mindre grad av personalkontinuitet skapar större behov av tid till rutiner och dokumentation för att säkerställa omsorgskontinuiteten. Detta i sin tur riskerar att minska utrymmet för flexibilitet och handlingsutrymme för personalen.

I samband med coronapandemin aktualiserades vikten av en god personalkontinuitet även för att undvika risk för smitta bland äldre, som är en särskilt sårbar grupp. Att personalen måste avstå från arbete på grund av symtom och sjukdom skapade extra utmaningar för personalkontinuiteten.[161]

Planera och organisera för en ökad grad av kontinuitet, trygghet och säkerhet

En planering som medger kontinuitet bidrar till bra förutsättningar för personalen och en bra arbetsmiljö. En hög personalomsättning, omfattande sjukskrivningar och höga sjuktal innebär att det finns ett stort antal vikarier och tillfälligt anställda inom hemtjänsten, vilket

[160] Jfr IVO, *Äldre efterfrågar kontinuitet Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre – slutrapport 2013*, 2013.
[161] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022, 2022.*

försämrar förutsättningarna för en god personalkontinuitet. En viktig förutsättning för att åstadkomma bättre personalkontinuitet är att åstadkomma en arbetsmiljö och arbetsförhållanden som i förlängningen bidrar till lägre sjukfrånvaro inom hemtjänsten. Utredningen Nationell samordnare för kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre har lämnat en rad rekommendationer för hur man bör få fler att vilja börja arbeta inom vården och omsorgen om äldre samt vad man behöver göra för att fler ska vilja fortsätta arbeta i verksamheterna.[162]

För att förbättra förutsättningarna för en högre personalkontinuitet behöver kommunerna även planera och organisera sitt arbete på ett bättre sätt. För öka kvaliteten för äldre personer och deras anhöriga eller andra närstående, men också för personalen.

Kravet på att beakta behovet av kontinuitet, trygghet och säkerhet vid planering och organisation av verksamheten innebär att dessa aspekter tas med vid schemaläggning och när man organiserar personalen i team och enheter.

Det finns ett antal exempel på kommuner som arbetat med att förbättra sin personalkontinuitet. Ett exempel som utredningen tagit del av är Kalmar kommun som har arbetat med att förbättra sin personalkontinuitet genom att deras hemtjänstenheter är indelade i mindre schemabärande arbetsgrupper. De har även en viss ”överanställning” av personal, som kan användas då det finns behov av vikarier. Det är dock personal som är knuten till och jobbar med avgränsade grupper, inte hela kommunen.[163] Ett annat exempel där man organiserar personalen i mindre team eller grupper som ansvarar för ett visst mindre antal personer med omsorg för att öka kontinuiteten är Emmaboda kommun.[164] I Sundsvall arbetar man med en modell som kallas Skönsmomodellen där man också arbetar i mindre grupper och där personalen har ansvar för schemaläggning.[165]

Stockholms stad har gjort en uppföljning av sitt arbete och konstaterat att det krävs både styrning och en god grundplanering i personalscheman, med flexibilitet för tillfälliga förändringar, för att åstadkomma en god personalkontinuitet. Underlag för att enkelt

[162] SOU 2021:52, *Vilja välja vård och omsorg*.
[163] Kalmar kommun, dialogmöte 2021-04-13.
[164] Emmaboda kommun, *Emmabodamodellen ett salutogent arbetssätt i äldreomsorgen*, 2015.
[165] Daneryd, P, *Skönsmons hemtjänst i Sundsvall – Ett framgångsexempel*, 2015.

kunna följa upp personalkontinuiteten under året är också en viktig förutsättning.[166]

Trygghet och säkerhet innefattar även andra aspekter än kontinuitet, som behöver beaktas i planering och organisering av verksamheten. Förslagen i detta betänkande samverkar och syftar till att stärka personers trygghet och säkerhet inom äldreomsorgen. Personalens omfattning och kompetens samt ledarskap är en sådan aspekt där utredningen föreslår krav på förbättrade förutsättningar för chefer inom omsorgen och ett krav på att det ska finnas personal med sådan kompetens och av sådan omfattning att målen och kraven i lagstiftningen kan uppfyllas, dvs. bl.a. krav på kontinuitet, trygghet och säkerhet. Förebyggande av fall, trycksår, viktminskning, ohälsa i munnen kan också bidra till trygghet och säkerhet. Våra förslag som syftar till att öka personers delaktighet kan medföra en ökad känsla av trygghet och säkerhet om omsorgen blir begriplig och förutsebar och utgår från individuella behov och förutsättningar. Kravet på genomförandeplaner bidrar också till förutsättningar för omsorgskontinuitet.

Andra förutsättningar för trygghet och säkerhet kan handla om den fysiska miljön i särskilda boenden som t.ex. utformningen av lokaler och brandskydd. Det kan också handla om att planera och organisera verksamheten för att ha ett gott smittskydd.

Kravet på kontinuitet, trygghet och säkerhet gäller även då verksamheten bedrivs av privata utförare. Kommunerna behöver då ställa upp krav på utförarna för hur detta ska uppfyllas i de verksamheterna, som t.ex. en viss grad av personalkontinuitet, samt följa upp efterlevnaden.

7.3.12 Fast omsorgskontakt

Utredningens förslag: Bestämmelsen om fast omsorgskontakt för äldre personer med hemtjänst flyttas från socialtjänstlagen till äldreomsorgslagen. I bestämmelsen om fast omsorgskontakt i socialtjänstlagen införs ett undantag från tillämpning för dem som omfattas av äldreomsorgslagen.

Av bestämmelsen i äldreomsorgslagen ska det framgå att även den som bor i en sådan boendeform som avses i 8 § andra stycket

[166] Stockholms stad, *Kontinuitet inom hemtjänsten*, *Projektrapport från stadsrevisionen*, 2018.

den lagen ska erbjudas en fast omsorgskontakt som ska tillgodose den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, individanpassad omsorg och samordning i boendet eller när hemtjänstinsatsen verkställs, om det inte är uppenbart obehövligt.

Skäl för utredningens förslag

Fast omsorgskontakt i hemtjänst

Riksdagen har beslutat att en fast omsorgskontakt ska erbjudas personer som har hemtjänst.[167] Lagändringarna träder i kraft den 1 juli 2022. Den bakomliggande utredningens direktiv och förslag var avgränsade till att gälla äldre personer med hemtjänst och omfattade därmed inte samtliga personer som har beviljats hemtjänst, oavsett ålder, eller personer i särskilt boende. I likhet med ett flertal remissinstanser ansåg dock regeringen att samtliga kvinnor och män som har hemtjänst ska erbjudas en fast omsorgskontakt.

Under utredningen om fast omsorgskontakt i hemtjänsten och i remissvar framfördes även synpunkter om att en fast omsorgskontakt även bör erbjudas dem som bor i särskilt boende. Eftersom målgruppen som bor i särskilda boenden inte ingick i direktiven eller var den primära målgruppen för propositionens förslag föreslog inte regeringen att målgruppen skulle inkluderas.[168]

Bestämmelsen om en fast omsorgskontakt är av central betydelse och en viktig del för förverkligandet och genomförandet av våra förslag till äldreomsorgslag. Det gäller bland annat förslagen om en personcentrerad omsorg, en genomförandeplan samt kontinuitet, trygghet och säkerhet i omsorgen. Därför föreslår vi att bestämmelsen i den del som rör äldre personer flyttas till äldreomsorgslagen. Formuleringen i socialtjänstlagen behöver då ändras sa att den enbart gäller personer som inte omfattas av äldreomsorgslagen.

[167] Prop. 2021/22:116, *En fast omsorgskontakt i hemtjänsten*; Bet. 2021/22:SoU24 och Rskr. 2021/22:269.
[168] SOU 2020:70, *En fast omsorgskontakt i hemtjänsten*, s. 105; Prop. 2021/22:116, F*ast omsorgskontakt i hemtjänsten*, s. 12 f.

Fast omsorgskontakt behövs även för dem som bor i särskilda boenden

Den fasta omsorgskontakten ska tillgodose den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, individanpassad omsorg och samordning i boendet eller när hemtjänstinsatsen verkställs. Vi bedömer att fasta kontakter av denna typ har en central roll att spela bl.a. genom att bidra till trygghet när personkontinuitet i övrigt brister och även som naturlig partner till de fasta kontaktfunktioner som finns inom hälso- och sjukvårdsområdet (fast vårdkontakt och fast läkarkontakt, se även avsnitt 8.6.3 och 8.7.4). För att kunna bygga upp ett fungerande samarbete och samordning runt en enskild individ är det av stor vikt med tydliga ingångar och kontinuitet också mellan de olika involverade aktörerna.

En fast omsorgskontakt är även central vid upprättande och uppföljning av genomförandeplanen. Det skiljer sig åt hur kommunerna formulerar sina beslut om särskilt boende. I vissa kommuner anges vilka insatser som ska ges i boendet. I vissa kommuner anges inte insatserna, de ses som en del av verkställigheten av insatsen särskilt boende. Då inga insatser angivits i beslutet får genomförandeplanens beskrivning av hur och när insatserna ska ges en stor betydelse.

Att fylla dessa funktioner bedömer vi därför är lika viktigt för personer i särskilt boende som med hemtjänst i ordinärt boende. Med ett gemensamt begrepp och beskrivning av rollen i både hemtjänst och särskilt boende bör det också bli tydligare för allmänheten vad man kan förvänta sig.

Den fasta omsorgskontakten ska vara undersköterska

Enligt 3 kap. 3 d § SoL får endast den som har ett sådant bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska som avses i 4 kap. 5 a § patientsäkerhetslagen (2010:659) utses till fast omsorgskontakt.[169] Socialtjänstlagens bestämmelser gäller även för äldreomsorgen och därmed blir kravet på att endast den som har ett bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska har rätt till får utses till

[169] Enligt övergångsbestämmelser får den som vid ikraftträdandet av 3 kap. 3 d § är tillsvidareanställd med yrkestiteln undersköterska utses att vara fast omsorgskontakt, trots att han eller hon inte har fått bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska fram till och med den 30 juni 2033.

fast omsorgskontakt gällande även för fast omsorgskontakt enligt vårt förslag.

Personer i särskilda boenden, är oftast i behov av än mer stöd och hjälp än de som bor i ordinärt boende med hemtjänst. De kan även ha stora behov av hälso- och sjukvårdsinsatser som behöver samordnas med omsorgen. Personer med demenssjukdom är en stor grupp av dem som bor i särskilt boende, de har särskilt stora behov av kontinuitet i sin vård och omsorg. Det kan innebära ett ännu större behov av en viss kompetens hos den som är fast omsorgskontakt. Det finns därför inte skäl att ha lägre kompetenskrav än de som anges i SoL, dvs. att endast den som har ett bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska får utses som fast vårdkontakt.

I samband med införandet av fast omsorgskontakt i hemtjänsten har det diskuterats om även andra personalgrupper, såsom legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, skulle kunna fullgöra rollen fast omsorgskontakt. För att rätt kompetens ska användas på rätt plats och mot bakgrund av att den fasta omsorgskontaktens kärnkompetens bör vara omsorgsarbete, vore det inte ändamålsenligt att utse legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal till fasta omsorgskontakter. De behöver i större utsträckning arbeta med kvalificerade hälso- och sjukvårdsuppgifter (se även avsnitt 8.6).[170]

I våra förslag i avsnitt 8.6.2 förväntas i stället legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i kommunen fylla funktionen som fast vårdkontakt (när det gäller den enskildes hälso- och sjukvård). I den rollen blir de en central samarbetspartner till den fasta omsorgskontakten, i ett samarbete där de bägge kontaktfunktionerna bidrar med sina respektive kompetensområden, utifrån den enskildes behov och önskemål.

7.3.13 Uppföljning för kvalitetsutveckling

Utredningens förslag: Det ska införas en bestämmelse i äldreomsorgslagen som anger att socialnämnden senast den 1 mars varje år ska upprätta en kvalitetsberättelse för äldreomsorgen.

En kvalitetsberättelse ska innehålla en redogörelse för

[170] Prop. 2021/22:116, *Fast omsorgskontakt i hemtjänsten*, s. 24.

1. hur arbetet med att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits,
2. vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra kvaliteten, och
3. vilka resultat som uppnåtts.

Socialnämnden ska ta del av kvalitetsberättelserna tillsammans med de patientsäkerhetsberättelser som ska upprättas enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659) som avser hälso- och sjukvård inom nämndens ansvarsområde.

Kvalitetsberättelsen och patientsäkerhetsberättelserna ska utgöra underlag för nämndens utveckling och säkring av äldreomsorgens kvalitet.

Skäl för utredningens förslag

Kvalitetsberättelse för att utveckla och säkra kvaliteten

Vårt förslag om krav på kvalitetsberättelser syftar till att äldreomsorgen och dess kvalitetsutveckling ska uppmärksammas mer från den politiska ledningen i kommunen. Ansvariga för äldreomsorgen i kommunen behöver försäkra sig om tillräcklig insyn för att kunna uppmärksamma brister och förbättringsområden samt följa och styra kvalitetsutvecklingen i kommunen. Detta är något som lyfts fram i våra dialoger. Likaså har det bekräftats i våra dialoger med företrädare för kommuner som arbetar med kvalitetsberättelser att dessa är en nödvändig förutsättning för att ansvariga i nämnden ska kunna ta sitt ansvar för kvaliteten och dess utveckling.

Kvaliteten inom äldreomsorgen behöver stärkas, det visar såväl rapporter som forskning (se avsnitt 7.1). Socialnämnden har enligt socialtjänstlagen ansvar för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.[171] Kravet på god kvalitet gäller både privat och offentlig verksamhet och för såväl myndighetsutövning som övriga insatser.[172] För att åstadkomma det är ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete centralt. Att arbeta med kvalitetsberättelser är ett sätt att arbeta systematiskt med att

[171] 3 kap. 3 § SoL.
[172] Prop. 1996/97:124, *Ändring i socialtjänstlagen*, s. 51.

synliggöra verksamhetens kvalitet och vilka förbättringar som behöver göras för att nå upp till krav och mål på kvalitet i verksamheterna.

I dag finns ett allmänt råd i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som anger att den som bedriver socialtjänst bör upprätta en kvalitetsberättelse. Vi anser att alla socialnämnder inom äldreomsorgen behöver upprätta en kvalitetsberättelse. För att säkerställa detta behöver det ställas bindande krav i lag. Därför föreslår vi att det införs ett krav på att socialnämnderna ska upprätta en årlig kvalitetsberättelse för äldreomsorgen. Ett bindande lagkrav möjliggör även nationella jämförelser, vilket efterfrågats i utredningens dialoger.

Vad är kvalitet

Vad som är kvalitet kan betyda olika saker i olika sammanhang. Det kan vara svårt att klart definiera och entydigt fastställa vad som är kvalitet i äldreomsorgen. I förarbetena till bestämmelsen om kvalitet angavs följande om kvalitet i äldreomsorgen.

> Socialtjänstens verksamhet för äldre skall präglas av respekt för den enskildes självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet. Detta förutsätter att omsorgs- och vårdinsatser utformas utifrån den enskildes individuella behov, förutsättningar och önskemål. Grundläggande för en individuell utformning av insatserna är en professionell och rättssäker behovsbedömning och att den enskilde får information om socialtjänstens möjligheter till stöd och hjälp. God kvalitet i äldreomsorgen innebär att vid behovsbedömningen och i det dagliga arbetet uppmärksamma behov av sådana insatser som kan underlätta den dagliga livsföringen t.ex. hjälpmedel, bostadsanpassning och rehabilitering. En viktig kvalitetsaspekt inom äldreomsorgen är också att inbegripa anhöriga i vårdplaneringen och erbjuda dem stöd i olika former. En väl fungerande samverkan inom socialtjänstens olika verksamheter och tillsammans med andra berörda organ i kommunen har stor betydelse för kvaliteten i äldreomsorgen. En sådan samverkan kan handla om allt från socialtjänstens medverkan i samhällsplaneringen till ett väl integrerat medicinskt och socialt synsätt i det dagliga vårdarbetet. Begreppet helhetssyn ger uttryck för ett sådant integrerat synsätt där den enskildes behov av kontinuitet och trygghet alltid måste lyftas fram före de behov som organisationer och administration kan ställa. Vården mot och i livets slutskede är det område där olika vårdgivares och vårdnivåers samverkan ställs inför stora krav och där god kvalitet i alla dess aspekter måste uppmärksammas.

> God kvalitet i omsorg och vård av äldre förutsätter att den enskilde och/eller dennes företrädare ges ett verkligt inflytande över insatsernas utformning. Dessa bör planeras och genomföras i en förtroendefull samverkan med den enskilde och/eller dennes företrädare. Ett reellt inflytande handlar också om bemötande och om respekt för var och ens särart, vilja och önskemål. Ett gott bemötande kräver kunnighet, lyhördhet, inlevelseförmåga och empati – ett medvetet förhållningssätt. En av de viktigaste förutsättningarna för att uppnå god kvalitet i omsorgen om äldre är tillgången till personal med lämplig utbildning och kompetens samt ett tydligt och engagerat ledarskap. Genom att fortlöpande beakta behovet av kompetensutveckling stärks möjligheterna att hålla en god kvalitet i socialtjänstens olika verksamheter.[173]

De aspekter av vad som är kvalitet i äldreomsorgen överensstämmer väl med de aspekter som regleras i socialtjänstlagen (2001:453) och i vårt förslag till äldreomsorgslag. När vi i vårt förslag till bestämmelse använder begreppet ”kvalitet” avser vi att kraven och målen i socialtjänstlagen och äldreomsorgslagen samt andra föreskrifter som gäller för äldreomsorgen uppfylls. Kvalitet har naturligtvis många fler dimensioner och verksamheterna sätter upp egna mål för kvalitet och utveckling som också bör följas upp och synliggöras i en kvalitetsberättelse, det innefattas dock inte i kraven i vårt förslag till bestämmelse.

Vad ska en kvalitetsberättelse omfatta

Kvalitetsberättelsen ska beskriva hur arbetet med att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten inom äldreomsorgen har bedrivits, vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra äldreomsorgens kvalitet, och vilka resultat som uppnåtts.

Vårt förslag till bestämmelse reglerar inte i detalj vad kvalitetsberättelsen ska innehålla eller omfatta. Ett systematiskt kvalitetsarbete behöver dock omfatta vad som framkommit vid riskanalyser, egenkontroll och utredningar av avvikelser, utredningar om missförhållanden och lex Sarah-rapportering i enlighet med 14 kap. 3 § SoL och klagomål på verksamheten. Flera kommuner som upprättar kvalitetsberättelser redogör för sitt resultat i Socialstyrelsens öppna jämförelser och egna brukarundersökningar samt deras förändring över åren. Vidare är domar som gått nämnden emot och icke verk-

[173] Prop. 1996/97:124, *Ändring i socialtjänstlagen*, s. 54 f.

ställda beslut viktiga områden att beskriva för att kunna bedöma och förbättra kvaliteten i verksamheten.

Vanligt är också att man beskriver kommunens egna mål och måluppfyllelsen för dem i kvalitetsberättelsen. Kvalitetsberättelsen kan även var ett dokument där egna mål, särskilda satsningar och prioriterade områden för utveckling beskrivs och följs upp.

I den fortsatta beredningen kan det också övervägas att ge relevant myndighet, i samarbete med SKR, ett uppdrag att ta fram stödmaterial, t.ex. i form av en mall. Det kan också övervägas om en sådan mall bör inkludera och struktureras utifrån de områden som ska ingå i NOK.

Kvalitetsberättelse och patientsäkerhetberättelse

På hälso- och sjukvårdens område finns ett liknande krav om att vårdgivare senast den 1 mars varje år ska upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten, och vilka resultat som har uppnåtts. Patientsäkerhetsberättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.[174]

För att socialnämnden med sitt ansvar som huvudman ska få en sammantagen bild av kvalitet i såväl den sociala omsorgen som i den hälso- och sjukvård man ansvarar för föreslår vi att socialnämnden ska ta del av kvalitetsberättelserna tillsammans med de patientsäkerhetsberättelser som ska upprättas och som avser hälso- och sjukvård inom nämndens ansvarsområde. Patienssäkerhetsberättelser ska upprättas av varje vårdgivare. I de fall det finns flera privata vårdgivare som kommunen har ett huvudmannaansvar för behöver nämnden ta del av de privata patientsäkerhetsberättelserna inom sitt ansvarsområde. Dessa ska enligt bestämmelsen i patientsäkerhetslagen hållas tillgängliga.

Det finns exempel på kommuner som upprättar kvalitets- och patientsäkerhetsberättelser i ett samlat dokument. Att arbeta så ger goda förutsättningar för att se hur samverkan fungerar och kan utvecklas.

[174] 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.

Kvalitetsberättelserna och patientsäkerhetsberättelserna ska utgöra ett underlag för nämnden för hur kvaliteten ska utvecklas. Det görs lämpligen genom att förbättringsområden identifieras och mål och strategier för kommande års utvecklings- och förbättringsarbete sätts upp.

Som beskrivits i avsnitt 5.2.3 finns i vissa kommuner en funktion som kallas socialt ansvarig samordnare, förkortad SAS. Deras uppgifter ser olika ut i olika kommuner, men det är vanligt att uppgifterna liknar de som en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ofta har kring uppföljning på övergripande nivå i kommunerna. I de kommuner som har en SAS och upprättar kvalitetsberättelser är det ofta SAS som tar fram underlaget till den.

Ofta samverkar SAS med MAS:en i dagliga arbetsuppgifter. I många kommuner ingår de i en stab med ansvar för bl.a. uppföljning av kvaliteten där de planerar sitt arbete gemensamt. I våra dialoger beskriver en del att de arbetar tillsammans med kvalitets- och patientsäkerhetsberättelser. Ett samarbete mellan dessa professioner ger en styrka och goda förutsättningar i samverkan kring utredningar (lex Sarah, vårdskador och lex Maria) och även vid det övergripande kvalitetsarbetet.

Vi anser att det är värdefullt att i socialtjänsten ha en kvalitetsfunktion liknande SAS. Det gäller dock för hela socialtjänsten och inte bara för äldreomsorgen. Regeringen bör därför överväga att utreda frågan.

7.3.14 Ledarskap

Utredningens förslag: I äldreomsorgslagen ska regleras att chefer, som är den närmaste chefen för den operativa verksamheten i verksamheter som utför insatser inom äldreomsorgen, ska ges de förutsättningar som behövs för att de ska kunna utföra ett aktivt och närvarande ledarskap.

Skäl för utredningens förslag

Ett aktivt och närvarande ledarskap

Enligt utredningens bedömning behöver den närmaste chefen för den operativa verksamheten få bättre förutsättningar för att kunna utöva ett aktivt och närvarande ledarskap. Ett aktivt och närvarande ledarskap är en förutsättning för att vården och omsorgen ska kunna bedrivas med en god kvalitet. Cheferna har ansvar för en komplex verksamhet och ska tillsammans med medarbetarna uppnå de mål som ställs upp för verksamheten och arbeta för att kvaliteten i äldreomsorgen är god. Att skapa goda förutsättningar för cheferna att aktivt delta i ledning och utveckling av vården och omsorgen har avgörande betydelse för enskildas möjligheter att få insatser av god kvalitet. Att ledarskapet fungerar väl är av största vikt för kvaliteten och säkerheten i omsorgen. Det är även viktigt för arbetsmiljön. En hög sjukfrånvaro och hög omsättning av personal försämrar första linjens chefers möjlighet att stödja en god omsorgsrelation mellan de äldre personerna och personalen. Det är därför en viktig del i utvecklingen av äldreomsorgens kvalitet att cheferna får rätt förutsättningar och stöd för att kunna utöva ett aktivt och närvarande ledarskap.

Vilka chefer avses?

Med den närmaste chefen för den operativa verksamheten avser vi den chef som planerar och leder den dagliga verksamheten samt ansvarar för personal. Det överensstämmer med hur enhetschef inom äldreomsorgen beskrivs i den nationella yrkesklassificeringen:

> En verksamhetsnära chef underställd mellanchef, chef för förvaltning, regiondirektör eller verkställande direktör. Högsta chef i företag utan chefshierarki inom äldreomsorg. Planlägger och leder den dagliga verksamheten samt ansvarar för personal. [175]

Ett vanligt uttryck för denna chef är första linjens chef, ett uttryck som vi också använder i samma betydelse i detta betänkande. Denna benämning anser vi dock vara för otydligt formulerad för författ-

[175] SCB, *Standard för svensk yrkesklassificering (SSYK)*, I SSYK används begreppet landstingsdirektör, vilka numera kallas regiondirektör.

ningstexten. Vanliga titlar för den första linjens chef är verksamhetschef eller enhetschef.

Den första linjens chef är i första hand chef för omsorgspersonal och sjuksköterskor, men det kan även vara rehabiliterande eller administrativ personal. De kan dessutom vara chefer för vaktmästare, köks-/ekonomipersonal och de arbetar gentemot många andra professioner såsom till exempel läkare, gode män, fastighetsskötare samt med personer som får hjälp och stöd från äldreomsorgen och anhöriga eller andra närstående.[176]

De verksamheter som omfattas av bestämmelsen är verksamheter som utför insatser till enskilda, dvs. chefer inom hemtjänst och särskilda boendeformer och dagverksamhet. De som arbetar med biståndshandläggning eller annat omfattas alltså inte av förslaget till bestämmelse. Naturligtvis är det av vikt att även dessa chefer har goda förutsättningar att utöva ledarskap, men det är framför allt för chefer som verkar i hemtjänsten och särskilda boenden som brister och problem beskrivits. Därför bedömer vi att det är i dessa verksamheter som det behövs lagreglering om chefers förutsättningar och att en lämplig avgränsning för bestämmelsen är verksamheter som utför insatser inom äldreomsorgen.

Det förekommer olika sätt att organisera och fördela ansvar och arbetsuppgifter. Ibland finns även gruppledare eller andra funktioner som kan ha en del av de uppgifter som vi beskriver. Oavsett hur man fördelat eller delegerat ansvar avser vi i den föreslagna bestämmelsen, den chef som har det övergripande ansvaret för den operativa verksamheten, planering och ledning av den dagliga verksamheten och personalansvar.

Innebörden av ett aktivt och närvarande ledarskap.

Att vara chef inom äldreomsorgen är ett komplext uppdrag. Chefer inom vård och omsorg har krav på effektivitet och kvalitet. De har i uppdrag att genomföra sina uppgifter på ett kostnadseffektivt sätt. Det är även chefernas ansvar att verksamheten bedrivs så att äldre personer och deras anhöriga och andra närståendes behov och förväntningar möts, dvs. en god kvalitet i omsorgen. Ofta är chefen

[176] Vision, *Tid att leda. En kunskapsöversikt om hur chefskap påverkar äldreomsorgens kvalitet*, 2014.

även direkt involverad i det dagliga arbetet.[177] Chefens ansvar för personalfrågor inkluderar handläggning av exempelvis nyrekryteringar, anställningar, omplaceringar, utbildning och handledning, men även medarbetarsamtal, lönesamtal och arbetsmiljöfrågor.[178]

Det vi avser med ett aktivt och närvarande ledarskap handlar fram allt om att kunna ge stöd och ledning till personalen. Det innebär bl.a. att chefen ska kunna:

- leda och samordna arbetet mot målet att bedriva arbetet med god kvalitet,
- ge handledning och metodstöd,
- säkerställa nödvändig utbildning, fortbildning och kompetens,
- återkoppla till medarbetarna och
- skapa en god arbetsmiljö.

Det nämnda är exempel på uppgifter och är inte avsett att vara en uttömmande beskrivning. De uppgifter som ingår i ett aktivt och nära ledarskap kan variera bl. a. utifrån vilken typ av verksamhet som chefen ansvarar för. I fokus är vad som behövs för att stödja och leda medarbetarna så att den omsorg som chefen ansvarar för kan bedrivas med en god kvalitet. För att detta ska vara möjligt behöver den första linjens chef få de förutsättningar som krävs för att kunna utöva ett aktivt och närvarande ledarskap.

Förutsättningar för att utöva ett aktivt och närvarande ledarskap

Utredningen bedömer att huvudmännen, dvs. socialnämnderna i egenskap av arbetsgivare eller beställare av äldreomsorg i enskild regi, behöver arbeta aktivt för att möjliggöra ett aktivt och närvarande ledarskap. I detta ligger bl.a. att första linjens chefer får ett rimligt antal medarbetare att ha chefsansvar för. Eftersom kommunerna är ansvariga för äldreomsorgen finns det stora variationer inom landet och det finns många särskilda boenden och hemtjänst som fungerar bra. Trots variationerna finns det vissa typiska struk-

[177] Socialstyrelsen, *Påverkar chefens personalansvar kvaliteten i vården och omsorgen?*, 2006.
[178] Vision, *Tid att leda. En kunskapsöversikt om hur chefskap påverkar äldreomsorgens kvalitet*, 2014.

turer som kännetecknar verksamheten och som skapar återkommande problem.[179]

Kartläggningar visar att den första linjens chefer inom äldreomsorgen ofta har chefsansvar för alltför många medarbetare för att de ska kunna anses ha rimliga förutsättningar för ett aktivt och närvarande ledarskap (se även avsnitt 7.1.7).[180] Vi delar denna bild.

Tidigare rapporter och utredningar har föreslagit en övre gräns eller ett spann som ett målvärde för hur många medarbetare som är ett rimligt antal per chef. De överensstämmer med den rekommendation som Utredningen Nationell samordnare för kompetensförsörjning inom vård och omsorgs om äldre la fram i sitt betänkande. Den utredningen rekommenderade att arbetsgivare inom vården och omsorgen om äldre sätter ett tak för antalet medarbetare som den verksamhetsnära chefen med personalansvar ska ansvara för. Deras rekommendation är ett att sådant tak bör ligga i ett spann mellan 20–30 medarbetare.[181]

Utredningen delar de tidigare gjorda bedömningarna, men anser att en lagstiftning som är mycket detaljerad över hur mål ska uppnås riskerar att bli inaktuell i snabbare takt p.g.a. samhällsförändringar och utveckling av arbetssätt och metoder. En detaljerad lagstiftning lämnar inte heller samma utrymme för kommuner och verksamheter att utveckla verksamheten genom att finna olika sätt att svara mot mål och krav i lagstiftningen. Vi anser inte att det är lämpligt att i lagstiftning sätta upp ett tak för antal medarbetare. Socialtjänstlagen och vårt förslag till äldreomsorgslag är till största delen av mål- och ramlagskaraktär, och innehåller inte bestämmelser av en sådan detaljeringsgrad. Ett annat skäl till en mer övergripande mål- och ramlagstiftning är att förutsättningarna och omständigheterna skiljer sig åt i olika verksamheter.

I en enkät som vårdanalys gjort svarade flera av enhetscheferna inom hemtjänsten att en för liten arbetsgrupp kan göra det svårare att planera och lägga scheman. Flera chefer menade att de skulle klara av

[179] Studieförbundet näringsliv och samhälle (SNS), *Äldreomsorgens ständiga förändringar – om organisation, arbetsmiljö och ledarskap*, 2021.
[180] SOU 2021:52, *Vilja välja vård och omsorg – En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre,* s. 198; SOU 2020:80, *Äldreomsorgen under pandemin*, s. 250; Vård- och omsorgsanalys, *Läget för ledarna – Förutsättningar för ledarskapsutveckling i kommunal vård och omsorg, s. 52.*
[181] SOU 2021:52, *Vilja välja vård och omsorg – En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre*, s. 197; *Socialstyrelsen, Påverkar chefens personalansvar kvaliteten i vården och omsorgen?, 2006,* s. 36; SOU 2017:21, *Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg för äldre personer*, s. 418.

att ha stora personalgrupper om de i stället fick hjälp med administrativa uppgifter. Forskning visar också att lämplig storlek på personalgruppen beror på komplexiteten och variationen i chefernas och medarbetarnas arbetsuppgifter samt vilken typ av produktion eller verksamhet som organisationen ägnar sig åt.[182]

Det kan t.ex. vara skillnad mellan första linjens chefers möjligheter att stödja och styra medarbetarna mellan särskilda boenden och hemtjänst. I ett särskilt boende är personalen samlad, vilket ger andra möjligheter till planerad och förutsägbar tillvaro och personlig kommunikation med medarbetare. I hemtjänsten är medarbetarna spridda, vilket kan riskera leda till ad hoc-lösningar. Vissa chefer ansvarar för flera enheter eller geografiskt spridda arbetsplatser, vilket innebär särskilda utmaningar för att kunna utöva ett närvarande ledarskap.

Vi föreslår en bestämmelse som innebär ett krav på socialnämnden att säkerställa att första linjens chefer får de förutsättningar som krävs för att kunna utföra ett aktivt och närvarande ledarskap. Det ger en ökad tydlighet om kommunernas ansvar, men också ett utrymme för en anpassning till de lokala förhållandena och den specifika verksamhetens karaktär och behov.

Att skapa de nödvändiga förutsättningarna som krävs för att möjliggöra ett aktivt och närvarande ledarskap innebär ofta att arbeta med flera olika lösningar. Organisatoriska och strukturella förutsättningar behöver skapas för att första linjens chefer ska kunna arbeta för en ökad kvalitet inom äldreomsorgen, i samverkan med personalen och dem som verksamheten berör. Det handlar om att se över situationen så att kraven på och resurserna till chefen är i balans.

Förekomsten av krav och resurser påverkar chefernas arbetssituation och förutsättningar. Framför allt har bättre stödfunktioner lyfts som underlättande för chefer att vara närvarande.[183] Som exempel på viktiga resurser kan nämnas stöd från ledning, stödfunktioner som IT, HR och administration samt ekonomi och stöd från chefskollegor. Det kan handla om administrativt stöd som en assistent eller samordnare som bistår i planering av insatser och schemaläggning. Andra exempel på hjälpsamt stöd för chefer är stöd med per-

[182] Vård- och omsorgsanalys, Läget för ledarna – Förutsättningar för ledarskapsutveckling i kommunal vård och omsorg, 2021.
[183] SOU 2021:52, *Vilja välja vård och omsorg*, s. 189.

sonaladministrativa uppgifter som att hantera intyg, avtal och anställningsbevis men även att dokumentera och rapportera statistik.

Den höga förekomsten av sjukskrivningar och psykisk ohälsa medför ett behov av stöd och handledning i både svåra samtal och frågor om rehabilitering för att kunna axla det ansvaret. Stöd från ledning och andra chefer har i tidigare studier visat sig vara viktigt för att skapa hållbara förutsättningar för cheferna. Det kan handla om att kunna diskutera personalfrågor, prioriteringar och verksamhetsrelaterade problem, men också att få feedback på chefsinsatser. Forskning har också visat att nätverk och mentorskap kan fungera väl för att ge cheferna stöd. Det är viktigt med en verksamhetsnära, reflekterande och respektfull kommunikation mellan överordnade och stabs- och personalfunktioner. Det är också viktigt med en strategiskt utformad introduktion av chefer och en fortsatt kompetensutveckling med ett tydligt genomtänkt budskap och tydliga mål.[184]

Om kommunen har lämnat över utförande av äldreomsorg till privata utförare behöver kommunen se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. Dvs. ge första linjens chefer de förutsättningar som behövs för att de ska kunna utföra ett aktivt och närvarande ledarskap. Det sker i huvudsak genom krav som ställs i förfrågningsunderlaget och i de avtal som tecknas med de privata utförarna. Kommunen ska också kontrollera och följa upp att verksamheten uppfyller kraven. (Se avsnitt 5.1.3.)

Det krav som förs in om ledarskapet i äldreomsorgslagen kan sedan vidareutvecklas i en förordning om den nationella ordning som föreslås (se avsnitt 7.3.18), genom mer utvecklade riktlinjer om vad ett aktivt och närvarande ledarskap innebär och kräver för förutsättningar.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att analysera och bedöma förutsättningarna att införa en lämplig övre gräns för antalet anställda per första linjens chefer inom särskilda boenden för äldre och hemtjänst i äldreomsorgen. Uppdraget ska redovisas senast den 1 mars 2023.[185]

[184] Vård- och omsorgsanalys, *Läget för ledarna – Förutsättningar för ledarskapsutveckling i kommunal vård och omsorg*, 2021.
[185] Regleringsbrev för budgetåret 2022 avseende Socialstyrelsen, m.fl.

7.3.15 Personal, bemanning och kompetens

Utredningens förslag: Det ska införas en bestämmelse i äldreomsorgslagen som anger att i verksamheter som utför insatser inom äldreomsorgen ska det finnas den personal som behövs för att insatserna ska kunna utföras i enlighet med de mål och krav som gäller för verksamheten enligt denna lag och socialtjänstlagen (2001:453).

Skäl för utredningens förslag

Tillräckligt med personal med rätt kompetens är en förutsättning för en vård och omsorg av god kvalitet.

Utredningen föreslår att det anges i äldreomsorgslagen att det ska finnas den personal som behövs för att kunna bedriva en verksamhet som uppfyller de krav och mål som uppställs i socialtjänstlagen och i äldreomsorgslagen. Med detta avses såväl tillräckligt med personal som personal med rätt kompetens. Att ha ett tillräckligt antal personal i verksamheten för att kunna leva upp till de krav och mål som ställs i lagstiftningen bedömer vi är en självklar förutsättning redan i dag. Det är dock viktigt att detta tydliggörs i lagtexten på samma sätt som för hälso- och sjukvården och i LSS-verksamhet.

I 5 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, anges att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. Med den personal som behövs avses där såväl personalens antal som kompetens.[186] I 6 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS, anges att det ska finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad skall kunna ges.

I SoL finns krav på att det ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet.[187] Det uttrycks dock inte något krav i lagtexten på att det ska finnas ett tillräckligt antal personal. Enligt vår bedömning bör det framgå av lagtexten i äldreomsorgslagen att behovet av personal gäller både kompetens och antal på liknande sätt som i HSL och LSS. Personalen inom äldreomsorgen är central för att tillgodose

[186] Prop. 1995/96:176, *Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården,* s. 103.
[187] 3 kap. 3 § och 5 kap. 4 § SoL.

de äldres behov av insatser av god kvalitet. En adekvat bemanning med personal med rätt kompetens är avgörande för vilken kvalitet omsorgen får. Som redogjorts för tidigare, i avsnitt 7.1.7. så finns ett omfattande antal rapporter, bland från IVO, som visar hur både brist på adekvat kompetens och brist på bemanning medfört att vård och omsorg inte kunnat ges med god kvalitet. En avhandling som undersökt hur undersköterskors arbetsförhållanden på äldreboenden påverkar omvårdnaden visar att undersköterskors pressade arbetssituation medför att den kroppsliga omvårdnaden sker i ett så högt tempo att det kan leda till sänkt välbefinnande för äldre, skapa samvetsstress hos undersköterskor och försätta anhöriga i en ambivalent situation, som inte motsvarar vad de väntade sig när den äldre flyttade till vård- och omsorgsboende.[188]

Utöver utbildning behöver det enligt vår bedömning ske en grundläggande introduktion för dem som anställs i äldreomsorgen. Det behövs dessutom en kontinuerlig fortbildning och kompetensutveckling i verksamheten för att säkerställa kvaliteten i omsorgen.

Språkkunskaper och förmåga att kommunicera både muntligt och skriftligt är en grundförutsättning för att personalen ska kunna utföra arbetet inom äldreomsorgen på ett säkert sätt. Ett flertal rapporter vittnar dock om brister i språkliga kompetens hos personal i äldreomsorgen (se avsnitt 7.1.7). Arbetsgivare i äldreomsorgen måste ställa krav vid rekrytering, utifrån verksamhetens behov av kvalitet och kompetens. I Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre anges att personalen bör ha förmåga att förstå, tala, läsa och skriva svenska.

Regeringen har lämnat i uppdrag till Socialstyrelsen att ta fram ett stöd för att underlätta för verksamheterna att bedöma vilka kunskaper i svenska språket som personalen behöver för arbetsuppgifter inom den del av äldreomsorgen som avser kommunernas socialtjänst. Genom stödet ska verksamheterna få vägledning i bedömningen av om personalen har tillräckliga kunskaper i det svenska språket för aktuella arbetsuppgifter. Stödet ska vara frivilligt för verksamheterna att använda. Språkbedömningsstödet är främst tänkt att användas vid nyrekrytering av personal men ska också kunna användas vid bedömning av om befintlig personal har behov av att stärka sina kunskaper i det svenska språket. Uppdraget ska redovisas den 28 februari 2023.

[188] Holmberg, B, Äldre i centrum 3/202, *Att vilja men inte kunna*.

Vårt förslag på bestämmelse riktar sig enbart till de verksamheter som utför insatser i äldreomsorgen, det vill säga sådana insatser som rör stöd och hjälp i den dagliga livsföringen. De som har dessa uppgifter är omsorgspersonal som undersköterskor, specialistundersköterskor och vårdbiträden. Vårt förslag reglerar dock inte vilka yrkeskategorier som ska finnas i verksamheten, och inte heller anställningsform.

Med uttrycket ”den personal som behövs” avser vi att det ska finnas ett tillräckligt antal personal och att personalen ska ha rätt kompetens för att utföra insatserna i enlighet med lagstiftningens krav och mål. De krav och mål som ska uppfyllas är de som gäller enligt lagstiftningen som reglerar äldreomsorgen i SoL och äldreomsorgslagen, bl.a. att insatserna ska vara av god kvalitet och att enskildas behov av kontinuitet, säkerhet och trygghet kan beaktas vid planering och organisering av verksamheten. Det innebär bl.a. även att kunna ha ett förebyggande perspektiv och en hälsofrämjande, funktionsstödjande inriktning, att kunna uppfylla värdegrundens krav och att kunna ge en omsorg som utgår från individens behov och förutsättningar.

Tillräckligt antal personal

Vad som är en lämplig bemanning har diskuterats under lång tid. Det har framförts önskemål i våra dialoger om att föreslå bestämmelser i lag om lämpliga spann eller nyckeltal för bemanning. Det är enligt vår bedömning inte möjligt eller lämpligt att i lagstiftning ange ett antal personal som är generellt tillräckligt. Det måste avgöras från fall till fall utifrån behoven och förutsättningarna i verksamheten. Behoven av personal är beroende av många faktorer såsom personalens erfarenhet, omsorgsbehov hos de äldre personerna, ledarskap, mandat och uppdrag, utbildning etc. Utredningen ser att det är lämpligt att ta fram planeringsverktyg som kan användas lokalt, där alla väsentliga faktorer kan vägas in. Att reglera antal personal och utbildningsnivå i lag är alltför trubbigt och därmed inte ändamålsenligt.

Det finns inte någon vedertagen norm för hur vi kan mäta vård- och omsorgsbehov och vad som utifrån det är en lämplig bemanningsgrad. En grupp där behoven av en tillräcklig bemanning är av särskild betydelse är personer med demenssjukdom eller demensliknande tillstånd. De behöver i regel omfattande vård- och omsorgsinsatser,

dygnet runt. De behöver ofta hjälp av personalen vid oro och för personlig omvårdnad. Vissa personer kan inte lämna sängen utan hjälp av personal, andra vandrar runt nattetid.

Hur mycket personal som behövs i en verksamhet är även avhängigt andra förutsättningar än vård- och omsorgsbehov, som t.ex. personalens kompetens, förekomsten av legitimerad hälso- och sjukvårdpersonal, arbetssätt, lokalers utformning och tillgång till tekniskt stöd m.m. Hur mycket personal som behövs behöver därför kunna anpassas till lokala förutsättningar och vara en fråga som huvudmännen och enskilda utförare av insatser ansvarar för. Att reglera antal personal i lag skulle inte vara ändamålsenlig styrning och inte heller lämna utrymme till kommunerna att anpassa bemanning efter alla de förutsättningar som ska vägas in.

Behovet av planeringsverktyg

Utredningen har övervägt möjligheten att ta fram ett planeringsverktyg som stöd för att beräkna vilken bemanning som behövs. Givet att det saknas en tydlig norm för hur vård- och omsorgsbehov ska mätas, finns det ingen given grund att utgå ifrån och det har inte funnits utrymme inom ramen för vårt uppdrag att ta fram ett sådant stöd. I våra dialoger har det uttryckts ett behov av planeringsverktyg för att ge de som bedriver verksamhet i äldreomsorgen stöd för att beräkna vilken bemanning som behövs i verksamheten.

I förordningen om den nationella ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen som föreslås kan lagstiftningens krav och mål konkretiseras och tydliggöras. I vårt förslag till modell för en förordning förutsätts att de bestämmelser som tas fram där enbart gäller verkställighet av lag och därmed inte tillför något väsentligt nytt (se avsnitt 7.3.18). Det kan t.ex. handla om kontinuitet, trygghet och säkerhet vid planering och organisering av verksamheten. Det kan medföra en ökad tydlighet i vilka resurser i form av bemanning som krävs och också utgöra ett underlag för att utarbeta ett planeringsverktyg.

Välfärdsteknik

Välfärdsteknik kan bidra till en persons självbestämmande och samtidigt till att behov av trygghet och omsorg tillgodoses. Välfärdsteknik kan även bidra till minskad stress och ökade möjligheter att fokusera på äldre med ett större omsorgsbehov för personalen. Användningen av välfärdsteknik kan innebära att personalen avlastas från rutinmässiga arbetsuppgifter. På så sätt kan äldreomsorgen effektiviseras. Det kan även medföra en förbättrad arbetsmiljö för personalen att kunna slutföra sina arbetsuppgifter med mindre stress och med minskad oro för att något ska ha hänt när personalen inte är där eller inte kommer att vara där under viss tid.[189]

Samla kompetens genom teambaserade arbetssätt

Ett sätt att stärka den sammantagna kompetensen är enligt vår mening att samarbeta i interprofessionella team. Det stärker också samverkan mellan olika professioner. Arbetssättet gagnar både den äldre personen, anhöriga eller andra närstående och personalen. Det är ett arbetssätt som redan används på flera håll i landet. Vård och omsorg om äldre behöver beaktas som ett arbete där både teoretisk och praktisk kunskap behövs, ett arbete som utvecklas nära den äldre personen. Äldreomsorgen har även benämnts som ett erfarenhetsyrke, dvs. där man tillägnar sig kunskap över tid och genom praktisk träning. I teambaserat arbete kan både teoretiska och praktiska kunskaper tas tillvara och berika varandra.[190]

Enligt Socialstyrelsen är kunskapen om behoven hos personer med demenssjukdom otillräcklig hos alla yrkeskategorier inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Kunskapsbristerna är ett hinder för att utveckla diagnostik och läkemedelsbehandling. Dessa gör det också svårare att tidigt upptäcka kognitiv svikt, utveckla omsorgen och höja livskvaliteten för personer med demenssjukdom.[191]

I den nationella strategin för omsorg om personer med demenssjukdom anges att en viktig förutsättning för att kommuner och regioner ska kunna erbjuda vård och omsorg av god kvalitet är att verksamheterna är bemannade med medarbetare med rätt kompetens.

[189] Ds 2022:4, *Ökade möjligheter till användning av välfärdsteknik inom äldreomsorgen*, s. 21.
[190] Ds 2022:4, *Ökade möjligheter till användning av välfärdsteknik inom äldreomsorgen*, s. 159.
[191] Socialstyrelsen, *En nationell strategi för demenssjukdom. Underlag och förslag till plan för prioriterade insatser till år 2022*, 2017.

För att långsiktigt trygga verksamheter i välfärden behöver arbetsfördelningen mellan olika yrkesgrupper ses över och medarbetarnas kompetens tydligare värderas och användas.[192]

Socialstyrelsen ska enligt ett regeringsuppdrag ta fram ett kunskapsmaterial som behandlar teambaserat arbetssätt i arbete med äldre personer som har sammansatta behov i enlighet med förslaget från den nationella samordnaren för en hållbar kompetensförsörjning inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre (SOU 2021:52). Socialstyrelsen ska lämna en redovisning av uppdraget till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 1 mars 2023.[193]

Grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre

Som beskrivits i avsnitt 5.2.5 utfärdade Socialstyrelsen 2011 allmänna råd med rekommendationer om kompetens till stöd för tillämpningen av bestämmelsen om lämplig utbildning och erfarenhet i 3 kap. 3 § andra stycket SoL. De allmänna råden gäller för den personal som i sin yrkesutövning ger äldre personer stöd och hjälp efter beslut enligt 4 kap. 1 och 2 §§ SoL.[194]

Utredningen Nationell samordnare för kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre rekommenderade i sitt betänkande regeringen att ge Socialstyrelsen i uppdrag se över de allmänna råden för att säkerställa att de är ändamålsenliga. De menar även att Socialstyrelsens kompetensmål för undersköterskor som publicerades 2021 utgör en god grund i det arbetet.[195] Vi instämmer i den bedömningen.

En eventuell översyn av de allmänna råden skulle enligt vår mening behöva samordnas med framtagande av den nationella ordningen för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen som vi föreslår (se avsnitt 7.3.18). Där kan förtydligas vad som ska anses vara en tillräcklig kompetens inom olika områden för att äldreomsorgen ska kunna utföras med en god kvalitet.

---

[192] Regeringen (Socialdepartementet), *Nationell strategi för omsorg om personer med demenssjukdom*, s. 11.
[193] Regleringsbrev för budgetåret 2022 avseende Socialstyrelsen, S2021/04973(delvis) S2022/02422.
[194] Socialstyrelsens allmänna råd (SOFS 2011:12) *om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre*.
[195] SOU 2021:52, *Vilja välja vård och omsorg*, s. 167.

7.3.16 Stöd till anhöriga och andra närstående

Utredningens förslag: Bestämmelsen i 5 kap. 10 § SoL om att socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar eller stödjer en närstående äldre person ska föras in i äldreomsorgslagen och ordalydelsen uppdateras avseende begrepp och målgrupper.

Bestämmelsen i SoL ändras så att den enbart omfattar dem som vårdar eller stödjer en närstående som är långvarigt sjuk eller en yngre person med en funktionsnedsättning.

En ny bestämmelse föreslås i äldreomsorgslagen om att socialnämnden i sin uppsökande verksamhet ska informera om det stöd som erbjuds dessa personer i kommunen.

Skäl för utredningens förslag

Anhöriga och andra närstående har en viktig roll och står för en stor del av vården och omsorgen om äldre i Sverige. Socialnämnden har ett ansvar för att erbjuda stöd till dem enligt 5 kap. 10 § SoL. Vi föreslår ett nytt krav om information om stödet.

Vi bedömer vidare att bestämmelsen som avser socialnämndens skyldighet att erbjuda stöd till personer som vårdar eller stödjer en närstående äldre person bör finnas i samma lag som vårt förslag till ny bestämmelse om information eftersom bestämmelsen om stöd och om information hänger nära samman. Vi föreslår därför att bestämmelsen ska föras in i äldreomsorgslagen.

Bestämmelsen om stöd till personer som vårdar eller stödjer i 5 kap. 10 § SoL

Bestämmelsen i SoL ändras så att den enbart omfattar dem som vårdar eller stödjer en närstående[196] som är långvarigt sjuk eller en yngre person med en funktionsnedsättning.

Vi förslår även några språkliga ändringar i bägge de berörda paragraferna. I den nu gällande bestämmelsen i SoL används olika uttryck. Där anges att socialnämndens ska erbjuda stöd för den som

[196] Med närstående avses här den som får stöd och hjälp.

”vårdar” en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som ”stödjer” en närstående som har funktionshinder. I propositionen som föregick bestämmelsen i sin nuvarande lydelse förklaras inte närmare varför man använder olika begrepp för olika målgrupper i bestämmelsen. Oftast används båda begreppen tillsammans i texterna, dvs. den som stödjer eller vårdar en närstående.

Vi bedömer att någon skillnad inte avsetts och vi anser inte att det bör göra någon skillnad om man vårdar eller stödjer en närstående, därför föreslår vi att lydelsen ändras till den som ”vårdar eller stödjer” för att förtydliga detta.

Bestämmelsen i socialtjänstlagen som fortsatt ska gälla för långvarigt sjuka och yngre personer med funktionsnedsättning bör få samma lydelse.

Likaså bör ordet funktionshinder ersättas av funktionsnedsättning, i enlighet med modernt språkbruk.

Information om stöd till anhöriga och andra närstående

Det är enligt vår mening viktigt att ha ett proaktivt, förebyggande och hälsofrämjande perspektiv på de anhörigas och andra närståendes situation, såväl för behov av stöd i sin roll som omsorgsgivare som stöd för deras egen hälsa och livskvalitet. En förutsättning för detta är att socialtjänsten arbetar aktivt med information om möjligt stöd och når de som har behov av stöd innan påfrestningar har medfört negativa konsekvenser på den egna hälsan och livskvaliteten.

Flera studier har sökt fastställa hur mycket informella omsorgsinsatser som görs i Sverige. Gemensamt för dessa är att anhörigas insatser beskrivs som omfattande. Trots att Sverige jämfört med många andra länder har en väl utbyggd vård och omsorg om äldre, står anhöriga för stora anhöriginsatser till denna grupp. I den proposition som föregick den nu gällande bestämmelsen om stöd till anhöriga och andra närstående 2010 anges att anhöriga då stod för två tredjedelar av alla insatser till hemmaboende personer 75 år och äldre.[197]

[197] Socialstyrelsen, *Anhöriga som vårdar eller stödjer närstående äldre personer. Underlag till en nationell strategi*, 2020.

Andelen personer som känner till att socialtjänsten har en skyldighet att ge stöd till personer som ger vård hjälp eller stöd till en närstående var enligt en studie enbart 31 procent 2018.[198]

Information om det stöd som finns att få behöver finnas lätt tillgängligt och riktas såväl till allmänheten som ännu inte har behov av sådant stöd, som till personer som har det. Socialnämnden behöver arbeta aktivt med att informera om vilket stöd som finns och vart man kan vända sig för att få stöd.

Att socialnämnden i den uppsökande verksamheten ska upplysa om socialtjänsten och erbjuda grupper och enskilda sin hjälp framgår av 3 kap. 4 § socialtjänstlagen. Utredningen anser dock att vikten av att nå personer som ger omsorg och har behov av närståendestöd särskilt behöver lyftas fram genom en bestämmelse i äldreomsorgslagen. Ett skäl till att stöd till dem som vårdar eller stödjer en äldre person behöver lyftas fram särskilt är att många av dem som ger omsorg till en äldre närstående själva är i en hög ålder. En äldre person har inte i samma utsträckning aktiviteter som arbete eller skola som erbjuder avlösning och avlastning under dagen för den som ger omsorg. Det gör att stöd från socialtjänsten i form av dagverksamhet, avlösning, korttidsboende m.m. kan vara av särskild betydelse för dem som ger omsorg till en äldre närstående.

Vårt förslag till bestämmelse anger inte på vilket sätt eller var informationen ska ges. Information om stöd till anhöriga behöver ges genom flera kanaler och gärna vid upprepade tillfällen. Detta eftersom anhörigas behov, och insikten om de egna behoven, kan förändras över tid.

Det stöd som finns varierar mellan kommunerna och det finns många lämpliga arenor för information. Naturligtvis på kommunens webbplats. Men information där kommer enbart den som söker den till del. Informationen behöver även finnas och spridas på andra platser som t.ex. hos hälso- och sjukvården. Information kan spridas på träffpunkter som vänder sig till äldre personer och genom samarbete med frivilligorganisationer och pensionärsorganisationer. Ett självklart tillfälle för sådan information är hos biståndshandläggaren efter en ansökan om insatser.

[198] Anhörigas riksförbund, *Anhörigperspektiv – en möjlighet till utveckling? Nationell kartläggning av kommunernas stöd till anhöriga*, 2019.

7.3.17 Nationella minoriteter och minoritetsspråk

Utredningens förslag: Bestämmelserna i 18–18 c §§ i lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk och bestämmelsen om minoritetsspråk i 5 kap. 6 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453) flyttas till äldreomsorgslagen.

Skäl för utredningens förslag

Utredningen föreslår att bestämmelserna om nationella minoriteter och minoritetsspråk i 18–18 c § i lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk (som särskilt avser äldreomsorgen) och bestämmelsen om minoritetsspråk i 5 kap. 6 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453) flyttas till den föreslagna äldreomsorgslagen.

När nya bestämmelser – som gäller inom äldreomsorgen – infördes i lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk, förkortad minoritetslagen, anförde regeringen att minoritetslagen har ett stort symbolvärde och har inneburit ett erkännande och synliggörande av de nationella minoriteterna och minoritetsspråken. Den utgör en sammanhållen lagstiftning som reglerar de nationella minoriteternas rättigheter (Se vidare avsnitt 5.1.6).

Detta innebär emellertid när det gäller äldreomsorg, liksom förskola, att de nationella minoriteternas rättigheter på området har reglerats vid sidan av den sektorsspecifika lagstiftningen. Regeringen ansåg att det fanns fördelar med att föra över bestämmelserna om enskildas rätt till äldreomsorg på minoritetsspråk till socialtjänstlagen, som innehåller övriga centrala bestämmelser om äldreomsorg. Dagens ordning kan ge ett intryck av att de nationella minoriteternas rättigheter utgör något som ska beaktas vid sidan av den ordinarie verksamheten och inte som en integrerad del av socialtjänstens uppdrag. Med hänvisning till den då pågående utredningen Framtidens socialtjänst, som hade i uppdrag att göra en översyn av socialtjänstlagen, bedömde regeringen att det då inte var lämpligt att genomföra en flytt av bestämmelserna om äldreomsorg på minoritetsspråk till socialtjänstlagen. Det framfördes dock att det finns starka skäl som talar för att de nationella minoriteternas rättigheter inom äldreom-

sorgen ska regleras integrerat med andra bestämmelser om äldreomsorg.[199]

Utredningen delar den bedömningen och föreslår att reglerna om språk och kulturell identitet inom äldreomsorgen flyttas från minoritetslagen till äldreomsorgslagen.

7.3.18 En nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen

Utgångspunkter för utredningens uppdrag

Vår utredning har i uppdrag att i äldreomsorgslagen föreslå bestämmelser som reglerar en ordning för en s.k. nationell omsorgsplan. Inspirationen till det som i direktiven kallas ”nationell omsorgsplan” kommer från skolans läroplaner. Lagstiftaren har infört dessa som ett verktyg för att tydliggöra skolans uppdrag och för att skapa strukturer för mål- och kvalitetsuppföljning. Regeringen bedömer att en liknande modell kan bidra till en långsiktig förbättring av och en höjd kvalitet inom äldreomsorgen. En s.k. nationell omsorgsplan kan tydliggöra äldreomsorgens uppdrag och främja likvärdighet över landet.

Vårt utredningsuppdrag i denna del är tvådelat. Vi ska

- i äldreomsorgslagen föreslå bestämmelser som reglerar en ordning för en s.k. nationell omsorgsplan
- lämna förslag på områden som en sådan bör omfatta.

Vi har valt att kalla vår föreslagna modell för en nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen, förkortad NOK. I våra dialoger och möten med representanter för olika målgrupper blev det tydligt att ordet ”plan” ledde tankarna till en planering, vilket skapade en osäkerhet om vad vår föreslagna modell innebär.

Vår utredning ska dock inte ta fram denna NOK i sin helhet. Av direktiven framgår att regeringen i nästa steg avser ge relevant myndighet i uppdrag att precisera och utforma förslag på innehållet i den.

För att det ska vara möjligt för berörda aktörer att ta ställning till våra förslag om en sådan ordning, samt de områden som NOK bör

[199] Prop. 2017/18:199, *En stärkt minoritetspolitik*, s. 64 f.

omfatta, har vi dock bedömt att det är nödvändigt för oss att kunna visa på en tänkbar modell för en nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen. Vår förhoppning är även att en sådan kan underlätta den vidare processen för den myndighet som i nästa skede förväntas få uppdrag att ta fram NOK i sin helhet.

Mot denna bakgrund kommer vi att redovisa våra uppdrag kring en nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen enligt följande struktur:

– Förslag till bestämmelse i äldreomsorgslagen som reglerar en ordning för en nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen (här aktuellt avsnitt, 7.3.18).
– En modell för hur en nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen skulle kunna utformas (se avsnitt 7.4). Under denna rubrik redovisas våra förslag på områden (se avsnitt 7.4.2) men även en modell i övrigt för hur planen skulle kunna struktureras (se avsnitt 7.4.3).

Nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen

Utredningens förslag: Av äldreomsorgslagen ska det framgå att en förordning om en nationell ordning för kvalitetsutveckling inom äldreomsorg ska gälla för äldreomsorgen.

Den nationella ordningen för kvalitetsutveckling ska förtydliga äldreomsorgens uppdrag och innehåll genom att ange delmål och bestämmelser för genomförande för äldreomsorgen, utgående från de mål och andra bestämmelser som följer av lag. Ordningen för kvalitetsutveckling ska vara utformad utifrån socialtjänstlagen (2001:453) i äldreomsorgslagen.

Det ska tas in en upplysning i äldreomsorgslagen om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen kan meddela närmare föreskrifter om den nationella ordningen för kvalitetsutveckling.

Skäl för utredningens förslag

Förtydligande av äldreomsorgens uppdrag och innehåll

Enligt utredningens bedömning kan en modell för styrning av äldreomsorgen liknande den med skolans läroplaner tydliggöra äldreomsorgens uppdrag och innehåll. En mer tydlig och konkret reglering av hur äldreomsorgen ska arbeta för att uppnå målen och kraven som gäller för verksamheten kan vara ett stöd för såväl personal och chefer som arbetar i omsorgen som för politiker som leder och styr verksamheten.

Socialtjänstlagen är en målinriktad ramlag med mål, värderingar och principer för kommunernas socialtjänst. Reglering som närmare anger enskildas rättigheter, socialtjänstens förfaringssätt och förutsättningarna för att ge stöd och hjälp med god kvalitet förekommer inte i någon större utsträckning. Det har bidragit till att äldreomsorgens uppdrag och innehåll uppfattas som otydligt, såväl av allmänheten som av dem som har uppgifter inom äldreomsorgen (se avsnitt 7.1.1).

Den modell för en ordning för kvalitetsutveckling som utredningen föreslår är en modell för styrning där socialtjänstlagen och en äldreomsorgslag anger de grundläggande målen och bestämmelserna för äldreomsorgen och en ordning för kvalitetsutveckling anger mer preciserade nationella delmål tillsammans med bestämmelser för genomförande (se vidare avsnitt 7.4.3 för utförligare beskrivning av modellen). Utredningen bedömer att det skapar förutsättningar för att förtydliga och konkretisera äldreomsorgens uppdrag och innehåll och samtidigt bibehålla målstyrningen i lagstiftningen.

I NOK kan regler för hur man arbetar mot målen riktas till den nivå där de ska utföras. Dvs. i vissa fall till den politiska ledningen och i vissa fall direkt till den personal som arbetar i verksamheten och utför insatserna. På så sätt kan regler utformas då de blir mer konkreta och träffsäkra för den som ska tillämpa dem. Därigenom kan regleringen i en NOK vara ett stöd för de som arbetar eller styr inom äldreomsorgen. Genom att uppdraget och innehållet förtydligas i en NOK blir det tydligare vilka förväntningar man ska leva upp till.

Tydlighet och förutsebarhet stärker den enskildes ställning

En mer lättillgänglig, konkret och tydlig reglering underlättar för enskilda att förstå och förutse vad man ska kunna förvänta sig av äldreomsorgen. Genom att tydliggöra äldreomsorgens uppdrag och innehåll med mer preciserade bestämmelser i en NOK kan den enskildes ställning stärkas. Det innebär bättre förutsättningar för enskilda och deras anhöriga och andra närstående att vara delaktiga och utöva sin rätt till självbestämmande i alla delar av äldreomsorgen; vid ansökan om insatser, utredning, utformning och planering av insatser samt utförande och uppföljning av insatserna.

En lägre normgivningsnivå skapar förutsättningar för flexibilitet

Vi föreslår att det ska tas in en upplysning i äldreomsorgslagen om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddelar ytterligare föreskrifter om NOK.[200] Detta för att det ska framgå av lagen att bestämmelserna om planen finns att läsa i en annan författning.

Vi föreslår att NOK ska utformas i form av en förordning, med bindande bestämmelser inom de områden som NOK omfattar. Det innebär att bestämmelser som är mer konkreta än bestämmelserna i en mål- och ramlag införs på en lägre normgivningsnivå, i stället för genom en ökad grad av detaljreglering i lagstiftningen. Det är mer i enlighet med intentionen att ha målinriktad ramlagstiftning på området. I detta avseende är det lämpligt att i en förordning reglera formerna för hur man ska arbeta och skapa förutsättningar för att uppnå de mål och andra bestämmelser som gäller.

Bestämmelserna i förordningen om en NOK blir då föreskrifter om hur lagstiftningens krav ska verkställas. De innehåller inte bestämmelser om nya åligganden för kommunerna, utan förtydliganden kring äldreomsorgens uppdrag och innehåll. Förtydliganden som stödjer verksamheterna i hur de kan arbeta för att nå mål och andra bestämmelser i äldreomsorgslagen.

Det är vanligt att ramlagar behöver kompletteras med bestämmelser som konkretiserar lagens krav genom förordningar och myn-

[200] I benämningen föreskrift ingår bindande regler i form av lag, förordning eller myndighetsföreskrifter. Vi föreslår att NOK regleras i en förordning.

dighetsföreskrifter, dvs. detta sätt att reglera är inte något nytt för äldreomsorgslagen.

En ramlag kan genom sina allmänt hållna bestämmelser vara ändamålsenlig över längre tid än mer detaljerade bestämmelser. Ett exempel på det är socialtjänstlagen som är från 1980, den revidering som gjordes år 2000 var till största delen en språklig modernisering och ny struktur som innehöll få materiella ändringar.

Bestämmelser som på ett konkret sätt beskriver hur man ska arbeta och vilka förutsättningar som krävs för att uppfylla mål och andra generellt utformade bestämmelser kan snabbare bli föråldrade i takt med samhällsförändringar och kunskapsutveckling, ett exempel är utvecklingen av välfärdsteknik som kan tänkas få större betydelse i morgondagens äldreomsorg.

Bestämmelser som handlar om hur lagens mål och bestämmelser kan genomföras i praktiken behöver ha aktuellt kunskapsläge i fokus. En kunskapsmyndighet som kontinuerligt följer den aktuella samhälls- och kunskapsutvecklingen, som även har tillgång till den kompetens som behövs, kan vara mer lämpad för ett sådant arbete och ha bättre förutsättningar att ta fram underlag för ändamålsenliga regler.

En lägre normeringsnivå innebär också att revidering och anpassning av bestämmelserna utifrån resultat av tillsyn, uppföljning och kunskapsutveckling kan genomföras snabbare och enklare än om det skulle göras genom ändringar i lagstiftning där beredningen är mer omfattande och tidskrävande. Det innebär bättre förutsättningar för ett mer flexibelt regelverk som enklare kan anpassas till bl.a. samhällsförändringar och kunskapsutveckling.

En nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen för att stärka en nationellt likvärdig kvalitet

En nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen, förkortad NOK, kan enligt utredningens bedömning bidra till en nationellt mer likvärdig god kvalitet i äldreomsorgen. Den statliga styrningen med mål- och ramlagstiftning innebär att varje kommun har stor frihet att besluta om i vilken utsträckning, i vilka former och till vilken kostnad som de äldres behov ska tillgodoses. I praktiken har det kommit att innebära att det finns stora lokala skillnader när det

gäller tillgången till äldreomsorg.[201] Även utformningen av och kvaliteten inom äldreomsorgen skiljer sig åt över landet.[202] Ett motiv till att styra genom mål- och ramlagstiftning var att kommunen skulle ha ett betydande utrymme för att, i samråd med de berörda, välja de insatser och tillvägagångssätt som var bäst ägnade att tillgodose behoven. Detta sätt att reglera skulle även ge kommunerna större frihet vid val av och utveckling av metoder och arbetssätt. Dessutom skulle det ge kommunerna möjligheter att ta större hänsyn till den enskildes vilja och behov.[203] Som vi beskrivit i avsnitt 7.1.1 kan de nationella skillnaderna dock inte helt förklaras med skillnader i lokala förutsättningar.

En förklaring till de nationella skillnaderna som framförts till utredningen i våra dialoger är olikheter i hur kommunerna prioriterar äldreomsorgen och vilka resurser man väljer att lägga på äldreomsorg i förhållande till andra kommunala åtaganden. Som skäl till detta har även angivits att de delar av kommunens åtaganden som är tydligare lagreglerade får företräde.

Vår föreslagna modell för målstyrningen över äldreomsorgen syftar till en ökad kvalitet. Socialtjänstlagen, äldreomsorgslagen och NOK är tre styrande instrument som kompletterar varandra för att bidra till en långsiktig utveckling med stegvisa förbättringar och en succesiv höjning av kvaliteten inom äldreomsorgen.

Mer konkreta bestämmelser för äldreomsorgen har enligt vår bedömning större förutsättningar att utgöra ett stöd och en styrning vid kommunens utformning och planering av äldreomsorgen. Därmed kan bestämmelserna bidra till en mer nationellt likvärdig god kvalitet i äldreomsorgen. Det kan även bli tydligare vilka resurser och prioriteringar som krävs för att verksamheterna ska kunna uppfylla lagstiftningens mål och andra bestämmelser. Sådana bestämmelser kan också utformas för att utgöra ett stöd och en styrning såväl för biståndshandläggare vid handläggning av ärenden som för de som ska utföra insatserna.

[201] SOU 2008:51 *Värdigt liv i äldreomsorgen*, s. 42.
[202] Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser av äldreomsorg 2021*.
[203] Prop. 1979/80:1 Del A, *Om socialtjänsten*, s. 141 f.

7.4 En modell för en nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen

Som vi beskrev i avsnitt 7.3.18 har vi bedömt att det är nödvändigt för oss att kunna beskriva en tänkbar modell för den nationella ordningen för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen (NOK) som vi föreslår. Detta för att det ska vara möjligt för berörda aktörer att ta ställning till såväl en modell för en NOK som områden för en sådan. Även om vi inte har i uppdrag att ta fram NOK i sin helhet. I anslutning till att vi tagit fram vårt förslag på områden har vi därför också utvecklat en tänkbar modell för hur en NOK skulle kunna struktureras.

I det följande beskrivs först kortfattat hur vi arbetat i denna del, med fokus på den samskapande process vi använt oss av i utformningen av de områden vi föreslår att ordningen bör omfatta (se avsnitt 7.4.1). Sedan följer vårt förslag på områden som NOK bör omfatta (se avsnitt 7.4.2) och slutligen visar vi exempel på hur dessa områden skulle kunna användas i en modell för hur en NOK skulle kunna konstrueras (se avsnitt 7.4.3).

7.4.1 En samskapande process för att utveckla förslagen

I arbetet med att analysera hur en NOK bör konstrueras för att kunna leva upp till intentionen att tydliggöra äldreomsorgens uppdrag och främja likvärdighet över landet har vi arbetat på flera sätt och utifrån flera perspektiv. Genom det ordinarie utredningsarbetet där vi bl.a. tagit del av tidigare analyser, utvärderingar och andra rapporter samt genomfört ett brett dialogarbete för att fånga in olika perspektiv (se avsnitt 2.2.1). Utöver det har vi i denna del även haft ett särskilt samarbete med Hälsolabb[204] för att särskilt säkerställa att våra förslag är grundade i de behov och de värden som identifieras av personer som själva får stöd och hjälp från äldreomsorgen och av dem som jobbar i och med berörda verksamheter (se avsnitt 2.2.1).

Det som framkom i de olika delarna visade sig vara väldigt samstämmigt. De rapporter och analyser som gjorts tidigare visar på områden där brister finns och ofta funnits under en lång tid. Samma

[204] Experio Lab driver Hälsolabb tillsammans med SKR, Centrum för tjänsteforskning (CTF) vid Karlstads Universitet samt design vid Linköpings Universitet. Deras syfte är att skapa en arena för lärande och experimenterande som ska stödja omställningen till nära vård.

områden har framkommit i våra analyser av brister och förbättringsområden (se avsnitt 7.1). En överensstämmelse finns även med de förbättringsbehov som har lyfts i våra dialoger med företrädare från bl.a. pensionärs- och anhörigorganisationer samt professionsföreträdare. Arbetet synliggjorde tydliga och samstämmiga teman för de områden för en NOK som beskriver i nästa avsnitt. De är också samstämmiga med de områden som förslagen i äldreomsorgen reglerar.

7.4.2 Förslag på områden som en nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen bör omfatta

Utredningens bedömning: Den nationella ordningen för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen bör omfatta områdena:

- Meningsfull tillvaro
- Individanpassning och personcentrering
- Självbestämmande och delaktighet
- Trygg och säker vård och omsorg
- Förebyggande, hälsofrämjande och funktionsstödjande
- Tillgänglighet
- Samordning och kontinuitet
- Stöd, avlastning och involvering av anhöriga och andra närstående

Skäl för utredningens bedömning

En utgångspunkt i vad som skapar värde för enskilda

Utredningen ska enligt direktiven lämna förslag på områden som en NOK bör omfatta. En utgångspunkt för utredningen när vi arbetat fram förslagen till områden har varit att utgå från vad som skapar värde för den enskilde i äldreomsorgen. För att sedan kunna ringa i vilka områden som en NOK bör omfatta.

Utredningen har samarbetat med Hälsolabb (se avsnitt 7.4.1 och 2.2.1) och arbetet med att ta fram förslag på områden har skett i en

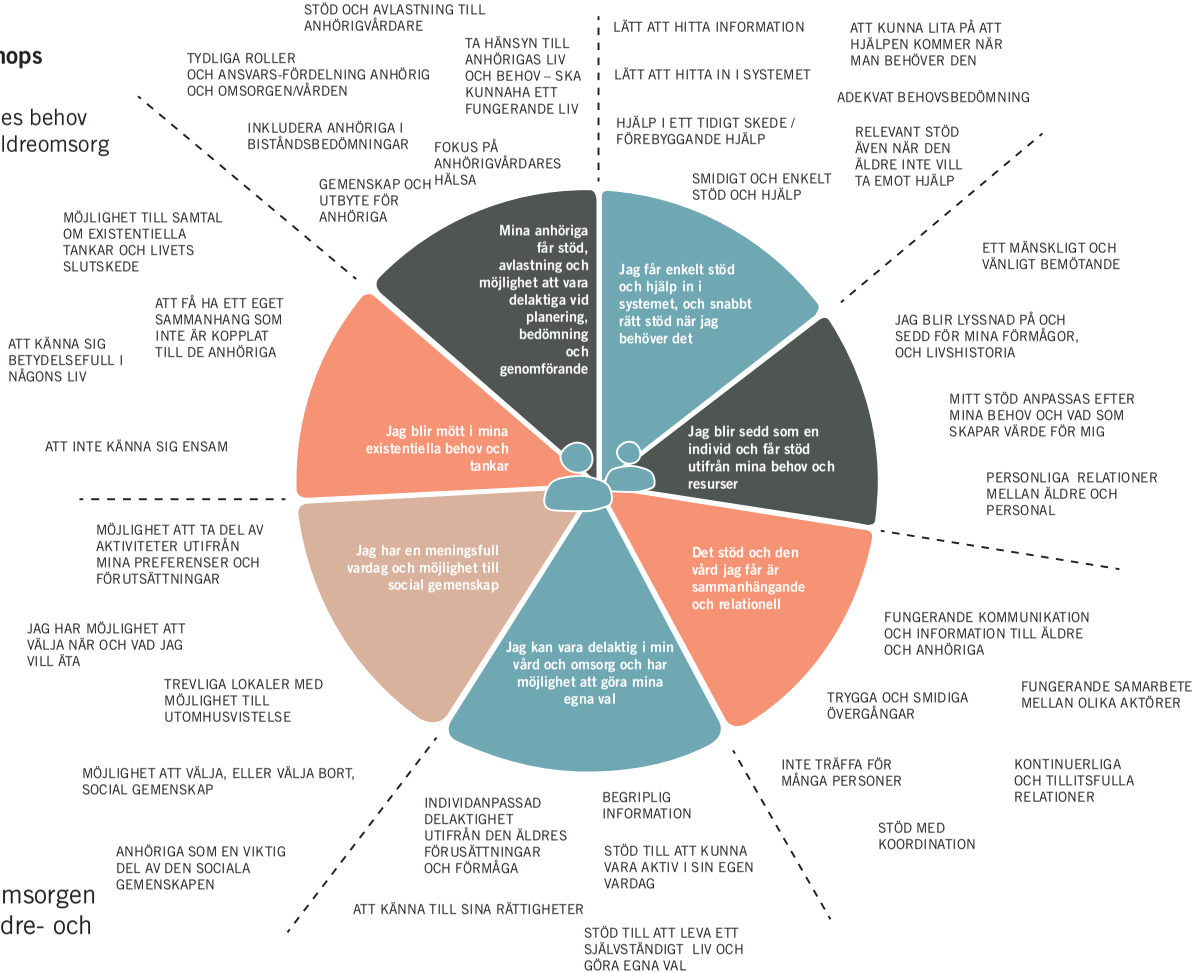
samskapande process med äldre personer med egna erfarenheter av äldreomsorg, anhöriga, medarbetare, chefer och ledare inom vården och omsorgen.

I ett första steg identifierades ett antal värden som äldre personer med egen erfarenhet av äldreomsorg och anhöriga önskar att äldreomsorgen ska skapa. Även erfarenheter och synpunkter från medarbetare och chefer i äldreomsorgen och närliggande verksamheter inhämtades.

Figur 7.2

Resultat från workshops och intervjuer

Äldres och närståendes behov och önskemål kring äldreomsorg



Steg 1, Resultat

Värden som äldreomsorgen ska skapa ur ett äldre- och anhörigperspektiv

Utifrån en analys av de olika inspelen formulerades följande värden som centrala för enskilda med stöd och hjälp från äldreomsorgen samt för deras anhöriga och andra närstående (se även figur 2):

1. Jag får enkelt stöd och hjälp in i systemet, och snabbt rätt stöd när jag behöver det.
2. Jag blir sedd som en individ, och får stöd utifrån mina behov och resurser.
3. Mitt stöd och vård är sammanhängande och relationellt.
4. Jag kan vara delaktig i vård och omsorg och får möjlighet att göra mina egna val.
5. Jag har en meningsfull vardag och möjlighet till social gemenskap.
6. Att bli mött i mina existentiella behov och tankar.
7. Mina anhöriga får stöd och avlastning och kan vara delaktiga vid planering och bedömning.

De värden som identifierades validerades i intervjuer och workshops och konstaterades stämma väl även med vad som framkom i utredningens övriga analysarbete. Värdena har därmed utgjort en central utgångspunkt i arbetet med att formulera förslag på områden för NOK.

Områden som förtydligar äldreomsorgens uppdrag och innehåll

I ett nästa steg härleddes värdena till mål och andra bestämmelser som är formulerade i socialtjänstlagen och i våra förslag till äldreomsorgslag. Det visade sig att de identifierade värdena matchade väl mot befintliga och föreslagna bestämmelser på området.

Därefter formulerades förslag på områden. Initialt övervägde vi på vilket sätt själva områdena borde formuleras i vårt förslag; utifrån ett individperspektiv eller ur ett mer organisatoriskt perspektiv. Givet att den tänkta förordningen ska rikta sig mot verksamheterna som har ansvaret att tillhandhålla äldreomsorg bedömer vi att formuleringarna trots allt behöver vara utformade med detta i åtanke, även om innehållet är baserat på vad som är viktigt ur ett individperspektiv. För att en NOK ska kunna bidra till att tydliggöra äldreomsorgens upp-

drag och innehåll, behöver den ses i det sammanhang av mål och andra bestämmelser som är formulerade i lagstiftningen på området. För att detta ska vara tydligt behöver områdena formuleras med ett språkbruk som man i de berörda verksamheterna känner igen från lagstiftningen. I annat fall kan en plan för vård och omsorg tvärtom riskera att bidra till ökad otydlighet.

En förordning om en nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen behöver alltså adressera den som kraven att tillhandahålla värdena ställs till – dvs. huvudmännen – i stället för att formulera vad jag som enskild person i äldreomsorgen ska få.

Figur 7.3 **Värdeskapande områden ur de äldres perspektiv kopplas till områden i nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen**

Sju värden som äldreomsorgen ska skapa har tagits fram utifrån intervjuer och workshops med äldre och dess anhöriga. Utifrån dessa föreslås åtta områden i den nationella ordningen för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen



Områden i nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen (NOK)

1) Förebyggande, funktionsstödjande och hälsofrämjande
2) Tillgänglighet
3) Samordning och kontinuitet
4) Individanpassning och personcentrering
5) Självbestämmande och delaktighet
6) Stöd, avlastning och involvering av anhöriga/närstående
7) En meningsfull tillvaro
8) Trygg och säker vård och omsorg

Med dessa utgångspunkter har vi formulerat följande förslag på områden för NOK:

- Meningsfull tillvaro
- Individanpassning och personcentrering
- Självbestämmande och delaktighet
- Trygg och säker vård och omsorg
- Förebyggande, funktionsstödjande och hälsofrämjande
- Tillgänglighet
- Samordning och kontinuitet
- Stöd, avlastning och involvering av anhöriga och andra närstående.

Inom ramen för samarbetet med Hälsolabb testade vi en prototyp av en nationell ordning, inklusive områdena, med representanter från målgrupperna i vård och omsorg för äldre personer, t.ex. chefer, samordnare, controllers, anhörigrepresentanter, Inspektionen för vård och omsorg och Socialstyrelsen. De bekräftade i stort att områdena var relevanta och stämde överens med de värden som formulerats. De ansåg inte heller att något saknades som område.

Vi har övervägt möjligheten att inkludera hälso- och sjukvård i NOK

Då det finns en efterfrågan på stöd och ökad tydlighet när det gäller att i verksamheterna få ihop arbetet utifrån socialtjänstlagstiftning respektive hälso- och sjukvårdslagstiftning har vi övervägt om NOK även skulle kunna utgå från hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser.

Detta var länge vår arbetshypotes. Vår analys landade dock slutligen i att det inte skulle vara ändamålsenligt.

Den nationella ordningen ska enligt våra direktiv tydliggöra äldreomsorgens uppdrag och främja likvärdighet över landet. Detta grundar sig i en analys av att gällande reglering av äldreomsorgen är för otydlig, bl.a. då det enbart finns ett fåtal bestämmelser i socialtjänstlagen som särskilt handlar om äldreomsorg. Motsvarande kan dock inte sägas om regleringen på hälso- och sjukvårdsområdet, vilket är reglerat i bl.a. HSL, PL och PSL samt i förordningar och myndighetsföreskrifter som kompletterar den lagstiftningen. Där finns

också reglering som särskilt ställer krav på samordning mellan vård och omsorg, både på en övergripande nivå för planering och på individnivå (se avsnitt 4.5.2).

Även om man skulle kunna identifiera något enskilt område där en förtydligad reglering vore ändamålsenlig så riktar sig hälso- och sjukvårdslagen till hela befolkningen vilket innebär särskilda svårigheter att i NOK införa reglering för en särskild målgrupp, motsvarande den som omfattas av äldreomsorgslagen.

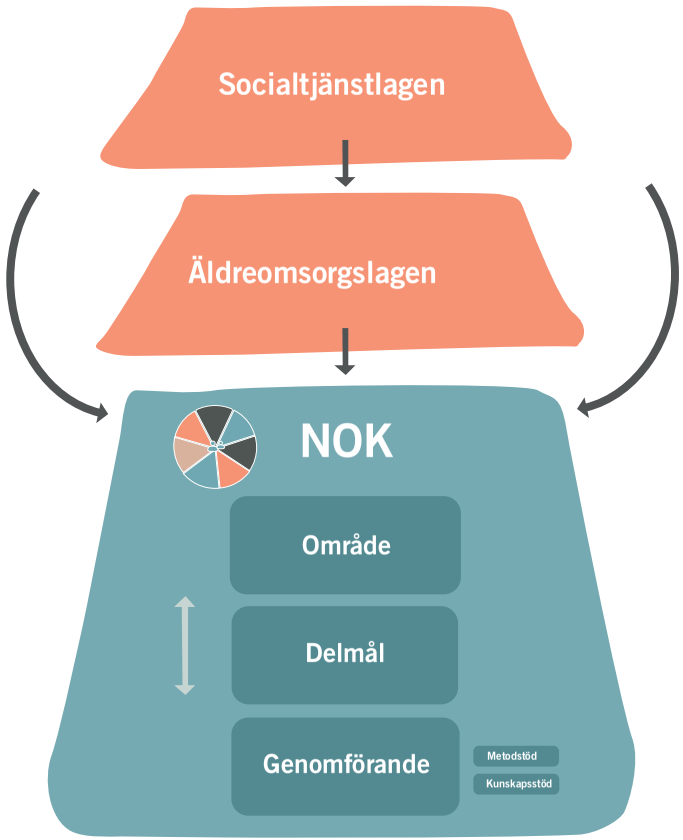
Vår bedömning är sammantaget att gällande bestämmelser och de förslag som vi lämnar för att utveckla regleringen av den kommunala hälso- och sjukvården, inklusive arbetet med individuella planer, är tillräckliga och ser inte behov av ytterligare reglering på hälso-och sjukvårdens område (se t.ex. avsnitt 7.3.10 och 8.6.2). Vi har därför inte lämnat förslag på att inkludera hälso- och sjukvården i modellen för NOK.

Däremot ser vi att det finns efterfrågan och behov av ett anpassat stöd och vägledning för hur de bägge lagområdena ska implementeras på ett integrerat sätt i verksamheter som arbetar med vård och omsorg för äldre. Vägledning och stöd av detta slag skulle kunna tas fram av det nyinrättade kompetenscentrumet för vård och omsorg för äldre.

7.4.3 En tänkbar modell med områden, delmål och bestämmelser för genomförande

Den modell som vi föreslår är en modell för styrning där socialtjänstlagen och en äldreomsorgslag anger de grundläggande målen och bestämmelserna för äldreomsorgen och en förordning om en nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen anger mer preciserade nationella delmål tillsammans med bestämmelser för genomförande Se (figur 7.4).

Figur 7.4 Styrkedjan



Prototyp för nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen (NOK)

I denna fas togs ett utkast på modell eller prototyp fram för hur den nationella ordningen för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen hör ihop med relaterad lagstiftning, samt hur NOK skulle kunna vara strukturerad.

Område
Härledda från vad som skapar värde för den enskilde samt lagstiftning.

Delmål
Riktade till kommun (huvudman där ansvaret ligger) men formulerade med utgångspunkt i behov hos, och värde för, den enskilde.

Genomförande
Konkretiserar hur man ska arbeta för att uppnå målen i lagarna.

Utredningen har utgått från en modell som är uppbyggd på ett sätt som liknar läroplanerna för skolan.

Bilden illustrerar att socialtjänstlagen på en övergripande nivå reglerar de mål och andra bestämmelser som gäller för hela socialtjänsten. I äldreomsorgslagen anges de specifika mål som gäller för äldreomsorgen. (För en utförlig beskrivning av förhållandet mellan socialtjänstlagen och den föreslagna äldreomsorgslagen se avsnitt 7.3.3)

I vår modell är NOK sedan strukturerad utifrån de föreslagna områdena (se avsnitt 7.4.2). Till varje område formuleras relevanta delmål, baserat på de övergripande bestämmelserna i SoL och äldreomsorgslagen. Dessa konkretiserar och styr mot att uppfylla de övergripande målen och bestämmelserna i lagstiftningen.

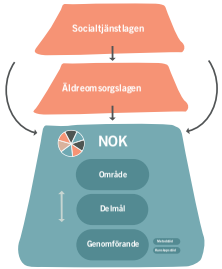
I vår tänkta modell finns också närmare bestämmelser för genomförandet av delmålen. Dessa bestämmelser konkretiserar hur man ska arbeta eller vilka förutsättningar som behöver finnas för att uppnå målen i de bägge lagarna. För att tydliggöra att det är bindande bestämmelser har utredningen valt att kalla dem för genomförandebestämmelser.

För att lite mer konkret visa på hur det skulle kunna se ut i praktiken har vi formulerat exempel på möjliga delmål kopplade till några av de föreslagna områdena för NOK.

Vi har i våra exempel valt att rikta oss till kommunen i egenskap av huvudman för äldreomsorg.

Dessa exempel är inte utredningens förslag utan enbart exempel för att beskriva hur en modell för styrkedjan kan se ut. Den slutliga strukturen och utformningen av planen kommer att avgöras av den myndighet som får regeringens uppdrag att ta fram den.

Figur 7.5 **Exempel på modellen utifrån området förebyggande, funktionsstödjande och hälsofrämjande**





”Det finns betydligt mer hjälp att få för att bli frisk än vad man kan få för att inte bli sjuk!”

Äldre person

Exempel på (möjliga) delmål:

Kommunen ska…
– ha/skaffa sig god kännedom om invånares befintliga behov och en prognos över behov som kan förväntas uppstå (struktur/samhällsnivå).

– utifrån varje persons behov, förutsättningar och önskemål inrikta vården och omsorgen på att bidra till bästa möjliga funktionsförmåga och hälsa (individnivå).

Till vem kan den nationella ordningen för kvalitetsutveckling rikta sig

I exemplen på delmål i vår modell riktas kraven till ansvarig huvudman inom äldreomsorgen, dvs. kommunen. Bestämmelserna för genomförande kan rikta sig till den nivå där det är mest ändamålsenligt att arbetet mot målet genomförs och beroende på vilka bestämmelser som utformas. Det kan vara verksamhetsutövare eller personal i verksamheten, även om huvudmannen alltid står för det yttersta ansvaret.

Bestämmelser för genomförarande mot målet att ha ett förebyggande perspektiv och en funktionsstödjande och hälsofrämjande inriktning tas fram med utgångspunkt i en analys av vilka behov av bestämmelser som finns. För att beskriva hur modellen är tänkt att se ut kan vi här ge exempel på frågor som skulle kunna vara föremål för sådana bestämmelser. Som t.ex. att inkludera förebyggande och rehabiliterande insatser i genomförandeplanen.

I vår modell handlar exemplen på genomförandebestämmelser ofta om sådant som ligger nära utförandet av äldreomsorg till den enskilde och därför skulle vissa bestämmelser kunna riktas direkt till personalen som utför uppgifterna. Bestämmelser som handlar om att skapa förutsättningar att uppfylla krav och mål behöver oftast riktas till huvudmannen, medan till exempel bestämmelser om bemötande kan riktas till all personal, även om huvudmannen har ansvar för att personalen arbetar så och har de förutsättningar som krävs för att göra det.

Att lyfta fram både chefer och medarbetare kan bidra till att deras kompetens och erfarenheter tas till vara och utvecklas.

Bestämmelserna i en NOK kan stödja en tillitsbaserad styrning och ledning samt en helhetssyn. Bestämmelserna behöver lämna utrymme för flexibilitet och ett handlingsutrymme för personal och chefer så att de får utrymme att tillämpa sin kompetens och professionalitet.

Utformning av uppdrag till myndighet

Formen för förvaltning av den nationella ordningen för kvalitetsutveckling

En aktiv förvaltning och kontinuerlig uppföljning behövs enligt vår bedömning för att den nationella ordningen ska bidra till en långsiktig kvalitetsutveckling av äldreomsorgen.

Modellen med en generellt gällande socialtjänstlag som kompletteras med en äldreomsorgslag, vilken i sin tur kompletteras med en förordning om en nationell ordning för kvalitetsutveckling är en ny modell för styrning på socialtjänstens område. Modellen syftar till att bidra till en långsiktig förbättring och en höjd, likvärdig kvalitet i äldreomsorgen. Det är av vikt att det följs upp hur väl modellen bidrar till detta, och vid behov revideras. Vi bedömer att den myndighet som får i uppdrag att ta fram en NOK även bör få i uppdrag att föreslå en ordning för hur NOK ska följas upp och förvaltas.

En fortsatt samskapande process

Utredningen har arbetat med ett utforskande arbetssätt i en samskapande process tillsammans med dem som har behov av vård och omsorg och andra involverade aktörer när vi arbetade fram våra förslag till områden för NOK (se avsnitt 2.2.1). Vi bedömer att ett sådant arbetssätt bör tillämpas även i den fortsatta utvecklingen av NOK.

Det gäller såväl vid framtagande av en NOK som vid uppföljning och förvaltning av den. I en sådan process kan man testa en mer utförlig prototyp av den NOK som tas fram. Där kan testas om NOK kommer att vara ändamålsenlig och verkligen utgöra ett stöd i verksamheterna. Det kommer också vara viktigt att undersöka om NOK kan bidra till de värden som äldre personer och dess anhöriga eller andra närstående uttryckt och som formulerats i våra förslag till områden. Om den testas i hela systemet kan även underliggande organisatoriska strukturer och tankemodeller bli synliga som kan stå i vägen för att realisera det tänkta värdet.

Detsamma gäller vid uppföljning. Att involvera aktörer som äldre personer och deras anhöriga eller andra närstående, medarbetare i äldreomsorgen, chefs- och ledningsstrukturer i kommunen samt nationella myndigheter kan ge en god bild av hur NOK implementerats och om

den bidrar till kvalitet i omsorgen. Även här kan underliggande organisatoriska strukturer och tankemodeller som kan vara hinder eller framgångsfaktorer blir synliggjorda.

Nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen som ett stöd för tillsynen

Inspektionen för vård och omsorg ska inom ramen för sin tillsyn lämna råd och ge vägledning, kontrollera att brister och missförhållanden avhjälps, förmedla kunskap och erfarenheter som erhålls genom tillsynen samt informera och ge råd till allmänheten.[205]

Tillsyn innebär en oberoende och självständig granskning av att de lagar som har beslutats av riksdagen, de förordningar som har beslutats av regeringen och de föreskrifter och villkor som har beslutats av statliga myndigheter efterlevs och att den enskilde i dessa avseenden behandlas på ett likvärdigt sätt oberoende av var i landet man bor. Utgångspunkten för tillsynen är att kontrollera att lagstiftningen efterlevs och att en kvalitativt sett god vård, omsorg och insats för den enskilde individen också ges på lika villkor över landet.[206] En förordning om NOK blir en del av det regelverk som verksamheterna tillsynas utifrån. De bestämmelser som tas fram inom ramen för en NOK syftar till att utveckla kvaliteten i äldreomsorgen. De kan bidra till en tydlighet och nationell likvärdighet även för tillsynen. Genom en högre konkretion i förordning kan den även utgöra ett stöd vid tillsyn och därigenom bidra till en nationellt likvärdigt god kvalitet.

[205] 13 kap. 3 § SoL,
[206] Prop. 2012/13:20, *Inspektionen för vård och omsorg – en ny tillsynsmyndighet för hälso-och sjukvård och socialtjänst*, s. 80 f.

8 Stärkt primärvård i kommuner

8.1 Kraven på den kommunala hälso- och sjukvården har förändrats

Utredningens bedömning: Kraven på kommunens hälso- och sjukvård har förändrats sedan ansvaret fördes över till kommunerna. Patientgruppen och deras vårdbehov har vuxit i omfattning. Den demografiska utvecklingen innebär att andelen äldre i befolkningen kommer att öka markant även framöver. Primärvårdens uppdrag har vuxit i takt med att allt mer vård kan utföras utanför en vårdinrättning. Den pågående omställningen till en nära vård kräver nya, personcentrerade och proaktiva, arbetssätt.

Samhällsutvecklingen ställer högre krav på såväl bemanning som personalens medicinska kompetens inom kommunens hälso- och sjukvård. Hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser behöver prioriteras i större utsträckning, inte minst för att klara framtida utmaningar.

8.1.1 Vad är kommunens hälso- och sjukvårdsansvar?

Kommunen ansvarar för primärvård

Genom Ädelreformen på 1990-talet tog kommunerna över ansvaret som huvudman för viss hälso- och sjukvård till vissa grupper i befolkningen. Personkretsen omfattar personer i befolkningen som generellt har stora behov av såväl sociala som medicinska insatser. Syftet med Ädelreformen var att skapa bättre förutsättningar för en samordnad omsorg med sociala och medicinska insatser, inklusive

rehabilitering och hjälpmedel.[1] En sådan samordnad vård och omsorg för äldre är en ambition som kvarstår än i dag.[2]

Ansvarsöverföringen från regionerna till kommunerna har skett stegvis. Det har inrättats en skyldighet i lag för kommuner att ansvara för hälso- och sjukvård till personer i särskilt boende och dagverksamhet enligt socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS.[3] Många av de som berörs är äldre personer, men även yngre personer med funktionsnedsättningar som har insatser med stöd av LSS och SoL omfattas.

Kommunerna har successivt, frivilligt, tagit över även ansvar för hälso- och sjukvård i ordinärt boende, så kallad hemsjukvård, genom avtal mellan kommuner och regioner.[4] Sådan hemsjukvård bedrivs nu i nästan alla kommuner, utom de som ligger i Stockholmsregionen.[5] Omfattningen av hälso- och sjukvård som ges i ordinärt boende varierar mellan kommuner. I praktiken kan den i princip omfatta alla åldersgrupper, men det är fler kommuner som tagit över ansvar för hemsjukvård till äldre personer än till övriga befolkningen. Vanligen tillämpas en s.k. tröskelprincip, som innebär att det ofta är personer, vilka har svårt att själv ta sig till en vård- eller hälsocentral som får kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende.

I 12 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, regleras ansvaret för kommunal hälso- och sjukvård utifrån i vilken boendeform den ges. På så sätt skiljs kommunernas skyldighet att bedriva viss hälso- och sjukvård från deras möjlighet att ta över ytterligare ansvar.

Vilken vårdnivå som avses framgår inte tydligt av bestämmelserna i HSL. Av förarbeten framgår däremot tydligt att kommunerna ska ansvara för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå, med undantag för läkarinsatser.[6] Vi kommer därför fortsättningsvis att använda begreppet ”kommunal primärvård” för all kommunalt finansierad hälso- och sjukvård oavsett var den ges och i vilken driftsform. För att tydliggöra vilken vårdform som avses kommer vi fortsättningsvis

[1] Prop. 1990/91:14, *Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.*, s. 64.
[2] Regeringens skrivelse 2017/18:280, *Framtidens äldreomsorg – en nationell kvalitetsplan*.
[3] 12 kap. 1 § HSL.
[4] 14 kap. 1 § HSL och prop. 2005/06:115, *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*, s. 38 f.
[5] Undantaget Norrtälje kommun, som också tagit över ansvar för hemsjukvård.
[6] Prop. 1990/91:14, *Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade mm*, s. 57–58 och prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 69.

så långt möjligt använda uttrycket ”primärvård i ordinärt boende” i stället för kommunal hemsjukvård.

Regionerna är efter Ädelreformen fortsatt ansvariga för alla läkarinsatser på alla vårdnivåer till hela befolkningen och specialiserad vård, även till personer som också får kommunal primärvård.

Kommunen är som huvudman ansvarig för att se till att deras patientgrupper får tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver. Kommunen har därmed även ett visst ansvar för att t.ex. äldre personer med kommunal primärvård får tillgång till läkare som regionen ska bekosta och utföra, genom att påkalla behov och efterfråga läkarresursen.

Vad är primärvård?

Sedan den 1 juli 2021 definieras primärvård inte längre som tidigare utifrån sjukhusbegreppet, utan avgränsas till medicinska insatser som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. Avsikten har bl.a. varit att flytta fokus från platsen för vården till vilka medicinska kompetenser och vilken medicinteknisk utrustning som krävs för en god och säker hälso- och sjukvård. På så sätt ska utvecklingen mot en mer samordnad hälso- och sjukvård med individen i centrum stödjas.[7]

Nuvarande definition av primärvård i 2 kap. 6 § HSL är utformad med utgångspunkt i hälso- och sjukvårdens ansvar som helhet, oavsett huvudman.[8] Även den kommunala primärvården ska ansvara för behovet av medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering, men inte för kliniska läkarinsatser.

Primärvårdens grunduppdrag regleras i 13 a kap. 1 § HSL. Bestämmelsen tar sikte på primärvård som vårdnivå, inte som organisatorisk enhet. Av bestämmelsen följer att regioner och kommuner inom ramen för sitt ansvar för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov, se till att vården är lätt tillgänglig, tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar, samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamåls-

[7] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 69–70.
[8] Jfr prop. 1994/95:195, *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*, s. 46 f. och se prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 77–78.

enligt att samordningen sker inom primärvården samt möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

Genom regleringen av primärvårdens grunduppdrag fastställs en minsta gemensam nivå för vad primärvården i hela landet ska kunna erbjuda. Den nya regleringen utgör grunden för en modern primärvård.[9]

Avsikten vid Ädelreformen var att kommunerna skulle få ett samlat ansvar för löpande och vanligt förekommande arbetsuppgifter som låg i gränszonen mellan sociala och medicinska insatser.[10] Kommunal primärvård innefattar därför många åtgärder som ofta krävs för att ta hand om vanligt förekommande, komplexa och sammansatta vårdbehov. Vid Ädelreformen utfördes de löpande och vanligt förekommande arbetsuppgifterna av undersköterskor, sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Därför pekades dessa kompetenser ut som naturliga för kommunens primärvårdsuppdrag. Det lämnades också utrymme för att anpassa primärvårdens planering och utveckling till lokala förhållanden.[11]

Definitionen av primärvård är dynamisk. Vad som är primärvård förändras över tid och kan även påverkas av regionala och lokala förutsättningar för hur vården behöver organiseras för att vara effektiv.[12]

Sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter står än i dag tillsammans med undersköterskor för större delen av de medicinska insatserna i kommunens primärvård. Enligt uppgifter till utredningen är det alltjämt främst dessa tjänster som har skatteväxlats mellan huvudmännen.

I takt med nya vårdbehov och ny kunskap, växer behovet av andra medicinska kompetenser, såsom t.ex. dietister, farmaceuter, kuratorer och psykologer, som nödvändiga för att fullgöra kommunens primärvårdsuppdrag.[13] Det finns även behov av fler specialistutbildade sjuksköterskor inom t.ex. diabetes, demens och palliativ vård.[14]

Tillgång till medicinsk kompetens i den kommunala primärvården varierar i dag mellan kommuner. Även omfattningen av regionernas

[9] Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 117.
[10] Prop. 1990/91:14, *Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade mm*, s. 58.
[11] Prop. 1990/91:14, *Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade mm*, s. 58–60.
[12] Prop. 2019/2020:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 69.
[13] Prop. 2019/2020 :164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 70.
[14] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport* 2022, 2022, s. 8 och s. 55–56.

primärvård kan variera. Det kan medföra att vårdbehov som skulle kunna åtgärdas i primärvården i stället får omhändertas av den specialiserade vården, t.ex. på akutmottagningar.

Delat huvudmannaskap kräver nära samarbete

Kommunen ansvarar för delar av primärvården till de mest sköra och vårdtyngda grupperna i samhället, se avsnitt 6.4.1. Då regionen samtidigt ansvarar för samtliga läkarinsatser och specialiserad vård även till dessa grupper är det nödvändigt att huvudmännen kommer överens om hur hälso- och sjukvården som helhet ska utformas för att uppnå de gemensamma målen och kraven i HSL.

För att resurserna ska kunna användas effektivt och patienten ska uppleva hälso- och sjukvården som sömlös behöver huvudmän, vårdgivare och verksamhetschefer enas om integrerade arbetssätt. Båda huvudmännen är ansvariga för att patienterna får en god och säker hälso- och sjukvård. Det kräver gemensam planering såväl på individ- som strukturnivå.

Huvudmännen är skyldiga att samverka med varandra vid planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården.[15] Hur samordningen går till är huvudmännen i dag relativt fria att bestämma inom ramen för den kommunala självstyrelsen. Av 16 kap. 1 § HSL framgår att huvudmännen ska avtala om omfattningen och de närmare formerna för att integrera läkarinsatsen i den primärvård som kommunen ansvarar för.

8.1.2 Vårdbehoven och samhället har förändrats

Den medicintekniska utvecklingen och en förbättrad folkhälsa medför att livslängden ökar i befolkningen. Många, men inte alla, vill kunna bo kvar i eget hem så länge som möjligt. Inom socialtjänsten tillämpas sedan länge därför en s.k. kvarboendeprincip. Den innebär att den som vill, oavsett hälsa och ålder, så långt möjligt ska kunna få social omsorg i sitt eget hem.

Med stigande ålder ökar risken för sjukdomar och mer komplexa sjukdomstillstånd. För att alla äldre personer som vill ska kunna bo kvar i eget hem hela livet ut, krävs därför att det finns förutsättningar

[15] Se 7 kap. 7 §, 11 kap. 3 § och 16 kap. HSL.

för att kunna erbjuda hälso- och sjukvård i det egna hemmet. Det kan gälla såväl primärvård som specialiserad vård. Den medicintekniska utvecklingen gör detta möjligt i allt högre grad och allt fler äldre personer får vård- och omsorgsinsatser i eget hem, i allt högre ålder.

Samhällsutvecklingen har också medfört att vårdbehoven hos personer som i dag får primärvård från kommunen har förändrats sedan Ädelreformen. Vårdbehoven varierar förstås mellan olika individer. Det är dock vanligt förekommande att personer med kommunal primärvård har kroniska sjukdomar eller flera sjukdomar samtidigt. Sjukdomsbilden är ofta komplex med livslånga tillstånd. Många behöver även vård i livets slutskede. De är därför oftast mer sköra än befolkningen generellt och har omfattande vårdbehov, se avsnitt 3.2.2 och 6.4.1. Sammansatta vårdbehov innebär att det ofta finns behov av både enkla och kvalificerade primärvårdsinsatser och specialiserad hälso- och sjukvård.[16] Det finns en ökad risk för vårdrelaterade infektioner och för att bli inlagd på vårdinrättning trots att behov hade kunnat förebyggas i primärvården.[17] Sammantaget ställer detta ökade krav på tillgången till medicinteknisk utrustning, personalens kompetens, bemanning och samverkan mellan hälso- och sjukvårdens olika delar.

En utvecklad primärvård ställer också högre krav på personalresurser, kompetens och samordning av insatser från flera utförare. Fler hälso- och sjukvårdsinsatser behöver utföras av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.[18] Den snabba kunskapsutvecklingen innebär att personalen behöver kontinuerlig fortbildning för att kunna erbjuda bästa tillgängliga hälso- och sjukvård. Utredningar visar dock att personal i kommunens primärvård får begränsad tillgång till fortbildning.[19] I våra dialoger med olika professionsföreträdare framkommer att kompetensen inom t.ex. nutrition, munhälsa, fallprevention, läkemedelshantering och rehabilitering skulle behöva förstärkas i kommunerna. Kompetensen brister även om äldre personers särskilda

[16] Se IVO, *Vad har IVO sett 2020? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2020*, 2021, s. 18 f.; *SKR, Vård och omsorg i hemmet 2019 svårigheter och framgångsfaktorer*, 2020, s. 6; Vård- och omsorgsanalys, *Läget för ledarna. Förutsättningar för ledarskapsutveckling i kommunal vård och omsorg*, 2021, s. 42; Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2021*, 2021, s. 8 och s. 85.

[17] IVO, *Vad har IVO sett 2017? De viktigaste iakttagelserna inom IVO:s tillsyn och tillståndsprövning för verksamhetsåret 2017, 2018, s. 43.*

[18] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre*. *Lägesrapport 2022*, 2022, s. 8 f.

[19] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre*. *Lägesrapport 2022*, 2022, s. 25 f.; Nationella vårdkompetensrådet, *Pandemin och kompetensförsörjning, 2022*, och Arbetsterapeuternas enkätundersökning, 2022.

vårdbehov, t.ex. geriatrisk kompetens, även inom läkarkåren. Bristen på fortbildning innebär en risk för att personer som får primärvård från båda huvudmännen inte får tillgång till bästa tillgängliga hälso- och sjukvård och vård på lika villkor.

8.1.3 Demografiska utmaningar framöver

I avsnitt 3.3.1 har vi beskrivit demografiska förändringar vilka påverkar såväl vårdbehoven som förutsättningarna för kompetensförsörjning av vård och omsorg. Andelen äldre personer som har omsorgsinsatser har inte minskat nämnvärt under 2010-talet, även om coronapandemin bidrog till en tillfällig minskning.[20] De närmsta decennierna beräknas den kommunala primärvården öka kraftigt i omfattning i såväl patientantal, som i form av mer komplexa vårdbehov.[21] Extra statliga medel till äldreomsorgen har också tillförts sedan 2010-talet, bland annat för att öka antalet anställda. Fortsatta satsningar sker under 2020-talet. Behovet av kommunal primärvård förväntas vara stort under en överskådlig tid.[22]

Pandemin har inneburit stora utmaningar för samhället och särskilt kommunernas primärvård. Analyser pekar på att pandemin för med sig nya problem av okänd omfattning till följd av uppskjuten vård, uteblivna omsorgsinsatser och oklar hälsopåverkan, inte minst för de allra mest sårbara grupperna i samhället.[23]

Det råder generell brist på flera professioner i primärvården bl.a. sjuksköterskor och framför allt specialistutbildade sjuksköterskor som distriktsjuksköterskor och demenssjuksköterskor.[24] Sex av tio kommuner anser att de har brist på såväl sjuksköterskor som fysioterapeuter och arbetsterapeuter, se avsnitt 8.3.2 och 8.3.3.[25] Bristen

[20] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2020*, 2020, s. 11 f. och Socialstyrelsens *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*, 2022, s. 50.
[21] Jfr regeringens skrivelse 2017/18:280, *Framtidens äldreomsorg – en nationell kvalitetsplan,* s. 5 och Socialstyrelsen, *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2020*, 2020, s. 15.
[22] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*, 2022, s. 16.
[23] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre, Lägesrapport 2022*, 2022, s. 16 och s. 21 f.; IVO, *Vad har IVO sett 2020? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2020,* 2021, s. 8 f; Vård- och omsorgsanalys, *I skuggan av covid-19. Förändringar i befolkningens vårdkonsumtion till följd av pandemin under 2020,* 2021.
[24] SCB, *Arbetskraftsbarometern 2019*, s. 44 och 2020, s. 44.
[25] Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet* 2020, 2020, s. 8 och SCB, Arbetskraftsbarometer 2019 s. 44.

gäller även för undersköterskor och vårdbiträden, se avsnitt 7.1.7.[26] Motsvarande brist finns för läkare inom allmänmedicin och geriatrik, se avsnitt 8.3.4.[27] Samtidigt behöver tillgången till samtliga medicinska kompetenser förstärkas om man ska kunna möta nya krav och framtida utmaningar.

Oavsett vilket utrymme det finns för kostnadsökning inom äldreomsorgen i framtiden kommer befintliga resurser behöva användas mer effektivt. Kommuner behöver därför arbeta mer med styrning för att säkerställa att vård och omsorg ges efter behov och löpande följa upp verksamhetens resultat i detta avseende.

8.1.4 God och nära vård – en omställning av hälso- och sjukvården som pågår

För närvarande pågår en omställning av hälso- och sjukvården med målet att patienten ska vara mer delaktig utifrån sina egna behov och förutsättningar. En utveckling mot en mer nära vård med fokus på primärvården som även syftar till att kunna möta de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför framöver och en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser.[28]

Hälso- och sjukvården ställer nu om till en ordning där primärvården ska utgöra navet som ska samspela med andra delar av hälso- och sjukvården och med socialtjänsten. Det återstår mycket arbete, inte minst att genomföra reformen även i kommunerna. Vi anser att det ingår i vårt uppdrag att stödja den omställningen. Av Socialstyrelsens uppföljning framgår att många av huvudmännen i början av år 2020 saknade en gemensam inriktning för primärvårdens utveckling. Därefter har arbetet med en gemensam inriktning fortskridit i flera regioner och kommuner även om arbetet i viss mån har påverkats av coronapandemin. Såväl kommuner som regioner beskriver att samarbetet har ökat. Det finns nu närmare kontakter och snabbare beslutsvägar mellan regionens hälso-/vårdcentraler och den kommunala

[26] Prop. 2019/2020:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 109 och Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2021*, 2021, s. 36.
[27] Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet 2021*, 2021, s. 36 och 38 samt generellt om läkare enligt SCB Arbetskraftsbarometer 2019, s. 53 och 2020, s. 53; Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*, 2022, s. 56; prop. 2021/22:72, *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform*, s. 67.
[28] Prop. 2019/2020:164 *Inriktning mot en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*.

hälso- och sjukvården.[29] Enligt Vård- och omsorgsanalys går det dock fortfarande inte att se någon resursförflyttning till primärvården i regionerna med anledning av omställningen.[30]

På vissa platser i landet pågår utvecklingsarbete som stödjer nya sätt att använda befintliga resurser och medicinska kompetenser, såsom teammottagningar och särskilda mottagningar för äldre personer.[31] Genom mobila team flyttas den sjukhusanknutna specialiserade vården ut och utförs i samverkan med regionernas och kommunernas primärvård, se även avsnitt 8.2.

Det vidtas åtgärder för att stärka kompensförsörjningen, t.ex. förbättrade prognoser för kompetensbehov, strategier för att bli mer attraktiva som arbetsgivare, öka antalet platser för allmäntjänstgörande läkare (AT-platser) och specialisttjänstgöring (ST-tjänster) i allmänmedicin. Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att, tillsammans med Nationella vårdkompetensrådet och i dialog med övriga berörda aktörer, ta fram förslag som syftar till att stärka medarbetarna och säkra den framtida kompetensförsörjningen inom primärvården.[32]

De flesta regioner har förebyggande insatser som ett uttalat fokusområde.[33] Det är en viktig del i den nära vården.

Sedan 2019 har regeringen och SKR slutit årliga överenskommelser om God och nära vård. 2022 års överenskommelse omfattar totalt 6 373 miljoner kronor, varav totalt 1 000 miljoner kronor avsätts som stimulansmedel till kommunerna. Till det utvecklingsområde som framför allt fokuserar på primärvård avsätts ca 3 172 miljoner kronor, varav 750 miljoner kronor till kommunerna.[34]

[29] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre, Lägesrapport 2022,* 2022, s. 53 f.
[30] Vård- och omsorgsanalys, *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport*, *2021*, s. 35.
[31] Se även Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre*. *Lägesrapport 2022*, 2022, s. 53.
[32] Nationella vårdkompetensrådet, *Årlig redovisning för 2021*, 2022, s. 18.
[33] Socialstyrelsen, *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020*, 2021 och Vård- och omsorgsanalys, *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport*, 2021, s. 34–36.
[34] Regeringen och SKR, *Överenskommelse om God och nära vård*, 2022.

8.1.5 Hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser behöver prioriteras

Den demografiska och medicintekniska utvecklingen samt pågående omställning till en nära vård ställer nya krav på den kommunala primärvården. För att klara framtida utmaningar behöver primärvården arbeta med ett ökat fokus på hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser. Detta område är i stor utsträckning eftersatt inom primärvården, i såväl regioner som kommuner.[35]

Ändå är det känt att preventiva insatser är kostnadseffektivt på lång sikt.[36] Detta gäller särskilt för målgruppen äldre.[37] Sådana insatser kan bidra till ett hälsosamt åldrande och att äldre personer kan bibehålla sin självständighet och integritet under en längre tid. Vård och omsorgsbehov kan skjutas upp eller undvikas.

Ett mål med hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser är att minska behovet av omfattande sociala och medicinska insatser. Här kan man t.ex. notera att ca 85 procent av vård- och omsorgskostnaderna är relaterade till kroniska sjukdomar. Samtidigt kan 80 procent av kroniska sjukdomar förebyggas med förbättrade levnadsvanor. Varje minskning av förekomsten av kroniska sjukdomar i befolkningen kommer ha betydande positiva effekter. Den medför ökad hälsa, minskad ohälsa, minskade kostnader och mer resurser till andra välfärdsområden.[38]

Ett annat mål är att öka individens livskvalitet och hälsa genom hela livet. Vanliga orsaker till behov av omfattande stöd från socialtjänst och hälso- och sjukvård är att äldre personer drabbas av en stroke eller allvarlig fallolycka, vilket ofta medför omfattande behov av rehabilitering.[39] Målgruppen äldre har därför behov av dels rehabilitering som är anpassad efter den enskilda individens behov

[35] Jfr prop. 2019/2020:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 11–12; Neuro, *Neurorapporten 2021*, *Ojämlik tillgång till rehabilitering*, 2021; Fysioterapeuternas och Arbetsterapeuternas enkätundersökning bland MAR, 2021; Vård- och omsorgsanalys, *Vården ur befolkningens perspektiv, 65 år och äldre. International Health Policy Survey (IHP) 2021, 2022*, s. 75.
[36] WHO, 2014, *The case for investing in public health*; SKR, *Omställningen till nära vård*, 2020, s. 55 och s. 60; SKR, *Strategi för hälsa*, 2018.
[37] SKR, *Vård och omsorg i hemmet,* 2019, s. 24. Region Stockholm, *Folkhälsorapport 2019 – Stockholms län*, 2019.
[38] Se SKR, *Strategi för hälsa*, 2018, s. 10.
[39] Göteborg, FoU i Väst, *Rätt stöd i rätt tid – en kartläggning av GR kommunernas hälsofrämjande och förebyggande arbete för äldre och orsaker till varför äldre söker bistånd från äldreomsorg första gången*, 2016, s. 6; Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2021*, 2021, s. 41 och Socialstyrelsen, *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2020*, 2020, s. 54 f.

och förutsättningar dels generella hälsofrämjande insatser, som i båda fallen syftar till att bibehålla, återfå och förbättra sina funktionsförmågor.[40]

Risken för fall och stroke kan minskas väsentligt med förebyggande insatser, såsom t.ex. fysisk träning inriktad på balans och styrka. Det innebär stora vinster såväl i minskat mänskligt lidande som i minskade kostnader för kommunen och samhället på lång sikt.[41]

I takt med högre ålder ökar generellt behovet av hjälpmedel för att få vardagen att fungera, även utan föregående sjukhusvistelse. Hjälpmedel kan behövas för att bibehålla och förbättra förmågor som gör det möjligt att klara sig själv i större uträckning utan mer omfattande stöd och hjälp med sociala insatser. Behoven är många och varierande, vilket innebär att personalen måste kunna hantera flera olika hjälpmedel och förflyttningstekniker.[42]

Enligt en nationell enkätundersökning gjord av Socialstyrelsen under år 2018 hade 85 procent av äldre personer med hemtjänst eller särskilt boende fått hjälpmedel förskrivna av kommunen eller regionen.

Den medicintekniska utvecklingen bidrar till att alltmer vård numera kan utföras i hemmet i stället för på sjukhusen. En snabbare utskrivning från sjukhus bidrar till att patienter allt oftare har ett fortsatt stort vård- och omsorgsbehov som kommunerna behöver ta ansvar för när patienterna skrivs ut. Fler personer kan tillfälligt behöva få efterföljande vårdbehov tillgodosett i eget hem, på kommunens korttidsboenden eller andra särskilda boenden.[43] Denna utveckling ställer nya krav på kommunens förmåga att möta ett ökat behov av rehabilitering, habilitering och tillgång till hjälpmedel.[44]

Enligt Vård- och omsorgsanalys har lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten vård, förkortad LUS, lett till ett ökat förändringstryck på såväl kommun som region. Lagen har satt

[40] Fysioterapeuterna, *Ättestupan eller folkhälsomål*, 2011; Möte med STROKE – Riksförbundet; Socialstyrelsens, *statistikdatabas*. Möte med NEURO.
[41] Fysioterapeuterna, *Faktablad om fall och skörhet*; Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2021*, s. 42; Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2021*, 2021, s. 54 f.; Folkhälsomyndigheten, *Statistik & rapportering.*
[42] IVO, *Vad har IVO sett 2019? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019*, 2020, s. 51–52.
[43] Se Regeringens skrivelse 2017/18:280, *Framtidens äldreomsorg – en nationell kvalitetsplan*, s. 5 f.; Socialstyrelsen, *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2020, 2020*, s. 85 och Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*, 2022, s. 61.
[44] Jfr Vård- och omsorgsanalys, *Laga efter läge. Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården*, 2020, s. 55.

ljuset på utmaningar kring vårdplanering, behovet av en fast vårdkontakt och inte minst, samordning av olika rehabiliteringsaktörer.[45]

Vi bedömer att kompetensen inom hälsofrämjande, förebyggande arbete, rehabilitering och habilitering behöver öka i kommunerna för att kunna möta nuvarande och framtida utmaningar. Det gäller såväl på verksamhetsnivå som ledningsnivå.

8.2 Gränsdragning mot specialiserad hälso- och sjukvård i hemmet

Utredningens bedömning: En utredning bör få i uppdrag att förtydliga ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och möjligheten till samverkan inom den specialiserade vården i hälso- och sjukvårdslagen.

Skälen för utredningens bedömning

Omställningen till en nära vård och utökade möjligheter att utföra medicinska insatser utanför vårdinrättningar medför att gränssnittet mellan kommunal primärvård och regionens specialiserade sjukvård som kan utföras i hemmet blir alltmer otydligt. Den senare benämns ibland avancerad sjukvård i hemmet (även kallad ASIH). Denna vårdform är i dag oreglerad och omfattas inte av vårt utredningsuppdrag.

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård ansåg att omställningsarbetet till en nära vård i princip kräver ett gränsöverskridande arbetssätt.[46] Vi delar den bedömningen. För ett personcentrerat och effektivt utnyttjande av samhällets hälso- och sjukvårdsresurser kan vissa insatser behöva fullgöras av den personal som normalt brukar besöka patienten.

Vi kan inte se något hinder för att kommunens personal utför enklare insatser även om dessa ordinerats av den specialiserade vården, under förutsättning att personalen har såväl kompetens som utrustning för detta. Även om vårdbehovet inte har sin grund i vanligt förekommande vårdbehov bör vårdinsatsen kunna avse att ta

[45] Vård- och omsorgsanalys, *Laga efter läge. Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården*, 2020, s. 9 f.
[46] SOU 2020:19, *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*, s. 118 f.

hand om vanligt förekommande vårdbehov. Det saknas dock i dag stöd i hälso- och sjukvårdslagen för att överlåta huvudmannaansvar för vård på annan vårdnivå än primärvård till kommuner.

Kommunerna förväntas inte ha medicinsk kompetens, medicinteknisk utrusning eller bemanning för att bedriva specialiserad hälso- och sjukvård som kräver särskild medicinsk kompetens eller medicinteknisk utrustning enligt den ansvarsfördelning som regleras i HSL.

Även personer som bor i särskilt boende har dock rätt till den specialistkompetens som finns inom regionen. Om den vården kan ges i hemmet, har de samma rätt som resten av befolkningen att få specialiserad vård i det som är deras hem. Viss specialiserad vård kan dock behöva koncentreras för kostnadseffektivitet. För att vården ska vara jämlik, måste däremot alla i befolkningen behandlas lika.

Av våra dialoger framgår dock att personer som får kommunal primärvård inte får samma tillgång till specialiserad vård som resten av befolkningen. Därmed är hälso- och sjukvården inte jämlik på detta område.

Vår bedömning är att rättsläget borde framgå tydligare av HSL då det råder osäkerhet om olika arbetsformer är lagenliga eller inte. Oavsett om lagstiftaren vill undvika eller uppmuntra möjligheten till samverkan inom den specialiserade vården i hälso- och sjukvårdslagen bör lagstiftningen förtydligas. Vi anser inte att den frågan ryms inom ramen för våra direktiv. En utredning bör däremot få i uppdrag att se över frågan då den är central för pågående omställning till en nära vård.

8.3 Brister och förbättringsområden

Utredningens bedömning: Varken regioner eller kommuner har fullt ut anpassat hälso- och sjukvårdens tillgänglighet eller organiseringen av primärvården till de ökade kraven inom kommunens primärvård. Bemanningen och hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens är inte tillräcklig. Organiseringen av primärvården motverkar i vissa fall förutsättningarna för att ge en god och nära vård. Generellt lever varken regioner eller kommuner upp till de åtaganden som följer av nuvarande lagstiftning.

8.3.1 Strukturella brister

Det har funnits brister under en längre tid

Coronapandemin har satt ljuset på flera strukturella brister i hälso- och sjukvården för äldre personer, som funnits sedan länge. Av våra analyser framgår att det finns kommuner där primärvården håller en hög nivå, kommuner där den är på en tillfredställande nivå samt kommuner där nivån är alldeles för låg.

Vår bedömning är att det inte främst är olika ekonomiska eller lokala förutsättningar som är avgörande för skillnaderna. Vi bedömer att det snarare är så att kommuner styr och leder samt prioriterar olika när det gäller hälso- och sjukvård. Bemanning, kompetensnivåer och organisation är några centrala frågor som påverkar kvaliteten i hälso- och sjukvården för äldre personer.

Såväl Coronakommissionen som Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har under pandemin kritiserat flera kommuner för framför allt otillräcklig bemanning och medicinsk kompetens och bristande tillgång till medicinteknisk utrustning.[47] En pandemi ställer förstås andra krav än vad som gäller i ett normalläge. Flera av de iakttagelserna som IVO har gjort återkommer dock i flera tidigare tillsynsrapporter och i Socialstyrelsens årliga lägesrapporter.[48]

IVO har tidigare pekat på brister i kompetens i äldreomsorgen inom demens, rehabilitering och palliativ vård.[49] Att det hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande arbetet brister i såväl kommun som region är något som såväl myndigheter, professions- och patientföreträdare som huvudmännen själva har konstaterat genom åren.[50]

Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys) har nyligen lyft fram bristande förutsättningar i flera kommuner för verksamhetsnära chefer att leda, styra

[47] IVO, *Vad har IVO sett 2020? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2020*, 2021, s. 24 f. och SOU 2020:80, *Äldreomsorgen under pandemin*, s. 221 f.
[48] Se Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapporter 2018–2022*; Jfr IVO, *Tillsynsrapport. De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2015*, 2016; och 2018, 2020 samt 2022 s. 18–19.
[49] IVO, *Vad har IVO sett 2017? De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2017*, 2018, s. 25 och s. 28.
[50] Socialstyrelsen, *Äldreomsorgens förebyggande arbete skiljer stort över landet*; IVO, *Vad har IVO sett 2019*? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019, 2020, s. 103; Fysioterapeuternas och arbetsterapeuternas förbud, *Ättestupa eller folkhälsomål*, 2011; Neuro, *Neurorapporten 2021*, *Ojämlik tillgång till rehabilitering*, 2021.

och stödja sin personal.[51] Utredningen Nationell samordnare för kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre har lämnat analyser, bedömningar och rekommendationer i syfte att sätta i gång förändringsprocesser i kommunerna på detta område.[52]

Kritik mot kommunernas hantering av coronapandemin

Av kommunernas svar på kritiken vid IVO:s granskning framgår att tidigare brister förvärrades under den extraordinära situation som rådde under våren 2020. Oron för coronaviruset och god efterlevnad av Folkhälsomyndighetens riktlinjer om att stanna hemma vid minsta symtom och undvika onödiga kontakter medförde en extra hög sjukfrånvaro bland ordinarie personal. Det var svårt att hitta ersättare med kort varsel. Extrapersonalens kompetens var lägre och det fanns inte möjlighet att få någon omfattande introduktion från mer erfarna kollegor. Kunskapsläget var generellt begränsat med hänsyn till att det var fråga om ett tidigare okänt virus.[53]

Det finns dock omfattande förbättringsområden vad gäller bemanning, kompetens och tillgänglighet till hälso- och sjukvårdskompetens i många kommuner som måste åtgärdas även i ett normalläge. Den kommunala primärvården måste också integreras bättre i hälso- och sjukvårdssystemet som helhet. Det ställer ökade krav på en väl fungerande samverkan och ett nära samarbete mellan kommuner och regioner. Det räcker inte att varje huvudman endast ser sin egen del. Det krävs en helhetssyn och gemensamma mål. Om ett långtgående kommunalt självstyre ska kunna motiveras på lång sikt behöver huvudmännen ta ett ansvar för gränsöverskridande samarbete. Vi återkommer i våra förslag med vad vi anser krävs för att huvudmännen ska få bättre förutsättningar att klara av detta.

[51] Vård- och omsorgsanalys, *Läget för ledarna. Förutsättningar för ledarskapsutveckling i kommunal vård och omsorg*, 2021 och Socialstyrelsen, *Förutsättningar och stöd för första linjens chefer – Kartläggning av första linjens chefer i äldreomsorgen*, 2021.
[52] Se SOU 2021:52, *Vilja välja vård och omsorg – En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre.*
[53] Jfr IVO, *Vad har IVO sett 2020? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2020,* 2021, s. 24 och SOU 2020:80, *Äldreomsorgen under pandemin*, s. 209–211.

Kritik mot regionernas hantering av coronapandemin

Även flera av regionerna fick kritik, för otillräcklig tillgång till läkarinsatser för patienter i kommunernas särskilda boenden. Enligt IVO:s granskning förstärkte vissa regioner läkarnärvaron under våren 2020, medan andra i stället gjorde individuella läkarbedömningar på distans utan närmare patientkännedom eller inga individuella bedömningar alls.[54] Enligt SKR har läkarinsatserna till äldre personer förbättrats successivt under pandemin.[55] Brister i läkarmedverkan har dock lyfts av Socialstyrelsen under en längre tid.[56] Bristerna i tillgång till läkarinsatser bedöms ännu större för personer med kommunal primärvård i ordinärt boende.[57]

Av regionernas svar på kritiken som framkom vid IVO granskning av äldreomsorgen under coronapandemin framgår att tidigare brister i tillgång till läkarinsatser förvärrades under våren 2020, delvis på grund av den extraordinära situationen.

8.3.2 Fördjupad problembild av tillgången till rehabilitering och förebyggande insatser

Det råder i dag brist på så väl fysioterapeuter som arbetsterapeuter i kommunernas primärvård. Bemanning och tillgång till rehabilitering i kommunens primärvård är ofta begränsad. Samtidigt är kompetensen hos omsorgspersonalen ofta begränsad. Detta leder i sin tur till att t.ex. kunskapsstöd inte implementeras i alla kommuner och att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal involveras för sent i rehabiliteringen.

Enligt IVO förekommer det att omsorgspersonal i äldreomsorgen saknar tillräcklig kunskap och kompetens om hjälpmedel. Det riskerar att leda till vårdskador, olyckor och obehag för den äldre.[58] Personalen saknar ofta kunskap om hur man förflyttar personer på ett säkert sett, eller om hur hjälpmedlen ska användas. Det kan i sin tur bero på att personalen saknar grundutbildning, att introduktionsutbildningen från arbetsgivaren inte har varit till-

[54] IVO, *Vad har IVO sett 2020? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2020,* 2021, s. 22 och SOU 2020:80, *Äldreomsorgen under pandemin* s. 222 f.
[55] Se SKR, *Hälso- och sjukvårdsrapport*, 2021, s. 18 f.
[56] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapporter 2016–2022*.
[57] SKR, *Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård*, 2020.
[58] IVO, *Vad har IVO sett 2019? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019, 2020*, s. 52.

räcklig eller att instruktionen från legitimerad personal har varit bristfällig. Bemanningen kan även vara för låg, så att personalen gör lyft och vändningar på egen hand där det egentligen krävs dubbelbemanning. Vårdplaner och genomförandeplaner kan innehålla bristfälliga beskrivningar av exempelvis den äldres förmåga att göra saker själv, vilka behov av hjälp som hen har, hur hjälpen ska utföras och med hjälp av vilka hjälpmedel. Det kan saknas rutiner och arbetssätt för kontroll av utrustningen och dess funktionalitet.[59]

Våra dialoger visar en bred enighet om att förebyggande arbete oftast är det som prioriteras ned först vid nedskärningar.

I våra dialoger har framkommit att det är relativt vanligt att fysioterapeuter och arbetsterapeuter är centralt organiserade i kommunen. De arbetar då ofta mer i en konsultativ roll till övrig personal än har återkommande direkt kontakt med patienten. Enligt professionsförbund och patientföreträdare kan sådana indirekta insatser sällan ersätta direkt stöd och hjälp. Hälsofrämjande insatser tar tid som oftast inte är inräknad i den biståndsbedömda tiden som patienten har fått. I våra dialoger har detta angetts som en orsak till att det är relativt vanligt att den typen av insatser inte prioriteras av omsorgspersonalen. Den enskilde får därmed inte det stöd och den hjälp med sin träning eller sitt hjälpmedel som den behöver. Enligt såväl Neuro- som STROKE-Riksförbundet har medlemsgrupperna ofta behov av daglig rehabilitering livet ut.

Att rehabiliteringsområdet är eftersatt i kommuner får bl.a. stöd av en enkätundersökning som gjorts bland landets medicinskt ansvariga för rehabilitering, förkortad MAR. Av den framgår att rehabilitering är ett område som ofta prioriteras ned i kommuner samt att brister på området ofta beror på otillräckliga satsningar på personal i form av utbildning och tid för utförande av insatser.[60]

I våra dialoger med patientföreträdare framkommer att en del patienter som är inskrivna i den kommunala primärvården har haft svårt att få remiss till regionens specialiserade vård på rehabiliteringsområdet. Detta bekräftas även av MAS/MAR-företrädare.[61]

[59] IVO, *Vad har IVO sett 2019? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019*, 2020, s. 52 och Fysioterapeuternas och Arbetsterapeuternas enkätundersökning bland MAR, 2021.
[60] Fysioterapeuternas och Arbetsterapeuternas enkätundersökning bland MAR, 2021.
[61] Med uttrycket MAS/MAR-företrädare avser vi olika nätverk och grupperingar där MAS och MAR intressen tillvaratas. Med MAS avses medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Vår bedömning är att tillgången till rehabilitering inom regionernas specialiserade vård och habilitering många gånger inte är lika god för personer som har kommunal primärvård jämfört med resten av befolkningen. Därmed är hälso- och sjukvården inte jämlik på detta område.

8.3.3 Fördjupad problembild av tillgången till sjuksköterskor

Bemanningen av sjuksköterskor är för låg

Det är förhållandevis stora skillnader i tillgången på sjuksköterskor i kommunernas primärvård.[62] Coronakommissionen anser att hälso- och sjukvården i kommunen behöver förstärkas såväl vad gäller bemanning som kompetens.[63]

Under pandemin synliggjordes ett samband mellan tillgången till sjuksköterskor i särskilda boenden och smittans utbredning. Internationella studier visar att en högre andel sjuksköterskor minskade risken för smitta och dödsfall.[64]

Antalet sjuksköterskor i den kommunala primärvården har på senare år blivit färre.[65] Detta trots att det kommunala primärvårdsansvaret har vuxit i omfattning senaste decennierna, se avsnitt 8.1.[66]

I Socialstyrelsens kartläggning av tillgången till legitimerad personal i kommuner uppger sex av tio kommuner att det råder brist på sjuksköterskor i deras kommun.[67] Under våren 2020 förvärrades situationen då sjuksköterskor i vissa fall fick direktiv att avstå från besök hos patienter med symtom på covid-19 eller konstaterad smitta.[68] Sjuksköterskorna arbetade då mer med indirekt stöd till omsorgspersonalen.

IVO konstaterade under sin granskning av äldreomsorgen under coronapandemin våren 2020 att det inte fanns tillgång till sjuksköterskor i tillräcklig utsträckning för att göra nödvändiga medicinska bedömningar. Detta ledde till att omsorgspersonalen lämnades med ett allt för stort ansvar för smittade äldre personer på särskilda boenden.

[62] Socialstyrelsens enkätundersökning 2019. (se även SOU 2020:80, *Äldreomsorgen under pandemin*, s. 103).
[63] SOU 2020:80, *Äldreomsorgen under pandemin*, s. 250 f.
[64] SOU 2020:80, *Äldreomsorgen under pandemin*, s. 221 f.
[65] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*, 2022, s. 56.
[66] Se Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2021*, 2021, s. 31
[67] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2020*, *2020, enkätundersökning*. (se även SOU 2020:80, *Äldreomsorgen under pandemin*, s. 110.)
[68] IVO, *Vad har IVO sett 2020? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2020,* 2021, s. 24.

De tvingades göra medicinska bedömningar, vilket de inte har kompetens för.[69]

Pandemin har av naturliga skäl ställt helt nya kompetenskrav på personalen. Enligt många chefer inom äldreomsorgen uppfyller omsorgspersonalen dock inte de kompetenskrav som ställs under normala förhållanden.[70] Den låga kompetensen på hälso- och sjukvårdsområdet medför att sjuksköterskornas roll i den kommunala primärvården blir alltmer central, tillsammans med andra legitimerade professioner och den medicinskt ansvariga sjuksköterskan.

Enligt IVO beror bristen på tillgång till sjuksköterskor i vissa fall på att bemanningen av sjuksköterskor har varit alltför låg. I vissa fall har sjuksköterskan ett geografiskt ansvarsområde som är så stort att det i praktiken är omöjligt för sjuksköterskan att i tillräcklig utsträckning bedöma patienters tillstånd på plats vid särskilda boenden.[71] Detta bekräftas i våra dialoger med professionsföreträdare som beskriver att sjuksköterskerollen på senare tid arbetar alltmer konsultativt med indirekt stöd via omsorgspersonalen.

I våra dialoger har MAS/MAR-företrädare och andra professionsföreträdare även lyft fram behovet av fler specialistsjuksköterskor i kommunens primärvård. En distriktssjuksköterska kan t.ex. avgöra risker för vårdskador och utföra fler behandlande insatser än en grundutbildad sjuksköterska. Det skulle kunna bidra till behov av färre vårdbesök och minska behovet av att konsultera läkare. På såväl kort som lång sikt är detta både mer kostnadseffektivt för kommunen och tryggare för patienten.

Organiseringen försvårar ett nära arbetssätt

Före Ädelreformen var det vanligt att sjuksköterskor hade arbetsledande funktioner på plats på de dåvarande sjukhemmen.[72] Av våra dialoger med MAS/MAR-företrädare, Vårdföretagarna och Famna, Riksorganisationen för idéburen välfärd, framkommer att det i dagsläget i princip finns tillgång till sjuksköterskor på plats på vardagar

[69] IVO, *Vad har IVO sett 2020? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2020*, 2021, s. 24.
[70] Vård- och omsorgsanalys, *Läget för ledarna. Förutsättningar för ledarskapsutveckling i kommunal vård och omsorg*, 2021, s. 61–62; dialog med Vårdföretagarna.
[71] IVO, *Vad har IVO sett 2020? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2020*, 2021, s. 24.
[72] Jfr prop. 1990/91:14, *Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade mm*, s. 68–69.

under dagtid. På kväller och helger finns en jourorganisation, oftast i kommunens regi, men ibland upphandlad av privat aktör. Ofta ska sjuksköterskorna som har jour ansvara för så många patienter eller att täcka ett så stort geografiskt område, att det i praktiken saknas förutsättningar för att räcka till för alla patienter, än mindre inställa sig fysiskt på plats när behov uppstår.

Våra dialoger vittnar om att en del kommuner successivt flyttat sjuksköterskor från särskilda boenden till en central placering i kommunen.

Lokaler för särskilda boenden är inte alltid utformade på ett sådant sätt att det finns ett särskilt utrymme för sjuksköterskor att arbeta från. Det gör att sjuksköterskan måste tillbaka till kontoret för att utföra vissa administrativa arbetsuppgifter. Därmed blir det svårare för omsorgspersonalen att få handledning av sjuksköterskan och för sjuksköterskan att delta i teamarbetet även vid oförutsedda eller brådskande händelser.

Kommunens sjuksköterskor har successivt fått en mer konsultativ roll och träffar alltmer sällan sina patienter. Med en begränsad bemanning behöver sjuksköterskor delegera fler uppgifter till undersköterskor och vårdbiträden för att verksamheten ska fungera. Det är framför allt fråga om delegering av administrering av läkemedel. I många fall har omsorgspersonalen inte tillräcklig kompetens och erfarenhet för att fullgöra uppgifterna. Den begränsade bemanningen gör att sjuksköterskorna inte alltid hinner följa upp alla delegeringar i den utsträckning som de borde.[73]

Coronakommissionen vill att sjuksköterskor ska vara tillgängliga på plats vid särskilda boenden dygnet runt, dels för att sjuksköterskan ska kunna göra mer egna vårdinsatser, dels för att leda övrig personal och kunna följa upp deras insatser.[74]

Om sjuksköterskor inte finns tillgängliga i tillräcklig omfattning kan det bidra till att inte alla vårdbehov uppmärksammas i tid, t.ex. undernäring, vilket förutom mänskligt lidande bl.a. kan leda till kostsamma inläggningar på akutsjukhus. Det kan även medföra att patienter inte kan få den vård som läkare har ordinerat.

Det saknas nationella rapporter om hur personer med kommunal primärvård själva ser på tillgången till kommunens sjuksköterskor.

[73] IVO, *Vad har IVO sett 2019? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019*, 2020, s. 51 f.
[74] Se SOU 2020:80, *Äldreomsorgen under pandemin*, s. 221 f. och s. 254–255.

De flesta rapporter rör främst upplevelser av den regionala vården. Socialstyrelsens återkommande undersökning av äldres uppfattning om äldreomsorgen tar sikte på tillgången till omsorgspersonal och läkare.[75]

Av 2021 års IHP-undersökning[76] framgår att de som är 65 år och äldre i den svenska befolkningen fortfarande upplevde större problem med tillgänglighet, samordning av vårdens olika delar, kontinuitet och möjligheter till delaktighet jämfört med befolkningen i andra länder som är på en liknande välfärdsnivå som Sverige.[77] Som regel är personer med fast vårdkontakt, som ger kontinuitet, mer nöjda än andra.

8.3.4 Fördjupad problembild av tillgången till läkare

Regionerna har brustit i sitt ansvar för läkarinsatser i kommunal primärvård

Vår utredning, som får stöd av andra rapporter, visar att tillgången till läkare varierar över landet, såväl i särskilt som i ordinärt boende.[78] Skillnader finns även inom en och samma kommun. Det finns platser där läkarinsatsen fungerar väl, men på många platser är läkarinsatsen inte på en tillfredställande nivå. I våra dialoger efterfrågar professionsföreträdare att läkaren blir en tydlig del av primärvårdsteamet.

Socialstyrelsen har under lång tid påtalat att tillgången till läkare i särskilt boende är otillräcklig.[79] Rapporter visar att läkarinsatsen fungerar ännu sämre i ordinärt boende.[80]

Bristen på läkarinsatser blev också uppenbar under våren 2020. IVO granskade då ett urval av utförare med syfte att se om äldre personer på särskilda boenden hade fått medicinsk vård och behandling utifrån sina individuella behov vid misstänkt eller konstaterad covid-19. IVO konstaterade att lägstanivån på de granskade boendena

[75] Jfr t.ex. Socialstyrelsens enkätundersökning, *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2020?* och Vård- och omsorgsanalys, *Vården ur patienternas perspektiv – 65 år och äldre. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*, 2017.
[76] International Health Policy Survey (IHP).
[77] Vård- och omsorgsanalys, *Vården ur befolkningens perspektiv, 65 år och äldre. International Health Policy Survey (IHP) 2021*, 2022, s. 11 f.
[78] Jfr Vård- och omsorgsanalys, *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport,* 2021.
[79] Socialstyrelsen, *Ädelreformen slutrapport*, 1996; Socialstyrelsen, *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapporter 2011 och 2012*, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2021*, 2021, s. 36, s. 67 och prop. 2002/03:20, *Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet*.
[80] SKR, *Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård*, 2020, s. 22.

varit för låg på väldigt grundläggande punkter och att bristerna varit kända sedan tidigare.

Enligt IVO lämnade regionen över ansvaret för medicinska bedömningar till kommunen i varje enskilt fall där individuella läkarbedömningar inte gjordes, utan att kommunerna hade tillräcklig kompetens för uppgiften. Enligt IVO har ingen region tagit sitt fulla huvudmannaansvar för att säkerställa en behovsanpassad medicinsk vård för personer på särskilda boenden under våren 2020.[81]

Coronakommissionen konstaterar att läkarbedömningar ofta gjordes på distans under våren 2020. Distansbedömningar med digitala hjälpmedel är ett arbetssätt som används i ökad omfattning genom den digitala utvecklingen. Det kan vara ett lämpligt arbetssätt även i särskilda boenden när läkaren har god kunskap om sin patient och en erfaren sjuksköterska finns på plats och det finns upparbetade rutiner för samverkan mellan dessa. Enligt Coronakommission visar IVO:s granskning att dessa förutsättningar inte alltid föreligger.[82]

Enligt Socialstyrelsens återkommande nationella undersökning om vad äldre personer anser om äldreomsorgen upplevde de flesta av dem som bodde på särskilda boenden år 2020 att det var ganska lätt att få träffa en läkare när behov uppstod. Merparten av de som svarade uppskattade samtidigt sitt hälsotillstånd till mycket gott och har därmed inte stort behov att träffa läkare. De som är 80 år och äldre brukar generellt vara mer positiva till vården än andra i befolkningen i återkommande undersökningar.[83] Det kan finnas flera orsaker till det. Variationen i nöjdhet skiljer sig sedan länge mellan olika regioner.[84] Som regel är personer som har en fast läkarkontakt mer nöjda än andra. Att man har en fast läkarkontakt behöver däremot inte innebära att den är tillgänglig.[85] Enligt Vård- och omsorgsanalys enkätundersökning 2021 är det fortsatt svårt att få tillgång till läkare på

[81] IVO, *Vad har IVO sett 2020? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2020*, 2021, s. 18 f.
[82] SOU 2020:80, *Äldreomsorgen under pandemin*, s. 224.
[83] Socialstyrelsen, *Vad tycker äldre om äldreomsorgen 2020?* 2020 och Vård och omsorgsanlys, *Vården ur befolkningens perspektiv* 2020. *En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*, 2021, s. 70 och s. 74.-(Får stöd av statistik i IHP 2021).
[84] Vård- och omsorgsanalys, *Vården ur patienternas perspektiv – 65 år och äldre. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*, 2017, s. 86–87, s. 90 och Socialstyrelsen, *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2020?* 2020.
[85] Vård- och omsorgsanalys, *Vården ur befolkningens perspektiv, 65 år och äldre. International Health Policy Survey (IHP) 2021*, 2022, *s. 16.*

kvällar och helger, medan behandlingen av kroniskt sjuka har blivit bättre.[86]

Grundläggande orsaker till bristen på tillgång till läkare

Brist på rätt kompetens

I våra dialoger anges ofta resursbrist som en förklaring till brister i tillgången till läkare. Det finns framför allt en generell brist på ”rätt” kompetens dvs. särskilda specialistkompetenser. Det råder brist på geriatrisk kompetens, såväl specialistkompetens som en bredare allmän geriatrisk kunskap.

Antalet allmänläkare och geriatriker per 100 000 invånare har minskat under de senaste fem åren, samtidigt som gruppen äldre har blivit fler. År 2021 uppgav 19 av 21 regioner att det rådde brist på allmänläkare, men även läkare inom andra specialistområden. Vid 2022 års uppföljning av kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården uppgav 17 av 21 regioner brist på allmänläkare.[87] Det råder därmed generell brist på de vanligaste specialistkompetenserna för läkare inom primärvården som äldre personer vanligen är i behov av.

Enligt 10 kap. 5 § HSL är det regionerna som ska se till att det finns förutsättningar för att utbilda läkare inom de specialistområden som motsvarar befolkningens behov. Regionerna behöver därför möjliggöra specialistutbildning inom kompetensområden, t.ex. geriatrik, som är centrala för att möta vårdbehov i den äldre befolkningen (Se även Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vårds förslag om att huvudmännen ska säkerställa att utbildning sker, SOU 2020:19, *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*).

Socialstyrelsen har i uppdrag att stödja regionerna med bedömningar om behovet av kompetensförsörjning.[88] Under 2021 fick myndigheten också ett specifikt uppdrag att - med stöd av Nationella

[86] Vård- och omsorgsanalys, *Vården ur befolkningens perspektiv, 65 år och äldre. International Health Policy Survey (IHP) 2021*, 2022.
[87] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2021*, s. 36–37 och prop. 2019/19:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* s. 109; Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet 2021*, 2021, s. 7–9; Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*, 2022, s. 56 och Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet 2022*, 2022, bilaga 2.
[88] Jfr Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet 2022*.

vårdkompetensrådet – ta fram rekommendationer för dimensionering av läkarnas specialiseringstjänstgöring (ST) inom allmänmedicin på nationell och regional nivå.[89]

Regeringen och SKR har sedan 2019 ingått överenskommelser om God och nära vård. Enligt 2022 års överenskommelse mellan regeringen och SKR ska regionerna förstärka det strategiska arbetet med prognoser och dimensionering av läkarnas allmäntjänstgöring och ST för att den långsiktiga tillgången till läkare ska motsvara befolkningens behov och stödja omställningen till nära vård.

Enligt regionerna skiljer sig tillgången till läkare ofta mellan geografiska områden. Såväl regioner som privata vårdgivare uppger att det är svårast att rekrytera erfarna medarbetare som vill arbeta i glesbygd, långt från universitetsstäderna.[90]

Brist på tydliga krav på läkarinsatsen

En ytterligare orsak till brister i tillgången till läkare är att förväntningarna på läkarinsatsen i kommunal primärvård upplevs som otydliga av utförare. Det är framför allt avtal och villkor kring läkarstöd i ordinärt boende som upplevs som otydliga.[91]

I dag lämnas ett stort utrymme till regioner och kommuner att sluta avtal om omfattningen av och utformningen för läkarmedverkan i kommunens primärvård.

Vi har gått igenom merparten av de övergripande avtal om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård (läkaravtal) som ingåtts mellan region och kommun.[92] Vi kan konstatera att alla ser olika ut, men att de till sitt innehåll i stort sett reglerar samma saker. Läkaravtalen kan liknas vid ramavtal. De återger i stor utsträckning vad som redan följer av grundläggande principer och bestämmelser i HSL. Därutöver konkretiserar avtalen mål och inriktningar för hur hälso- och sjukvården ska utformas för personer som får delar av sin primärvård från kommunerna. I läkaravtalen tolkas t.ex. kraven på tillgänglighet och anges bl.a. hur vårdbehov ska tas om hand på jourtid.

---

[89] Regeringen (Socialdepartementet), *Uppdrag om kompetensförsörjning inom primärvården* S2021/06575(delvis).
[90] Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet 2021*, 2021, s. 7–9.
[91] Jfr SKR, *Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård*, 2020, s. 14–15.
[92] 16 av 21 stycken.

Regelverket om fast läkarkontakt och relationskontinuitet tolkas på olika sätt av regionerna. Även vilka insatser som ska ingå i läkaruppdraget och hur mycket tid som bör avsättas för uppdraget varierar mellan regioner. Generellt är insatser i ordinärt boende mindre detaljreglerade i avtalen, än vad som gäller för särskilda boenden.

Samtliga övergripande avtal om läkarmedverkan lämnar därutöver ett stort utrymme för att reglera närmare detaljer på lokal nivå. De lokala läkaravtalen som vi har tagit del av har ingåtts mellan en kommun och en eller flera vårdcentraler som fullgör regionens primärvårdsuppdrag. Vår bedömning är att de övergripande avtalen om läkarmedverkan generellt lämnar ett allt för stort utrymme för tolkning, tillämpning och utformning av hur uppdraget ska fullgöras till den enskilda utföraren.

Några tydliga och vägledande riktlinjer för hur målen i HSL ska uppnås framgår däremot inte. Det beskrivs mer sällan i avtalen vilka kvalitetsmål eller krav på samverkan eller läkarinsatsen som bör uppfyllas. I stället överlämnas detta till utföraren att avgöra. Det går att följa upp att ett visst samtal har genomförts, men målen som samtalet är till för är svårare att följa upp.[93] Våra dialoger visar också att det är mer ovanligt att kommun och region gör strukturerade uppföljningar av hur läkarinsatserna fungerar. Det verkar saknas en överblick över hur regionen lever upp till sitt ansvar att tillhandahålla läkarinsatser i kommunal primärvård.

Vi uppfattar att avtalsregleringen liknar en form av ”visklek” där intentioner bakom regelverk i hälso- och sjukvårdslagstiftning successivt vattnas ut och förändras desto närmare patienten man kommer. Detta bidrar till att läkarinsatsen fullgörs på olika sätt och att intentioner i lagstiftning inte når hela vägen fram till patienten. I våra dialoger med vårdgivare framkommer också att de bakomliggande avtal om läkarmedverkan inte alltid är kända av utföraren eller de som förhandlar de lokala läkaravtalen. De har därmed av det skälet inte den styrande effekt som varit avsedd. Detta bidrar till att läkarinsatsen skiljer sig åt i såväl omfattning som kvalitet beroende på bostadsort och vårdgivare. Enskilda läkare får inte alltid de förutsättningar som krävs för att kunna ge en god och säker vård.

Huvudmännens läkaravtal ligger till grund för krav på utförare inom regionernas primärvård. Eftersom regionen ansvarar för att ställa krav på de verksamheter som har utföraransvaret i sin primär-

[93] Jfr SKR, *Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård, 2020*, s. 14.

vård behöver huvudmännen samverka för att kommunerna ska få möjlighet att påverka utformningen av kraven i lokala avtal om läkarinsatser i kommunal primärvård liksom beställningar till vårdgivarverksamhet i egen regi.

Vissa kommunföreträdare har till utredningen fört fram att kommunen har begränsade möjligheter att påverka de centrala avtalen så att dessa ger rätt styrning till förfrågningsunderlag och de lokala avtalen om läkarinsatser. Det finns en risk att avsikter i de övergripande avtalen inte kommer till uttryck på avsett sätt i förfrågningsunderlag eller de efterföljande lokala avtalen. Att medicinsk kompetens från båda huvudmännen är delaktiga i utformningen och uppföljningen av läkarinsatsen är enligt vår mening en grundförutsättning för att huvudmännen gemensamt ska kunna möta patienternas behov.

Detta understryker också vikten av att kommuner involverar medicinsk kompetens i tillräcklig utsträckning när man samverkar med regionen kring läkarmedverkan, såväl gällande utformningen som uppföljningen.

Brist på strukturella förutsättningar

En grundläggande orsak till brister i läkarinsatser, förutom otydliga krav och förväntningar på läkarinsatsen, är att det många gånger saknas en för målgruppen anpassad struktur för läkarinsatser till personer i kommunal primärvård.

Lagstiftaren har lämnat ett stort utrymme till regionerna att styra hur hälso- och sjukvården organiseras, med hänsyn till den kommunala självstyrelsen och behovet att kunna anpassa utformningen till lokala förhållanden. Vi kan konstatera att läkaravtalen i princip inte ställer några krav som påverkar organiseringen av läkare på utförarnivå. Hur verksamheten är organiserad påverkar dock såväl tillgänglighet som relationskontinuitet. Enligt vår mening lämnar regionerna ett för stort utrymme för variationer i genomförandet av läkarinsatser som vi anser inte kan motiveras av olika lokala förutsättningar i en kommun. Skillnaderna beror ofta i stället på hur en enskild vårdgivare valt att organisera och prioritera sin verksamhet. Detta bidrar till att tillgången till läkarinsatser i praktiken skiljer sig åt mellan olika utförare även inom en kommun. Att organisation

påverkar tillgången till läkare får stöd av analyser som Vård- och omsorgsanalys har gjort.[94]

Beroende på hur läkarinsatsen är organiserad kan det ibland råda olika uppfattningar om vilken läkare i regionen som ska svara för en viss läkarinsats i den kommunala primärvården. Enligt en tidigare statlig utredning är det generellt svårt att få hembesök av läkare som inte har ett tydligt uppdrag att bedriva primärvård i ordinärt boende. Detta medför att personer som har primärvård i ordinärt boende inte får de läkarresurser som de skulle behöva.[95]

Viss organisering av läkarresurserna kan leda till att fler läkare än nödvändigt delar på ansvaret för en patient. Det försvårar kontakterna med resten av vårdteamet och relationskontinuiteten med patienten.

Beroende på hur regionen har organiserat primärvården och den enskilda vårdgivaren har valt att organisera sina läkarresurser kan den ansvariga läkaren även ha vanlig mottagningsverksamhet. Av våra dialoger med läkare framgår att den ansvariga läkaren inte alltid har ett schema som gör det möjligt att komma loss från mottagningsverksamheten för att göra hembesök med kort varsel. Det gör det i princip omöjligt att utföra mer brådskande och oplanerade besök i kommunens primärvård.

Läkarinsatserna till patienter som har kommunal primärvård måste organiseras på ett sådant sätt att vård kan erbjudas efter behov. Det anser vi är möjligt om organisation anpassas till patienterna och inte tvärtom. Organiseringen behöver säkerställa såväl en patientanpassad tillgänglighet som ett arbetssätt som stärker relationskontinuiteten mellan läkare och patient.

Det saknas också ofta en samordnad planering för regionens insatser till särskilda boenden och i ordinärt boende. I våra dialoger framkommer en bild av att det finns eldsjälar som brinner för sitt läkaruppdrag och som lever upp till kraven på god tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet på det sätt som följer av lagar och avtal om läkarmedverkan. När dessa personer saknas permanent eller tillfälligt finns däremot ingen grundläggande struktur för en god tillgång till och kontinuitet i läkarkontakten för personer som har kommunal primärvård. Enskilda läkare har inte alltid de strukturella förutsättningar som krävs för att kunna fullgöra den funktion som en fast läkarkontakt i primärvården är avsedd för. Trots att äldre

[94] Jfr Vård- och omsorgsanalys, *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv 2019*, 2020, s. 14.
[95] Jfr SOU 2011:55, *Kommunaliserad hemsjukvård*, s. 80.

personer generellt har störst behov av en sådan funktion får de därför allt för ofta inte någon relationskontinuitet med en läkare. Att en patient har en utsedd fast läkarkontakt innebär alltså inte alltid att det är den läkaren som patienten får träffa regelbundet.

Enligt dagens läkaravtal ska läkarinsatser i första hand vara förlagda till dagtid på vardagar. Det är en rimlig utgångspunkt och fungera väl för planerad vård som regelbunden rond och planerade individuella läkarbesök, men är inte i sig tillräckligt för att möta behoven i kommunens primärvård. Flera regioner anger även att det ska finnas en daglig fast tid för konsultation för såväl personal som patienter.

Alla regioner har organisation för tillgång till läkare även på jourtid. Jourorganisationerna kan däremot skilja sig mycket åt mellan regioner. Det är vanligt att läkaravtalen anger att kommunens sjuksköterska ska kunna nå aktuell vårdcentral för kontakt med ansvarig läkare, såväl dagtid som i brådskande fall.[96] En del läkaravtal anger att läkare ska finnas tillgängliga dygnet runt, alla dagar samt att kontakt på jourtid ska tas med primärvårdsläkare i beredskap. Ofta ska sjuksköterskan då kunna nå läkaren på ett direkt telefonnummer. Vissa regioner saknar en tydlig jourorganisation för kommunens primärvård. På kvällar och helger är den kommunala sjuksköterskan hänvisad till regionens växel och vi förmodar att patienter i dessa fall vid behov behöver söka upp en akutmottagning. I våra dialoger har det senaste alternativet mötts av mest kritik.

Kommunernas handlingsutrymme kan vara begränsat

Som redogjorts för tidigare efterlevs inte alltid läkaravtalen och därmed inte heller bestämmelserna i HSL på lokal nivå. Enligt 16 kap. 1 § HSL har kommunen då rätt att anlita läkare på regionens bekostnad. I vår utredning har det inte framkommit att den möjligheten används av kommuner.[97]

Att kommuner inte anlitar läkare när regionen brister i sina skyldigheter enligt avtalen kan ha flera orsaker.

I våra dialoger med olika aktörer i kommuner framkommer att kommuner ofta har ett begränsat handlingsutrymme att kräva att

[96] Jfr SKR, *Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård*, 2020, s. 17–18.
[97] Jfr SOU 2020:19, *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*, s. 151 och SKR, *Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård*, 2020.

avtalen fullföljs eller att köpa läkartjänster från annat håll, trots att laglig möjlighet finns.

I vissa kommuner finns flera aktörer (vanligen vårdcentraler) och därmed en teoretisk möjlighet att byta utförare av läkarinsatserna. I andra kommuner finns varken andra utförare att byta till eller läkare att anlita tillfälligt.

En annan orsak är läkaravtalens utformning och att processen kan vara krånglig. Det kan dels vara svårt för kommunen att visa att avtalet har brutits, dels saknas en tydlig motpart i regionen att ställa sina krav mot.

De regionala avtalen är ofta utformade på en övergripande nivå med målformulerade gemensamma åtaganden för huvudmännen. I dessa finns också riktlinjer om kontinuitet, tillgänglighet, vårdplanering och uppföljning för såväl kommunens sjuksköterskeinsatser som regionens läkarinsatser. Där framgår även att den närmare organiseringen av hälso- och sjukvården ska anges i lokala överenskommelser mellan kommun och berörd hälso- eller vårdcentral.

Även om de lokala överenskommelserna reglerar samverkan på en mer detaljerad nivå finns ett stort tolkningsutrymme av bestämmelserna, vilket kan göra det svårt att avgöra om någon brustit i sina åtaganden. Parterna kan ha olika uppfattning om vad som avses med t.ex. ”uteblivet läkarbesök”, en vanligt förekommande förutsättning i läkaravtalen.[98]

Om patienten t.ex. får en läkartid några dagar senare, har avtalet brutits då? Om patienterna får besök av läkare men parterna har olika uppfattning om hur mycket tid som bör avsättas, har avtalet brutits då? Om personalen i och för sig får kontakt med en läkare men läkaren inte anser att det behövs ett läkarbesök, har avtalet brutits då?

Vår bedömning är att enskilda aktörer inte alltid drivs av vad innehållet i avtalen rimligen ska syfta till utan ibland vad som är bäst för sin egen verksamhet och budget. Avsikten i de övergripande läkaravtalen bör rimligen vara att äldre personer och andra berörda med delad primärvård ska få tillgång till läkare efter individuella behov.

Läkaravtalen är ofta konstruerade på ett sådant sätt att utföraren ska få viss tid på sig att åtgärda bristen. I praktiken medför en sådan klausul att den lagstadgade rätten att själv anlita läkare begränsas när

[98] Se SKR, *Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård, 2020*, s. 18.

det gäller oplanerade, mer brådskande, behov av läkare. Enligt uppgifter till utredningen väljer kommunens vård- och omsorgspersonal då i stället att ta patienten till akutsjukhuset.

Ett sätt som i något fall visat sig vara effektivt för kommunen att påskynda lösningen av påtalade brister i läkarinsatsen är att fråga regionen vart fakturan ska skickas.

8.4 Ansvaret för läkarinsatser

8.4.1 Kommunens möjlighet att utföra läkarinsatser bör inte ändras

Utredningens bedömning: I dagsläget har regionerna bäst förutsättningar att som huvudman säkerställa en god tillgång till läkare även för patienter inom kommunens primärvård. Om kommunen ska ges utökade befogenheter att som vårdgivare utföra läkarinsatser bör även huvudmannaansvaret ändras. Vi bedömer att en sådan ändring kräver en kommunreform. Kommunernas möjlighet att utföra läkarinsatser bör därför inte utökas.

I stället bör tydligare krav på läkarinsatserna regleras i hälso- och sjukvårdslagen. Den medicinska kompetensen bör även förstärkas på ledningsnivå i såväl kommuner som regioner, tillsammans med en reglerad ordning för samverkan på huvudmannanivå.

Utredningens samlade bedömning

Vår bedömning är att en möjlighet för kommuner att utföra läkarinsatser inte är en ändamålsenlig lösning eller avgörande för att t.ex. äldre personer ska få en förbättrad tillgång till läkare i primärvården.

Vår samlade bedömning är att om kommunen ska ges utökade befogenheter att utföra läkarinsatser bör även huvudmannaansvaret ändras. I annat fall bedömer vi att en sådan lösning skulle bidra till än mer gränsdragningsproblematik och diskussioner kring var patientansvarets gränser går mellan kommunens respektive regionens läkare (dvs. mellan primärvård och specialiserad vård). En lösning där kommuner ges möjlighet att ta över vårdgivaransvar, men inte huvudmannaansvar, bör enligt vår bedömning i sig inte innebära större möjligheter för kommunen att påverka omfattningen eller utform-

ningen av läkarresurserna jämfört med i dag. Det gäller oavsett om hela eller delar av primärvårdsuppdraget skulle utföras av kommunen.

Vi bedömer att de flesta kommuner i dagsläget generellt har sämre förutsättningar att vara huvudman för läkarresursen i den kommunala primärvården än regionerna. Vår samlade bedömning är att det är regionerna som har bäst förutsättningar att organisera och styra läkarresursen för att kunna säkerställa tillgången till läkare och en god och jämlik primärvård, se vår analys nedan.

Vi anser i stället att det behövs en tydligare nationell styrning av läkarresursen genom att kraven på läkarinsatsen förtydligas i lag, se avsnitt 8.7. Den medicinska kompetensen behöver även förstärkas på ledningsnivå i såväl kommun som region, se avsnitt 8.8.4–8.8.5, liksom tydligare krav på samverkan, se avsnitt 8.5.2. Detta – i kombination med den ökade uppmärksamhet som bristerna har fått under pandemin – bör leda till att regioner i samverkan med kommuner vidtar de åtgärder som krävs för att stärka läkartillgången och fullgöra sitt hälso- och sjukvårdsansvar. Det vore ett mer välavvägt ingrepp i den kommunala självstyrelsen än att flytta huvudmannaansvaret mot huvudmännens önskemål. Mot denna bakgrund kommer våra förslag att utgå från den befintliga ansvarsfördelningen.

Om våra förslag inte leder till en avsedd förbättring finns däremot skäl att överväga frågan om huvudmannaansvaret igen. Vi anser att en så omfattande reform bör hanteras i samband med en översyn av den kommunala indelningen, vilken är avgörande för kommunernas strukturella förutsättningar att axla ett sådant ansvar.

Skäl för utredningens bedömning

Allmänna utgångspunkter

Mot bakgrund av konstaterade brister i läkarinsatsen i kommunal primärvård har frågan om kommunen bör ges utökad möjlighet eller skyldighet, att ta över regionens ansvar för läkarinsatser för de grupper som omfattas av kommunal primärvård diskuterats under lång tid. Frågan har utretts fem gånger under 2000-talet utan att någon har föreslagit att huvudmannaansvaret i grunden bör förändras.[99]

[99] Se SOU 2000:114, *Samverkan – Om gemensamma nämnder på vård och omsorgsområdet;* SOU 2004:68, *Sammanhållen hemvård*; SOU 2011:55 *Kommunaliserad hemsjukvård*, s. 73 f.; SOU 2016:2, *Effektiv vård*, s. 459 och SOU 2020:19, *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*, s. 152.

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård, som senast övervägde frågan, valde nyligen att inte föreslå att kommunerna ska ges möjlighet att överta skyldigheten att erbjuda läkarvård till personer med kommunal hälso- och sjukvård.[100]

Vår utredning har i uppdrag att ”överväga och ta ställning till om det finns behov av och är ändamålsenligt att ge kommuner möjlighet att utföra läkarinsatser och, i så fall lämna de förslag som krävs för att reglera en sådan ordning”. Uppdraget kräver i denna del, dels en utredning om vilka möjliga praktiska lösningar som finns, dels en bedömning av om en utökad möjlighet av något slag är ändamålsenlig. För att en sådan lösning ska vara ändamålsenlig krävs att den bidrar till att stärka tillgången till läkare och en god och jämlik vård.

I dag får kommunen endast anlita läkare när regionen inte fullgör sina skyldigheter enligt de läkaravtal som ingåtts mellan huvudmännen.[101] Kommunen får då anlita läkare i regionens ställe. Avsikten bör vara att kommuner ska kunna lösa tillfälliga brister genom att t.ex. ta in en hyrläkare. Eftersom kommunen har rätt till ersättning för sina kostnader för detta, skapar det incitament för regionen att fullgöra sina skyldigheter.

Denna möjlighet skiljer sig från att vara vårdgivare, vilket är den som själv bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet.[102] För att betraktas som vårdgivare behöver kommunen bedriva läkartjänsterna i egen regi, dvs. anställa egna läkare, inte köpa läkartjänster från privata vårdgivare.

Utredningen Effektiv vård ansåg att kommun och region borde ha möjlighet att komma överens om att kommunen får överta skyldigheten att erbjuda läkarvård till personer som bor i särskilt boende eller har kommunal primärvård i ordinärt boende. Den utredningen menade att huvudmännen i de aktuella fallen skulle kunna klargöra ansvarsfördelningen mellan primärvården och den specialiserade vården och reglera ekonomiska frågor i ett avtal.[103] Utredningen lämnade däremot inget konkret förslag om sådan avtalssamverkan. Det framgår inte helt tydligt om den utredningen avsåg en frivillig överflyttning även av huvudmannaansvaret för läkare, men vi har uppfattat utredningen på det sättet.

[100] Se SOU 2020:19, *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*, s. 152.
[101] Se 16 kap. 1 § HSL.
[102] Se 2 kap. 3 § HSL.
[103] Se SOU 2016:2, *Effektiv vård*, s. 459 f.

Det har i vissa av våra dialoger efterfrågats en möjlighet för kommuner att även anställa egna läkare, utan att samtidigt ta över huvudmannaansvaret för läkare. Om huvudmannaansvaret inte samtidigt ska ändras innebär det att regionen fortsatt styr vilka krav och förutsättningar som gäller för dessa läkartjänster.

Vi har utrett vilka rättsliga lösningar som krävs även för ett sådant alternativ samt bedömt om något av dessa alternativ är en ändamålsenlig lösning. Vi kan se att det i princip finns tre alternativa lösningar för att ge kommuner utökade möjligheter att utföra läkarinsatser. Vi bedömer att varje sådant förslag innebär nya risker och att ingen av dessa lösningar därför är ändamålsenlig. Enligt vår mening bör kommunerna därför inte få utökade möjligheter att utföra läkarinsatser utan att samtidigt ta över huvudmannaansvaret. En sådan lösning är i sig inte lämplig utan att samtidigt se över kommunindelningen, då för få kommuner har de förutsättningar som krävs för att ta ett sådant ansvar, se nedan.

Alternativ ett – en möjlighet att anställa läkare på egen bekostnad

En tidigare utredning har föreslagit ett alternativ för kommunen som vårdgivare för läkarinsatser. Förslaget innebar att man skulle ge kommuner möjlighet att utföra läkarinsatser i den kommunala primärvården, utan att ge dem huvudmannaansvaret för att tillhandahålla läkarresursen. Huvudmannaansvaret skulle liksom i dag ligga kvar hos regionerna. Kommunerna skulle inte ha någon skyldighet att tillhandahålla läkare och de skulle själva bekosta eventuella läkarinsatser.[104] Vi bedömer att denna lösning kräver en relativt enkel rättslig reglering i HSL som förtydligar detta. Den kan antingen ange vilka insatser som kommunens läkare får komplettera med eller lämna det fritt till kommunen att avgöra så länge insatserna utförs på primärvårdsnivå.

Vår samlade bedömning, utifrån dialoger med såväl våra experter som med företrädare för huvudmännen, är att det inte finns något intresse för en lösning som innebär att kommunen får utföra ”extra” läkarinsatser utan att få någon ekonomisk kompensation för det från regionen. Vi bedömer också att en sådan lösning snarare skulle bidra till ökad otydlighet i patientansvaret och en risk för fortsatt nedprioritering av primärvårdsinsatser från regionerna till berörda grupper.

[104] SOU 2000:114, *Samverkan – Om gemensamma nämnder på vård och omsorgsområdet.*

Lösningen där kommuner utför ”extra” läkarinsatser innebär stora risker för att kommunen får utföra insatser som kompensation för att regionen brister i sitt huvudmannaansvar, utan att de får någon ersättning för det. Det bör också motverka en stärkt relationskontinuitet och försvåra en samordnad vårdplanering på individnivå. Risken för att vårdbehov faller mellan stolar bedömer vi som hög.

Svårigheterna med denna typ av lösning bekräftas av remissvaren på tidigare omnämnda utredningsförslag. Samtliga regioner och en majoritet av kommunerna avvisade förslaget med motivering att det skulle medföra oklarheter i uppgiftsfördelningen.[105]

I våra direktiv anges att en ny ordning inte får innebära att det skapas otydlighet kring vem som är ytterst ansvarig för att säkerställa tillgången till läkare och för att säkra en god och jämlik vård. Enligt vår bedömning är detta därför inte en ändamålsenlig lösning för att stärka tillgången till läkare.

Alternativ två – en möjlighet att ta hela vårdgivaransvaret för läkartjänsterna

Ett annat alternativ är att kommunen får möjlighet att utföra samtliga läkartjänster som ingår i primärvården, för patienter med kommunal primärvård. Kommunen skulle t.ex. kunna anställa läkare för att fullgöra det uppdrag som vi föreslår i avsnitt 8.7.4–5. Vårt förslag, liksom en sådan lösning, behöver utformas som ett tilläggsuppdrag vilket enligt nuvarande regelverk behöver upphandlas med stöd av lagen (2016:1145) om offentlig upphandling. Annars behöver kommunen erbjuda läkartjänster på primärvårdsnivå till hela befolkningen, vilket inte är aktuellt.

EU-rättsliga upphandlingsdirektiv, den fria etableringsrätten i primärvården och en obligatorisk valfrihet för patienter att kunna välja vårdgivare medför att en sådan lösning kräver en mer omfattande analys av behovet av ändring i nu gällande regelverk. För att de kommuner som vill ska kunna få ensamrätt på ett sådant uppdrag bör det enligt vår bedömning krävas ett tillämpligt undantag för regionen att upphandla dessa tjänster i konkurrens, se avsnitt 4.4.2. Annars kan kommunen behöva konkurrera med privata vårdgivare om läkaruppdraget i den kommunala primärvården.

[105] Remissvar till SOU 2000:114, *Samverkan – Om gemensamma nämnder på vård och omsorgsområdet*.

Vi kan konstatera att en sådan lösning skulle innebära att regionen ska ställa krav på kommunens läkare på liknande sätt som de i dag ställer krav på läkare i egen och andras regi. Vi uppfattar en sådan ansvarsfördelning som mycket märklig. En sådan lösning, utan att kommunen tar över huvudmannaansvaret, bör enligt vår bedömning i sig inte innebära större möjligheter för kommunen att påverka omfattningen av läkarresurserna jämfört med i dag. En sådan lösning bör, med dagens regelverk, vidare kräva att patienterna undantas från möjligheten att välja utförare i regionernas primärvård och för de allra flesta kraftigt begränsa möjligheten att välja fast läkarkontakt i primärvården. Då vi bedömer att en sådan lösning inte vore ändamålsenlig har vi inte gått vidare med närmare utredning om möjlighet till undantag från det upphandlingsrättsliga regelverket.[106]

Alternativ tre – möjlighet att ta över huvudansvaret för läkartjänster

Ett tredje alternativ vore att ge kommuner utökad möjlighet att tillhandahålla läkartjänster på motsvarande sätt som gäller för möjligheten att i dag ta över ansvar för primärvård i ordinärt boende. Nämligen en möjlighet, men ingen skyldighet, att ta över huvudmannaansvaret även för läkarinsatser på primärvårdsnivå. Kommunen kan sedan välja om den vill erbjuda tjänsterna i egen eller annans regi. Kommunen skulle med denna lösning kunna påverka vårdgivarens förutsättningar att erbjuda en god och säker tillgång till läkare. Vi anser därför att det är den mest ändamålsenliga lösningen, av dessa tre, för att kommuner ska kunna styra läkarinsatserna. Vi uppfattar att detta tredje alternativ motsvarar den avtalssamverkan som Utredningen Effektiv vård ansåg lämplig. En sådan avtalssamverkan skulle kunna regleras på motsvarande sätt i HSL som den som i dag finns i 12 kap. 2 § HSL. Samtidigt behöver regleringen av fast läkarkontakt i så fall ses över för att säkerställa rätten till en sådan även med en sådan ordning.

Detta tredje alternativ förutsätter alltså att även huvudmannaansvaret för läkarinsatser ändras. I annat fall bedömer vi att en sådan lösning skulle bidra till än mer gränsdragningsproblematik och diskussioner kring var patientansvarets gränser går mellan kommunens

[106] Jfr Prop. 2021/22:72, *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform*, s. 48.

respektive regionens läkare (dvs. mellan primärvård och specialiserad vård).

Nedan har vi därför analyserat vilken huvudman som har bäst förutsättningar att organisera och styra läkarresursen.

Bristande förutsättningar i form av infrastruktur

Att vara huvudman för den högsta medicinska kompetensen ställer krav på en robust infrastruktur för att attrahera, upprätthålla och utveckla kompetensen. Det inkluderar bl.a. tillgång till vetenskapliga källor, kollegialt lärande, forsknings- och utvecklingsmöjligheter, fortbildning m.m., men även kapacitet att säkerställa nödvändig jourverksamhet, vikarier vid utbildning, semester etc.

Utredningens bedömning är att det ställer krav på en hälso- och sjukvårdsverksamhet av viss storlek för att det ska kunna göras på ett ändamålsenligt och för samhället kostnadseffektivt sätt. En stor andel av våra 290 kommuner har i dag inte de förutsättningar som krävs.

Våra dialoger pekar också på en bred samsyn om att kommunerna inte bör ta över huvudmannaansvaret för kliniska läkarinsatser, då det inte bedöms troligt att det skulle bidra till ökad tillgänglighet till läkarresursen. Även andra undersökningar som gjorts visar ett svagt intresse från kommuner att ta över ansvaret för kliniska läkarinsatser.[107] Det finns samtidigt en bred enighet bland olika aktörer att läkarinsatserna i kommunens primärvård måste förstärkas.

Stora utmaningar att säkerställa tillgång till rätt kompetens

En av de största utmaningarna i dagens primärvård, såväl för kommuner som regioner, är kompetensförsörjningen. Regionerna har i dag svårt att rekrytera och behålla allmänläkare i primärvården och det är fortsatt relativt få som utbildar sig till geriatriker i förhållande till behovet. Enligt SCB:s arbetskraftsbarometer är det svårt att rekrytera framför allt i glesbygd, långt från universitet och större sjukhus.[108]

En ändrad ansvarsfördelning, där kommuner ges möjlighet att ta ansvar för vissa läkarinsatser, innebär att huvudmännen kommer

[107] Sveriges Radio, *Kommuner splittrade i frågan om de ska kunna anställa egna läkare*.
[108] Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet 2021*, 2021, s. 36 och s. 38 samt generellt om läkare enligt SCB: s Arbetskraftsbarometer 2019 s, 53 och 2020, s. 53.

konkurrera om samma begränsade läkarresurser på primärvårdsnivå. Det finns då en väsentlig risk för att kommuner skulle ha ännu svårare än regionerna att tillsätta vakanta läkartjänster med rätt kompetens.

Majoriteten av kommunerna bedöms inte ha förutsättningar att erbjuda de arbetsvillkor eller den infrastruktur som efterfrågas i fråga om tillgång till vetenskapliga källor, kollegialt lärande, forsknings- och utvecklingsmöjligheter, fortbildning etc. Detta är viktiga faktorer för att upprätthålla patientsäkerhet, utveckla vården samt bli en attraktiv arbetsgivare. Det finns därmed en ökad risk för fler tillfälligt eller mer permanent vakanta läkartjänster om kommunen tar över ansvaret för läkartjänster. Det gäller framför allt i glesbygd. Det riskerar att leda till ett ökat behov av hyrläkare med sämre kontinuitet och kvalitet i vården som följd. Det skulle i sig kunna få allvarliga konsekvenser för berörda patientgrupper och sätta kommunen som huvudman i ett svårt läge. Det är en oro som kommunföreträdare framfört till vår utredning.

Givet befolkningsunderlaget skulle en kommunläkare bli relativt ensam i sin profession i många kommuner. Den farhågan bekräftas av läkarföreträdare. Det gör systemet sårbart vid sjukdom, semester eller för läkarnas deltagande i utbildningar och konferenser.

Att läkare i kommunen kommer vara betydligt färre i antal än övriga anställda professioner gör utmaningen mer påtaglig när det gäller att tillgodose deras behov av kollegialt lärande och kompetensutveckling. Motsvarande problematik finns redan i dag för andra professioner i kommunens primärvård.[109]

Om kommuner ges möjlighet att ta över huvudmannaansvaret för läkarinsatser bör utformningen av den kommunala primärvården bli än mer varierad än i dag, när kommuner väljer olika lösningar. En ökad fragmentisering leder ofta till mer utmaningar att samordna vårdinsatser. Det medför också en stor risk för ökad ojämlikhet i tillgång till och kvalitet i läkarinsatser.

Sammantaget bedömer vi att kommunernas möjlighet att attrahera, bibehålla och utveckla relevant kompetens som mer utmanande än regionernas.

[109] Se Dagens medicin, *Säkerställ en kunskapsbaserad kommunal vård*

Ökad risk för strukturell sårbarhet

Vi bedömer att små kommuner saknar befolkningsunderlag för att sysselsätta egna läkare som enbart arbetar i kommunal primärvård och att en sådan organisation riskerar att bli sårbar. Det är en bedömning som delas av tidigare utredningar.[110] Givet att det i regel finns svårigheter med delade anställningar är det inte heller rimligt att anta att en region och kommun i t.ex. glesbygd skulle dela på en läkartjänst.

Om en kommun tar över ansvaret för läkarinsatser behöver samtidigt en viss överkapacitet säkerställas, för att inte tillfälliga glapp i läkartillgången ska uppstå. Läkaren behöver ha utrymme för egen fortbildning, verksamhetsutveckling och forskningsarbete. Patientgrupperna i kommunal primärvård har samtidigt behov av en välfungerande jourverksamhet. Även här bedömer vi att huvudmännens storlek spelar roll.

I många kommuner skulle läkartillgången riskera att bli sårbar samtidigt som det inte skulle vara ekonomiskt försvarbart att ha en överkapacitet av läkare. Om kommunen tar över ansvaret för läkarinsatsen skulle det för flertalet kommuner sannolikt förutsätta en samverkan mellan olika kommuner alternativt upphandlande av tjänster för jourorganisation m.m. Då det oftast skulle röra sig om små volymer bedömer vi att deras utsikter att få till stånd ändamålsenliga och kostnadseffektiva upphandlingar troligen är mer utmanande än för regionerna.

Trots att regionerna har brustit i sitt ansvar när det gäller att säkerställa tillgången till läkare bör de – utifrån sin storlek och sitt breda hälso- och sjukvårdsuppdrag – generellt sett ha bättre förutsättningar att organisera och vid behov omfördela sina läkarresurser såväl för jouruppdrag som när vakanser uppstår, vid sjukdom, tjänstledighet och liknande.

Möjlighet att skapa kontinuitet och teamarbete

Ett starkt argument för utökade möjligheter att anställa kliniska läkare i kommuner är att det förväntas leda till ökad kontinuitet och

[110] Se SOU 2004:68, *Sammanhållen hemvård*, s. 61–62 och SOU 2011:55, *Kommunaliserad hemsjukvård*, s. 78.

effektivare samverkan om en huvudman är ansvarig för hela primärvårdkedjan för de aktuella patienterna.

Antagandet är att läkaren t.ex. skulle kunna involveras i god tid för förebyggande insatser om kommunen styr vad som ska ingå i läkarinsatsen. Läkaren skulle även på ett tydligare sätt kunna bli en del av vårdteamet när all personal har samma uppdragsgivare eller arbetsgivare. Det skulle bidra till ökad kontinuitet om samma läkare är kopplad till ett boende eller geografiskt område. Sårbarheten skulle vidare minska om läkaren endast ansvarade för patienter i kommunal primärvård då läkaren inte behöver prioritera mellan huvudmännens patienter.

Att ovannämnda värden uppnås hänger dock i slutändan också på hur kommunen väljer att styra, organisera och ersätta den läkarresurs man får ansvar för. Inte heller kommunerna har oändliga resurser och även deras läkare skulle behöva prioritera mellan olika patienter, om än bara bland dem med kommunal primärvård.

För att uppnå de fördelar som redovisats ovan krävs såväl tydliga uppdrag som rätt incitament och nya och integrerade arbetssätt mellan läkare och övriga professioner. Ett byte av arbetsgivare eller uppdragsgivare bidrar enligt vår mening inte per automatik till det, se våra förslag i avsnitt 8.7.

På motsvarande sätt skulle även regionerna, med tydligare uppdrag och incitament till nya arbetssätt kunna styra och organisera läkarresurserna så att dessa fördelar uppnås. Däremot är det nödvändigt att kommunernas bedömningar om vårdbehov, tillgänglighet, kontinuitet och samordning av olika typer av insatser beaktas vid kravställningen på utförare av läkarinsatser.

Vi anser att kommunen kan och ska ställa krav på utformningen och omfattningen av läkarinsatsen redan med dagens ansvarsfördelning. Dagens läkaravtal mellan huvudmännen ska återge en partsgemensam uppfattning om behovet av läkarinsatser. Vid vår granskning av läkaravtalen har vi dock också bedömt att läkaravtalen är regiontyngda, se avsnitt 8.7.1. Det verkar därmed som om kommunen i dag inte har möjlighet att påverka de centrala avtalen i tillräcklig utsträckning. Se våra förslag om stärkt medicinsk kompetens på ledningsnivå i kommun och region i avsnitt 8.8.4 och 8.8.5.

Förutsättningar för samverkan och samordning

Det är inte ovanligt att patienter i kommunal primärvård har omfattande vårdbehov även inom specialiserad vård. Ett helt parallellt hälso- och sjukvårdssystem inom kommunen är inte aktuellt. En kommunanställd läkare skulle därför vara beroende av ett nära samarbete med läkare inom den specialiserade vården, som regionen är huvudman för.

Vår bedömning är att det alltid kommer finnas vårdkedjor som behöver samordnas oavsett om kommunen tar över hela primärvårdsuppdraget. Ett samlat ansvar innebär därför inte i sig att behovet av samverkan och samordning minskar. När det gäller hälso- och sjukvård går det inte att undvika behov av samverkan mellan en mängd olika aktörer. Det handlar om att ha en personcentrerad vård. I en modern hälso- och sjukvård behöver man arbeta i team med flera olika professioner, och ibland från olika organisationer. Det krävs inte att man har samma arbetsgivare för att ha förutsättningar att bygga upp ett fungerande interprofessionellt team. Det styrs snarare av andra faktorer som organisering av arbetet hos båda parter och hur väl den underlättar för samverkan.

Det finns också goda exempel där samverkan fungerar väl i dag även med två huvudmän.

Vår bedömning är att organisationen hos vårdgivaren har avgörande betydelse för möjligheten till relationskontinuitet och personcentrerade arbetssätt. I våra dialoger finns en bred samsyn att tillit till varandra är avgörande för att samverkan ska fungera. Man kommer relativt långt med gemensamma mål, tydliga uppdrag, gemensam vårdplanering och samma inställning till behovet av samverkan. Det gäller oavsett vem som har ansvar för läkarinsatsen.

Enligt vår samlade bedömning är den mest ändamålsenliga lösningen att kommuner och regioner samverkar inom ramen för befintligt regelverk.

8.5 Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar tydliggörs

8.5.1 Det kommunala primärvårdsansvaret

Utredningens förslag: Det ska framgå av 12 kap. hälso- och sjukvårdslagen att kommunen ansvarar för hälso- och sjukvård på

primärvårdsnivå genom att uttrycket ”hälso- och sjukvård” i tillämpliga fall i hälso- och sjukvårdslagen ersätts med ”primärvård”. Nödvändiga följdändringar ska göras i andra kapitel och lagar.

Begreppet hemsjukvård ska ersättas med uttrycket primärvård i ordinärt boende.

Skäl för utredningens förslag

Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar bör tydliggöras

I dag anges i 12 kap. 1 § HSL att kommunen ansvarar för hälso- och sjukvård till personer i vissa särskilda boenden och i dagverksamhet samt, enligt 12 kap. 2 § och 14 kap. 1 § HSL, får erbjuda hälso- och sjukvård till personer i ordinärt boende och ytterligare särskilda boenden. Att det är fråga om hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå framgår endast av förarbeten till lagen.

I våra dialoger har det framkommit att det råder en utbredd oklarhet om hur omfattande kommunens hälso- och sjukvårdsansvar är. Motsvarande otydlighet finns även för regionernas hälso- och sjukvårdsansvar för berörda grupper. Det verkar också råda oklarhet hos båda huvudmännen om vad som utgör primärvård respektive specialiserad vård och därmed vem som bär ansvaret för specialiserad hälso- och sjukvård i hemmet.

Resultatet av detta har visat sig tydligt när hälso- och sjukvården satts på prov under coronapandemin. Då ökade behovet av specialiserade medicinska insatser. Som redovisats i avsnitt 8.3.1 överlät regionerna medicinska bedömningar och nödvändiga medicinska insatser till kommunerna utan att säkerställa att de hade tillräcklig kompetens eller utrustning för att fullgöra dem. Det satte kommunerna och framför allt personer i särskilda boenden, i ett väldigt utsatt läge.

Den oklara ansvarsfördelningen och bristande samverkan mellan huvudmännen innebär i praktiken att personer som bor i särskilt boende i vissa fall inte får samma tillgång till hälso- och sjukvård, såväl medicinska bedömningar från läkare som tillgång till annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, som resten av befolkningen, se närmare i vårt förslag i avsnitt 8.5.2.

Vi anser att det är angeläget att klargöra att kommunen är huvudman för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå. Att klargöra vem

som är huvudman för olika vårdinsatser är centralt. Den som är huvudman för vården är ytterst ansvarig för att vården kan erbjudas invånarna, ansvarig för finansieringen, att vårdgivare har tillgång till den kompetens och utrustning som krävs, att vården är tillgänglig och att kvaliteten följs upp m.m. Om detta är otydligt finns risk för att vårdbehov faller mellan stolar, se fördjupad problembeskrivning i avsnitt 8.3.

Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar som huvudman behöver därför tydliggöras. Av ansvarsfördelningen i HSL följer att det som inte kommunen ansvarar för, faller inom ramen för regionens hälso- och sjukvårdsansvar. Vi anser att det behöver klargöras i 12 kap. HSL vad det är för hälso- och sjukvård som kommunerna har befogenhet att ta ansvar för som huvudman, nämligen primärvård.

I lagen om samverkan vid utskrivning från sluten vård används uttrycket *kommunalt finansierad hälso- och sjukvård* för att beskriva kommunens hälso- och sjukvårdsansvar. Ett sådant begrepp bidrar inte till något klargörande av vilken hälso- och sjukvård som kommuner är ansvariga för. Det uttrycket passar därför inte för att i HSL ange vilken vård kommuner som huvudman får och ska ansvara för.

Trots att begreppet *primärvård* enligt HSL är en vårdnivå används begreppet i rapporter från myndigheter m.m. ofta för att beskriva en organisatorisk del av regionens hälso- och sjukvård. Att primärvårdsbegrepp inte används på ett konsekvent sätt i lagar och rapporter kan vara en bidragande orsak till en otydlighet i kommunens ansvar.

Vi anser att det bör framgå direkt av HSL att kommunen endast är och kan vara huvudman för primärvård. Vi föreslår därför att det av de bestämmelser som syftar till att klargöra ansvarsfördelningen för hälso- och sjukvården ska framgå att kommunen ansvarar för *primärvård* till de grupper som anges i 12 kap. HSL.

Primärvården omfattas av samma kvalitetskrav som all annan hälso- och sjukvård. I detta avseende finns ingen anledning att göra skillnad mellan vård i olika boendeformer. Vårt förslag innebär ingen ändring i nu gällande ansvarsförhållanden. Nödvändiga följdändringar behöver göras i andra författningar.

Hemsjukvård bör benämnas primärvård i ordinärt boende

Eftersom det är frivilligt för kommunerna att ta över primärvården i ordinärt boende är det enligt vår mening även fortsättningsvis nödvändigt att i bestämmelser om huvudmannaansvar skilja på primärvård i olika boendeformer. Det innebär dock inte att kraven på god, säker och nära vård skiljer sig åt beroende på var en person bor.

Den kommunala hälso- och sjukvården i ordinärt boende benämns i dag kort som *hemsjukvård*, ett begrepp som sedan varken definieras eller konsekvent används i andra bestämmelser i HSL.

När begreppet infördes utfördes inte specialiserad hälso- och sjukvård i hemmet i samma omfattning som i dag. Därefter har alltmer specialiserad vård flyttat ut i patientens eget hem. I takt med att många kommuner tagit över delar av hemsjukvården i ordinärt boende och samtidigt även åtagit sig att utföra mer specialiserad hälso- och sjukvårdsuppgifter i hemmet, uppstår oklarheter om vilken vårdnivå som avses när uttrycket hemsjukvård används.

Lagrådet ansåg i samband med beredningen av 2017 års HSL att begreppet hemsjukvård borde ersättas med en mer bestämd benämning, men konstaterade att det saknades beredningsunderlag för en definition av detta i det lagstiftningsärendet.[111] Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård har föreslagit att begreppet *hemsjukvård* i 12 kap. HSL ersätts med uttrycket *hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende*. Den utredningen delade bedömningen att avsaknaden av en definition av begreppet hemsjukvård bidragit till en otydlighet, där den hälso- och sjukvård som utförs i hemmet av kommunerna många gånger ses som en egen form av vård. Avsikten med den utredningens förslag var att tydliggöra att den hälso- och sjukvård som kommunen utför i hemmet omfattas av samma kvalitetskrav, behov av adekvat resurssättning och kompetensbehov som all hälso- och sjukvård. Den utredningen underströk också att det är hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå som avses.[112] Vi delar uppfattningen att det är fråga om primärvård i patientens hem och att den omfattas av samma kvalitetskrav som all annan hälso- och sjukvård.

Det är inte bara den ordinarie bostaden som utgör patientens egna hem. Även särskilda boenden utgör patienternas egna hem när de bor där permanent. I takt med att alltmer specialiserad vård kan ges

[111] Se Lagrådets yttrande, *Ny hälso- och sjukvårdslag*, 2017.
[112] SOU 2020:19, *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*, s. 153 f.

i det egna hemmet kan begreppet hemsjukvård i dagligt tal användas när det gäller all vård i en patients eget hem, oavsett vårdnivå eller boendeform. Vi anser därför att det begreppet har tappat sin stringens och numera är mindre tydligt för att ringa in den kommunala primärvårdens frivilliga uppdrag.

Det förslag som utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård lämnat är även det uppbyggt kring ”hemmet”. Vi anser inte att det bidrar till ett tillräckligt förtydligande i de avseenden vi eftersöker, dvs. att kommunernas ansvar gäller hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå samt att skilja på primärvård i olika boendeformer.

Vi föreslår därför att nuvarande uttryck i HSL *hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinärt boende* ersätts med *primärvård i ordinärt boende*. Uttrycket hemsjukvård ska därmed inte längre förekomma i lagstiftningen. På så sätt blir det tydligt vilken vårdnivå som avses och det går tydligt att skilja mellan kommunens obligatoriska åtaganden (som regleras i 12 kap. 1 §) samt dess frivilliga åtaganden (som regleras i 12 kap 2 §).

Det klargör också att kommunerna inte får ta över huvudmannasvaret för vårdinsatser som syftar till att tillgodose annat än vanligt förekommande vårdbehov, jfr 13 a kap. 1 § HSL om primärvårdens uppdrag.

Andra vårdinsatser i hemmet omnämns ofta som avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), men är inte närmare reglerat. Om den vårdformen i det enskilda fallet utgör primärvård eller specialiserad vård avgörs av om vården ryms i primärvårdens definition och uppdrag eller inte. Som vi redogör för i avsnitt 8.2 bör kommunens möjlighet att medverka i fullgörandet av vissa vårdinsatser på regionens uppdrag utredas särskilt. Det kan ibland vara ändamålsenligt för att patienten ska få en sömlös vård och hälso- och sjukvårdens resurser användas på ett effektivt sätt. Insatser som i och för sig har ordinerats inom den specialiserade vården men inte kräver någon särskild kompetens eller teknisk utrustning eller annan särskild kompetens att utföra bör falla inom definitionen för primärvård.

Vilka förväntningar finns på kommunens primärvårdsuppdrag?

Enligt äldre förarbeten till HSL ska kommunen ansvara för grundläggande behov som ligger i gränslandet mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård.[113]

Definitionen av primärvård moderniserades 1 juli 2021 och samtidigt reglerades primärvårdens grunduppdrag i HSL. Av 2 kap. 6 § och 13 a kap. 1 § HSL följer att primärvården som vårdnivå ska ha den kompetens och den utrustning som krävs för att omhänderta vanligt förekommande vårdbehov, som inte kräver särskild medicinteknisk utrustning eller särskild kompetens. Skälen till ändringarna är att omställningen till en nära hälso- och sjukvård kräver ett nytt, modernare och tydligare gränssnitt mellan primärvård och annan specialiserad vård. Numera är det vilken kompetens och vilken medicinteknisk utrustning som behövs för att ta om hand vanligt förekommande vårdbehov som avgör om en medicinsk insats utgör primärvård eller specialiserad vård. Vad som är vanligt förekommande vårdbehov och vilka medicinska insatser som kan utföras i hemmet, i särskilt och ordinärt boende, förändras över tid.[114] Det kan därför inte anges tydligare i författning utan kräver en dynamisk reglering. I takt med bl.a. nya vårdbehov, medicinska upptäckter och personalens kompetensutveckling kommer kraven på primärvården successivt att förändras. Innebörden ändras däremot inte över en natt. Det går därför att planera primärvården över tid, men planeringen behöver regelbundet ses över.

Vid Ädelreformen lyftes främst undersköterskor, sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter fram som självklara professioner i kommunens primärvård. Nya livsstilsvanor, medicinteknisk utveckling och samhällets utveckling i övrigt har skapat nya behov av vård och förebyggande arbete som gjort att professioner som bl.a. dietister, logopeder, farmaceuter och kuratorer, nu behöver finnas tillgängliga i primärvården.[115] I våra dialoger med verksamma i kommuner har det inte framkommit att samhällsutvecklingen generellt har lett till nya överväganden i kommuner om hur deras primärvård behöver förändras och förstärkas. Därför finns inte alla primärvårdens

[113] Prop. 1990/91:14, *Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade mm,* s. 58 och s. 73.
[114] Se prop. 2019/2020:164, *Inriktning för nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 67.
[115] Jfr prop. 2019/2020:164, *Inriktning för nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform,* s. 67 f och våra dialoger med professionsföreträdare och MAS/MAR-företrädare; Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022, 2022*, s. 8 och s. 55–56.

medicinska kompetenser eller nödvändig medicinteknisk utrustning tillgängliga för många patienter med kommunal primärvård i dag.

I våra dialoger framkommer även att en del kommuner i takt med att vården flyttas ut från sjukhusen, känt sig tvingade att ta över allt mer ansvar för specialiserad vård från regionerna. Det går i så fall enligt vår mening utöver vad som förväntas av en kommun inom ramen för dess huvudmannaansvar. Det går också utöver vad kommunen får ta över ansvaret för enligt HSL. Däremot kan det inom ramen för kommunens skyldighet att samverka i omställningen till en mer nära vård krävas att dess personal medverkar i viss vård på regionens uppdrag, se avsnitt 8.2.

Vårt utredningsuppdrag har bedrivits i bred samverkan med berörda aktörer inom primärvården. Bland dessa finns en samstämmig bild om att det inte går att närmare ange exakt var gränsen för kommunens primärvårdsansvar ska gå. Samtidigt efterfrågar många ett klargörande av vad som förväntas av kommuner i dag.

Erfarenheter från pandemin men även genomförandet av LUS väcker frågor om vilka förväntningar som kan ställas på kommunens medicinska kompetens och medicintekniska utrustning. Det råder t.ex. olika uppfattningar om huruvida medicinska insatser som har varit nödvändiga för att rädda liv under pandemin, såsom t.ex. syrgasbehandling, är insatser för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov som inte kräver särskild medicinsk kompetens eller särskild teknisk utrustning.

Att sköra personer riskerar att drabbas särskilt illa av infektioner och komplikationer vid inläggningar på vårdinrättningar talar för att de bör kunna få mer vård utförd i särskilda boenden. Det är ett ansvar som även ankommer på regionens specialiserade vård.

Det måste också finnas förutsättningar att bedriva vård i livets slutskede i patienternas hem. Detta kan vara såväl primärvård som specialiserad vård. Det måste vara möjligt att få tillgång till viss specialistkompetens på primärvårdsnivå för palliativa insatser, men en ständig beredskap på varje särskilt boende för annat än vanligt förekommande vårdbehov kan inte krävas.

En grundförutsättning för att fler insatser, på primärvårds- och specialiserad nivå, ska kunna fullgöras på ett särskilt boende är givetvis att kraven på god och säker vård uppfylls. Det ställer krav på bemanning och personalens kompetens. Om sådana insatser kräver en kortare utbildning av hälso- och sjukvårdspersonalen, tillgång till medicinteknisk utrustning som inte är särskilt ovanlig eller dyr och

inte kräver någon särskild teknisk utbildning att hantera samt att det ur ett samhällsperspektiv är kostnadseffektivt att vården ges i särskilda boenden bör insatserna enligt vår bedömning kunna utföras av kommunen.

8.5.2 En gemensam plan för primärvården

Utredningens förslag: Det ska förtydligas i 7 kap. 7 § och 11 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen att regionen och kommunerna ska samverka med varandra vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården.

Regionen och kommunerna i regionen ska i en gemensam plan ange formerna för och utvecklingen av primärvården. Planen ska följas upp årligen. Det ska regleras i en ny bestämmelse som förs in i 16 kap. 1 a § hälso- och sjukvårdslagen.

Skälen för utredningens förslag

Tydligare krav på samverkan

Av 7 kap. 7 § HSL och 11 kap. 3 § HSL följer att regionen och kommunerna ska samverka med varandra och andra aktörer vid planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården.

Som vi också redogjort för i avsnitt 8.1.4 ställer den pågående omställningen till nära vård ökade krav på samverkan mellan huvudmännen. Från patientens synvinkel bör hälso- och sjukvården vara sömlös. Det förutsätter såväl en tydlig ansvarsfördelning och en nära samverkan mellan huvudmännen. Båda dessa förutsättningar brister i dag. Tillgången till hälso- och sjukvården är inte jämlik i Sverige utan kan påverkas av bostadsort och ålder, se även avsnitt 8.5.1.

I våra dialoger framkommer att personer med kommunal primärvård inte får tillgång till samma primärvård som regionen erbjuder och kan ha svårare att få tillgång till andra delar av regionens hälso- och sjukvård.

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård har föreslagit att huvudmännens generella skyldighet att samverka med

varandra förtydligas i 7 kap. 7 § och 11 kap. 3 § HSL.[116] Eftersom samverkan mellan huvudmännen brister sedan länge delar vi omnämnda utrednings bedömning att den allmänna skyldigheten att samverka bör förtydligas på huvudmannanivå. Vi delar uppfattningen att ett sådant klargörande skulle stödja utvecklingen mot en ökad samverkan på strategisk och övergripande nivå inom såväl olika delar av primärvården som mellan primärvård och specialiserad vård. Vi föreslår därför att det förslag som den utredningen har föreslagit genomförs.

Lika tillgång till vård trots lokal hänsyn

Ett övergripande syfte med vårt utredningsuppdrag är att säkerställa att personer som omfattas av huvudmännens delade primärvårdsansvar får en god, säker och nära vård på lika villkor som resten av befolkningen. Om vården ska upplevas som sömlös för patientens del och inga vårdbehov falla mellan stolar är det självklart att huvudmännen behöver planera den närmare utformningen av primärvården tillsammans.

Som vi redogjort för i avsnitt 8.5.1 kan tillgången till medicinska kompetenser och medicinteknisk utrustning skilja sig mycket åt mellan kommuner. Den skiljer sig även mot tillgången i den regionala primärvården. Alla skillnader som förekommer i dag kan däremot inte motiveras av att lokala förutsättningar skiljer sig åt. Det behöver t.ex. finnas fler psykologer, kuratorer och farmaceuter tillgängliga även för patienter i den kommunala primärvården.

Landets 290 kommuner har i viss mån olika förutsättningar för att på egen hand kunna säkerställa tillgången till samtliga primärvårdens kompetenser. Primärvården är multiprofessionell och omfattar numera fler medicinska kompetenser än för trettio år sedan. Olika kommuner kan t.ex. ha olika förutsättningar att rekrytera eller anlita vissa medicinska kompetenser som ingår i primärvårdsuppdraget. I vissa fall kan det finnas anledning för kommuner eller huvudmän att dela på vissa resurser för att de ska användas på ett effektivt sätt. Avstånd till vårdinrättningar, akutsjukhus och universitetssjukhus bör också påverka utformningen av primärvården på lokal nivå. Geografiska avstånd och befolkningsmängd påverkar vilka

[116] Se SOU 2020:19, *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*, s. 160 f.

förväntningar som kan ställas på vad en enskild kommun ska klara av på egen hand. Det är svårt att ställa samma krav på t.ex. Arjeplogs kommun och Bjurholms kommun som på Stockholms stad. Kommunerna har vidare i olika utsträckning tagit över ansvar för primärvård i ordinärt boende. Det medför också behov av lokala hänsyn.

Att det i viss mån finns behov av lokala hänsyn vid primärvårdens utformning innebär däremot inte att den enskilda patienten inte ska få tillgång till hela primärvårdens utbud. Det kan däremot påverka från vilken huvudman utbudet kommer. Motsvarande gäller även den exakta gränsdragningen mellan primärvården och den specialiserade vården, såväl när det gäller medicinska kompetenser som medicinteknisk utrustning. Huvudmännen behöver därför komma överens utifrån lokala och regionala förhållanden hur de ska säkerställa att enskilda i ett geografiskt område får tillgång till samtliga medicinska kompetenser så att hälso- och sjukvårdens samlade resurser används på ett effektivt sätt. Huvudmännen behöver i nära samverkan komma överens om hur primärvården ska utformas och utvecklas i olika delar av landet för att på så sätt säkerställa en mer likvärdig tillgång till hälso- och sjukvård.[117] Avsikten är att innehållet i vården från patientens synvinkel inte ska skilja sig åt beroende på var personen bor, men möjligen vad gäller vem som utför insatsen.

En gemensam plan för primärvården

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård har föreslagit att regioner och kommuner ska vara skyldiga att ta fram en övergripande gemensam plan för hur primärvården ska utformas. Syftet är att planen ska säkerställa att patienten får en sammanhängande hälso- och sjukvård oavsett huvudman. Enligt den utredningen krävs en gemensam och långsiktig strategisk planering för de gemensamma åtaganden huvudmännen har i primärvården för att underlätta samverkan. Enligt den utredningen bör den gemensamma planen innefatta frågor som kompetensförsörjning, lokalfrågor och utbudspunkter. Planen kan, enligt den utredningen, med fördel bygga vidare på de samverkansavtal om läkarmedverkan som i dag finns i samtliga

[117] Behovet finns för planering och utveckling av hela hälso- och sjukvården för att skapa en sömlös vård. Vi har dock i möjligast mån avgränsat vårt utredningsuppdrag till förslag som avser primärvården.

regioner, men även andra avtal som huvudmännen ingått med någon annan aktör som utför uppgifter åt någon av huvudmännen.[118]

Nyss nämnda utredningsförslag om en gemensam plan för utformningen av den gemensamma primärvården verkar i viss mån sammanfalla med det behov av gemensam planering som vi anser behövs för att säkerställa en likvärdig tillgång till hälso- och sjukvård i hela landet. Vi anser samtidigt att det i vissa delar finns behov av att vidareutveckla den utredningens förslag för att konkretisera vad vi menar att huvudmännen behöver planera. Det bör även avse en planering på kortare sikt.

Vi föreslår att regionen och kommunerna i länet ska vara skyldiga att ta fram en gemensam plan för utformningen och utvecklingen av primärvården. Det ska regleras i HSL.

Utformning och utveckling av primärvården

Syftet med den gemensamma planen är inte bara en övergripande och långsiktig planering av primärvården utan också att klargöra vilken huvudman som ska ansvara för vad. Utan en tydlig gemensam planering mellan region och kommun finns risk för att alla kompetenser och utrustning inom hälso- och sjukvården inte görs tillgängliga för personer med delad primärvård.

Vårt förslag om primärvårdens utformning innebär att det av den gemensamma planen särskilt ska framgå hur primärvårdens medicinska kompetenser och medicinteknisk utrustning ska tillhandahållas personer som får sin primärvård från båda huvudmännen i ett visst geografiskt område. Liknande överenskommelser förekommer i några av nu gällande övergripande läkaravtal, vilka anger vilka medicinska kompetenser utöver läkare, som respektive huvudman ska ansvara för. Vi ser behov av liknande överenskommelser i hela landet.

Med de nya kraven på primärvården som vuxit fram på senare år behöver man också ställa sig frågan hur hälso- och sjukvårdens samlade resurser används mest effektivt. En kompetens eller utrustning som används sällan bör kunna tillgängliggöras för flera aktörer, medan kompetenser och utrustning som behövs regelbundet i den dagliga verksamheten i större omfattning behöver finnas direkt till-

[118] Se SOU 2020:19, *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*, s. 162–164.

gängliga hos varje aktör. Det är inte säkert att samma lösningar passar alla kommuner inom ett län. Lokala förutsättningar kan påverka vilken lösning som är mest ändamålsenlig. Utgångspunkten bör därför vara att det ska upprättas en plan per kommun. Det hindrar givetvis inte kommuner från att samverka t.ex. inom ramen för ett kommunalförbund och ta fram en gemensamt plan, som i detaljer kan skilja sig åt i frågan om olika lokala lösningar. Det är centralt att det blir en *gemensam* plan utifrån vad som är bäst på lokal nivå. Vi bedömer även att huvudmännen behöver planera för hur primärvården ska utvecklas framöver för att möta framtida utmaningar och förbereda sig för nya kriser. I vissa fall kan det vara ändamålsenligt att huvudmännen enas om gemensamma principer för att samordna genomförandet av vissa statliga reformer eller förändringar i lagstiftning.

Vilken krisberedskap som primärvården bör ha anser vi faller utanför vårt uppdrag. Däremot bör förslag som andra utredningar har lämnat beaktas vid genomförandet av våra förslag.[119] I remissberedningen av tidigare nämnda utredningsförslag om en gemensam plan efterfrågandes bl.a. en närmare konkretisering av vad planen ska innehålla. Det kan finnas för- och nackdelar med en närmare reglering. Ökad tydlighet måste därför vägas mot faktorer som kan hämma utveckling och samverkan. Det bör dock finnas möjlighet för regeringen att vid behov närmare reglera innehållet i planen.

Planen ska följas upp årligen

Eftersom hälso- och sjukvården förändras snabbt, behöver den gemensamma planen följas upp regelbundet. Lämpligen görs det årligen för att säkerställa att samverkan fungerar och få tillfälle att överväga om något behöver förändras. På så sätt kan planen även anpassas till samhällsutvecklingen och ändrade gränssnitt mellan primärvård och specialiserad vård. Det kan t.ex. ha kommit nya lagförslag som berör båda huvudmännen och påverkar samverkan som innebär att planen behöver ändras. Vi föreslår därför att huvudmännen följer upp planeringen årligen. Det bör framgå av HSL.

I remissberedningen av ovannämnda utredningsförslag efterfrågades klargörande om vem som ska initiera och följa upp planen. En gemensam plan är enligt vår mening ett gemensamt ansvar. Båda

[119] Se SOU 2022:6, *Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga*.

huvudmännen är skyldiga att initiera planeringsarbetet och att följa upp hur planen fungerar i den egna verksamheten. Att peka ut en huvudman som särskilt ansvarig skulle också riskera att det uppfattas som att en är mer ansvarig än den andra. Vi föreslår därför ingen närmare reglering om detta.

Den gemensamma planen måste givetvis anpassas till ansvarsfördelningen i HSL, primärvårdens definition och det uppdrag som primärvården har enligt HSL, vilka åtaganden kommunen har för primärvård i ordinärt boende samt rättsliga bestämmelser i övrigt.

För att stödja omställningen till nära vård och säkerställa tillgången till en sömlös hälso- och sjukvård för hela befolkningen bör huvudmännen hitta former för hur den specialiserade vården kan organiseras framför allt för personer i särskilda boenden. Dessa personer behöver också kunna få specialiserad hälso- och sjukvård i sitt hem, när det är ändamålsenligt. Syftet ska vara att säkerställa vård på lika villkor oavsett boendeform. Denna vårdnivå är inte närmare reglerad i HSL men faller inom regionens ansvarsområde. Vi anser att varken vårt uppdrag eller utredningstid rymmer att lämna förslag i den delen. Vi föreslår därför inte ett sådant uttryckligt krav. Inom de ramar som följer av nuvarande ansvarsfördelning i HSL finns inget hinder för att huvudmännen i den gemensamma planen även samverkar för att specialiserad vård till de personer som har kommunal primärvård kan ges mer nära.

8.5.3 Kommunens primärvård ska ges nära patienten

Utredningens förslag: Det ska framgå av en ny bestämmelse i 11 kap. 2 a § hälso- och sjukvårdslagen att kommunerna ska organisera sin primärvård så att vården kan ges nära enskilda som omfattas av kommunens primärvårdsansvar.

Skälen för utredningens förslag

Nuvarande reglering

Sedan den 1 juli 2021 regleras att regionens hälso- och sjukvård ska organiseras så att den kan ges nära befolkningen. Regeringen ansåg i det lagstiftningsärendet att en motsvarande bestämmelse om nära

vård inte behövdes för den kommunala hälso- och sjukvården eftersom den redan ges nära människor. Begreppet ”nära” fick därmed främst en geografisk innebörd och kopplades till stor del till frågan om vårdens tillgänglighet.[120]

Regleringen blev därmed snävare än det förslag som utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård lämnade i mars 2017. Den utredningen föreslog en styrande princip som innebar att all hälso- och sjukvård ska ges nära befolkningen och att bestämmelsen skulle placeras i 3 kap. HSL. Det förslaget utgick från en bredare innebörd av begreppet nära, se avsnitt 6.1. Utredningens förslag fick ett brett stöd hos remissinstanser.

I remissvaren lyfte Socialstyrelsen liksom flera kommuner fram att principen om nära vård även påverkar den kommunala hälso- och sjukvårdens organisering och resursfördelning. Såväl bakomliggande utredning som flera remissinstanser lyfte fram att det är viktigt att begreppen nära och tillgänglig ges en innebörd som inte enbart avser en geografisk och tidsmässig dimension. Det framfördes också att det fanns behov av en fördjupad analys kring vad begreppet *nära* kan komma att betyda för olika typer av vård, olika patientgrupper och olika behov samt i vårdförloppets olika delar.[121]

Sedan regleringen om att regionen ska organisera sin hälso- och sjukvård så att den kan ges nära befolkningen infördes i HSL har innebörden av begreppet nära vård utvecklats vidare inom hälso- och sjukvården. Med *nära* avses i första hand numera inte bara geografiskt nära utan snarare ett förhållningssätt till patienten. Kärnan i nära vård är ett personcentrerat arbetssätt. Det innebär att vårdens organisering, bemanning och utförande ska anpassas efter individens behov och förutsättningar, i stället för att individen ska behöva anpassa sig till organisationen. Nära vård ska upplevas som sömlös för patienten och ge individen möjlighet att påverka och vara delaktig i utformningen av den egna vården. Nära vård fokuserar på hälsofrämjande, förebyggande och proaktiva insatser i stället för att bara vara reaktiv.[122]

Det har nu gått en tid sedan regeringen övervägde frågan. Synen på ”nära vård” som bredare än bara geografisk har blivit ännu mer

[120] 7 kap. 3 a § HSL och prop. 2017/18:83, *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti*, s. 46.
[121] Se prop. 2017/18:83, *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti*, s. 20, s. 23 och s. 46 f.
[122] Prop. 2019/20:164, *Inriktning för nära och tillgänglig vård - en primärvårdsreform*, s. 37 f.; Regeringen och SKR, *Överenskommelse om God och nära vård 2022 En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav*, s. 13 f.

etablerad.[123] Det speglas även i den senaste överenskommelsen mellan regeringen och SKR.[124] Den pågående omställningen involverar hela hälso- och sjukvården. Vi anser att även kommunens primärvård ska styras av grundprinciperna för nära vård. I kapitel 7 lämnar vi förslag som syftar till att motsvarande värden om individanpassade insatser ska vara styrande för äldreomsorgen. För att stödja den utvecklingen som pågår inom hälso- och sjukvården, men även bidra till ökad samverkan med äldreomsorgen, föreslår vi därför att det ska framgå av HSL att kommunens primärvård, på det sätt som tidigare omnämnda utredning föreslagit, ska ges nära.

Mot bakgrund av vad uttrycket ”nära vård” står för bör detta likt tidigare omnämnda utredning har föreslagit vara en grundläggande princip som genomsyrar alla delar av hälso- och sjukvården, på alla vårdnivåer. Därmed skulle bestämmelsen kunna placeras i 3 kap. HSL. Samtidigt bör begreppets innebörd utvidgas. Ett så omfattande förslag faller däremot utanför vårt utredningsuppdrag. Vi anser också att det blir tydligare för tillämparen att en nära vård också påverkar planering, organisering och samordning av vården om bestämmelsen placeras i 11 kap. HSL på liknande sätt som redan genomförts för regionernas del. Vårt förslag är därför utformat på det sättet. Det kan däremot finnas anledning att överväga ett bredare grepp i den fortsatta beredningen av detta lagstiftningsärende.

Vad innebär nära vård för kommunens primärvård?

Som redogjorts för i avsnitt 8.3 arbetar legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i den kommunala primärvården i dag ofta i en konsultativ roll till omsorgspersonalen. Bemanningen är så begränsad att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inte har tid att utföra vårdinsatser själv, handleda omsorgspersonalen eller följa upp sina delegeringar i tillräcklig utsträckning. Då omsorgspersonalens medicinska kompetens är begränsad går detta ut över vårdens kvalitet. En sådan bemanning och organisering bidrar inte heller till ett fungerande interprofessionellt teamarbete, som stödjer ett nära arbetssätt. Det försvårar samordningen mellan sociala och medicinska insatser. Det

[123] Jfr prop. 2021/22:72, *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform,* s. 17.
[124] Regeringen och SKR, *Överenskommelse om God och nära vård 2022 En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav.*

bidrar också till en mer reaktiv vård där proaktiva insatser ofta prioriteras bort.

För att vården ska kunna ges nära patienten utifrån dennes behov och förutsättningar, behöver sjuksköterskor men även annan legitimerad hälso- och sjukvårdpersonal i kommunerna i större utsträckning utföra sina arbetsuppgifter genom direkta vårdinsatser, inte via annan personal som alltför ofta saknar rätt kompetens.

För kommunernas del innebär en nära vård ur organisatorisk synvinkel att primärvårdens medicinska kompetenser ska komma till patienterna, i stället för att patienter ska behöva flytta till ett annat boende eller söka vård på en vårdinrättning. I takt med förändrade och förvärrade hälsotillstånd behöver bemanningen runt den enskilda individen kunna anpassas.

En förstärkt nära vård syftar också till att hälso- och sjukvårdens resurser ska användas mer effektivt. På övergripande nivå vilar ansvaret för vårdens organisering på kommunen som huvudman, som sedan behöver ställa krav på vårdgivarna, oavsett om vården utförs i egen eller annans regi. Ett stort ansvar vilar därefter på vårdgivaren att utforma vården så att kraven uppfylls. I den löpande verksamheten vilar ett stort ansvar på den som är verksamhetschef enligt HSL att anpassa bemanning efter behov.

8.5.4 Vårdbehov i kommunens primärvård

Utredningens bedömning: Stärkt tillgång till hälso- och sjukvård bör gälla alla som är inskrivna i kommunens primärvård.

Med uttrycket ”inskriven i kommunens primärvård” avses personer som bor i särskilda boenden som avses i 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen och personer som har primärvård i ordinärt boende enligt 12 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen.

Skälen för utredningens bedömning

Avgränsningen av vårt uppdrag i fråga om hälso- och sjukvård

Enligt våra direktiv ska vi särskilt överväga behov av förstärkningar i vården till äldre personer som bor i särskilda boenden. Mot bakgrund av att vård ska ges på lika villkor är det nödvändigt att fråga

sig om det finns skäl att i författning skilja på vård i olika boendeformer. Det bör kräva att vårdbehoven skiljer sig åt på ett sätt som motiverar det. Många avtal om läkarmedverkan gör i dag delvis en åtskillnad vid regleringen av insatser i särskilda boenden respektive i kommunens s.k. hemsjukvård, men inte alla.

Det saknas i dag såväl nationell statistik som en gemensam beskrivningsmodell för vilka vårdbehov som patienterna i kommunens primärvård har, se avsnitt 6.4.1. Regionernas primärvård omfattas i dag inte av något patientregister. För den kommunala primärvården, finns ”Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård”. Sedan år 2019 ska kommunerna även rapportera uppgifter om vilka patientrelaterade åtgärder som utförts av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med kommunen som vårdgivare. Hittills har dock bortfallet av de nya uppgifterna varit så pass omfattande att de ännu inte ingår i den officiella statistiken (se även avsnitt 3.3.5).

I avsaknad av registerdata är enkätundersökningar en möjlig alternativ källa till information. De mest sköra personerna, som t.ex. bor i särskilda boenden, brukar dock i mindre utsträckning svara på enkäter. Minst underlag finns om vårdbehoven för personer som har primärvård i ordinärt boende och för personer som bor i boenden med stöd av LSS. De som får primärvård i ordinärt boende kan vara svårare att nå på ett strukturerat sätt.

Frågan är om vårdbehoven skiljer sig åt i olika boendeformer. För att kunna avgöra detta i avsaknad av statistik och tydliga faktaunderlag behöver vi därför göra några kvalificerade antaganden. Vårdhoven varierar mycket såväl på grupp- som individnivå. På individnivå ska vård alltid ges efter behov. När man överväger behov av författningsregleringar är det dock nödvändigt att generalisera.

Den största patientgruppen i samtliga kommuner är äldre personer som i varierad grad har behov av både sociala och medicinska insatser. Det är också omvårdnaden om framför allt äldre, sköra personer och andra med likvärdiga behov, som ligger till grund för den ansvarsfördelning som finns i primärvården i dag. Det är också framför allt vid omvårdnaden av särskilt sköra personer som det uppmärksammats brister.

Vi antar att vårdbehoven generellt är större hos personer som bor i vissa särskilda boenden som avses i 12 kap. 1 § HSL än de som kan bo kvar i ordinärt boende eller på s.k. biståndsbedömt trygghetsboende. Den bedömningen baserar vi bl.a. på uppgifter om att det

krävs relativt omfattande omsorgsbehov för att få en plats på ett särskilt boende enligt 5 kap. 5 § andra stycket SoL (jfr avsnitt 7.1.1). Grunden för att en person ska få en plats på ett s.k. korttidsboenden innebär att även denna grupp har relativt omfattande omsorgs- eller vårdbehov, om än tillfälligt. De patienter som omfattas av den nya lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård har typiskt sett stora behov av trygghet, kontinuitet och samordning i vården.[125] Efter utskrivning kan dessa patienter få fortsatt vård i såväl särskilda boenden enligt 5 kap. 5 § andra stycket SoL som i ordinärt boende.

Vår granskning av avtalen om läkarmedverkan till de som får primärvård i ordinärt boende visar att dessa bygger på en s.k. tröskelprincip. Den innebär att personer som inte kan ta sig till en vårdmottagning, själv eller med assistans, i stället kan få primärvård i ordinärt boende från kommunen. I vissa fall krävs att den enskilde har ett längre vårdbehov för att kvalificera sig för kommunal hemsjukvård. I en del kommuner omfattas även de som tillfälligt inte kan ta sig till en vårdinrättning men samtidigt har ett relativt begränsat vårdbehov under den tiden.

I t.ex. Uppsala kommun kan en person som har fyllt 17 år, har vårdbehov som överstiger fjorton dagar och inte kan ta sig till hälso- och sjukvården på egen hand eller med assistans, få primärvård i ordinärt boende av en sjuksköterska, fysioterapeut eller arbetsterapeut. Därmed har den kommunala primärvården successivt kommit att omfatta andra vårdgrupper än de svårt sjuka som främst var avsedda vid Ädelreformen. Insatser till de sist nämnda utgör dock en mindre andel av den primärvård som kommunen utför.[126] Dessa personer får också kommunens primärvård under en tillfällig period.

Sammantaget kan vårdbehovet bland olika grupper som får primärvård i ordinärt boende eller i särskilt boende, skilja sig åt väsentligt. Mot bakgrund av samhällsutvecklingen i dag och i framtiden finns dock många sköra och sjuka personer, framför allt äldre personer, med komplexa och sammansatta behov, som får kommunal primärvård även i ordinärt boende. Denna grupp har därför lika stort behov av en stärkt tillgång till hälso- och sjukvårdens resurser som de personer som bor i särskilt boende. Såväl personer som bor i särskilda boenden som avses i 12 kap. 1 § HSL som de vilka får primärvård i ordinärt

[125] Prop. 2016/17:106, *Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård*, s. 47.
[126] Socialstyrelsen, *Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser*, 2020.

boende enligt 12 kap. 2 § HSL har enligt vår bedömning därför behov av stärkt tillgång till medicinsk kompetens.

Vilka bör omfattas av lagförslagen?

Kommunen ska även erbjuda hälso- och sjukvård i samband med dagverksamhet. Dagverksamhet bedrivs främst för att ge stöd och stimulans till äldre personer som bor hemma men även yngre personer med t.ex. psykisk ohälsa, som behöver social stimulans eller som avlastning för anhörig eller annan närstående till personer med en demensdiagnos. Personer med dagverksamhet kan men behöver inte alltid även ha kommunal primärvård i ordinärt boende. I andra fall kan de fortsatt få sin primärvård från regionen (förutom den primärvård som ges i samband med själva dagverksamheten).

De personer som endast har beslut om dagverksamhet och därför i och för sig omfattas av kommunens ansvar för primärvård när de vistas där, kommer inte omfattas av våra förslag till stärkt tillgång till medicinsk kompetens. Det beror på att dessa personer inte får stora delar av sin hälso- och sjukvård från kommunen och därför kan omfattas av samma regelverk som övriga befolkningen.

Vi gör motsvarande bedömning när det gäller äldre personer som bor i s.k. trygghetsboenden som beviljats med stöd av 5 kap. 5 § tredje stycket SoL. Denna sociala insats riktar sig till äldre personer som inte har så omfattande omsorgsbehov att de behöver stöd och hjälp dygnet runt, men som vill ha mer trygghet och social samvaro än vad de kan få i sitt ordinära hem. För denna grupp bör förebyggande och rehabiliterande insatser kunna bidra till att skjuta upp och undvika framtida vårdbehov och ytterligare omsorgsbehov. Denna grupp omfattas av kommunernas frivilliga åtaganden enligt 12 kap. 2 § HSL. Av 12 kap. 1 § HSL följer att kommunen även ansvarar för primärvård till personer med medfödda funktionsnedsättningar som fått en plats i särskilda boenden enligt 5 kap. 7 § tredje stycket eller motsvarande tillståndspliktig boendeform eller bostad som avses i 7 kap. 1 § andra punkten SoL. Det är en grupp som inte är särskilt utpekade i våra direktiv på samma sätt som äldre personer är. Vi har därför avgränsat genomförandet av vårt utredningsuppdrag på så sätt att våra analyser i första hand utgår från äldre personer och sköra personer med likvärdiga behov. Samtidigt har

många i våra dialoger lyft fram även denna grupp och framfört att deras behov är eftersatt. Då hälso- och sjukvården ska ges på lika villkor kommer även yngre personer med kommunal primärvård, i särskilt eller ordinärt boende att omfattas av de förslag vi lämnar som rör kommunens primärvårdsansvar. Även de som bor i s.k. LSS-boenden kommer därför omfattas av våra förslag om stärkt tillgång till medicinsk kompetens.

Vad avses med inskriven i kommunens primärvård?

Vi har valt att fånga in de patientgrupper som omfattas av våra förslag genom att använda uttrycket ”inskrivna i kommunens primärvård”. Med det uttrycket avser vi de som bor i särskilda boenden som räknas upp i 12 kap. 1 § HSL eller som får primärvård i ordinärt boende från kommunen enligt 12 kap. 2 § HSL. Som för alla personer är en grundförutsättning att vård ges efter individuella behov. Detta påverkas inte av våra förslag.

Vi bedömer att dessa grupper har lika stora behov av en kommunal primärvård som är organiserad för att säkerställa hög tillgänglighet, god relationskontinuitet och ökad delaktighet. Vilka grupper som omfattas av respektive kommuns primärvårdsansvar påverkas av i vilken omfattning de frivilligt åtagit sig ansvar enligt 12 kap. 2 § HSL. Detta påverkas inte i sig av våra förslag.

Personer som endast har hemtjänst omfattas inte av kommunens ansvar för hälso- och sjukvård. Dessa personer ska få hela sin hälso- och sjukvård från regionen. Motsvarande gäller även äldre personer som bor i eget boende i kommuner i Stockholmsregionen där kommunen ännu inte har tagit över ansvaret för primärvård i ordinärt boende.

8.6 Stärkt tillgång till medicinsk kompetens i kommunens primärvård

8.6.1 Medicinsk bedömning av sjuksköterska dygnet runt

Utredningens förslag: Kommunen ska säkerställa att enskilda som är inskrivna i kommunens primärvård vid behov kan få en medicinsk bedömning av en sjuksköterska dygnet runt. Detta ska regleras i en ny bestämmelse i 13 a kap. 5 § hälso- och sjukvårdslagen.

Utredningens samlade bedömning

Enligt våra direktiv ska vi föreslå en ändamålsenlig reglering för att stärka tillgången till medicinsk kompetens[127] för de personer som får primärvård från kommunen. I det uppdraget ingår att särskilt överväga om det finns behov av tillgång till sjuksköterska dygnet runt i särskilt boende. Om det finns ett sådant behov ska vi föreslå en ändamålsenlig reglering för att säkerställa det.

Kommunerna är sedan Ädelreformen ansvariga för viss dygnetruntvård till delar av befolkningen.[128] Nuvarande organisering och bemanning av sjuksköterskor innebär att det i praktiken inte alltid finns möjlighet för patienter att få medicinska bedömningar av en sjuksköterska efter behov. Det innebär därmed en sämre vård för patienten, en ökad osäkerhet för omsorgspersonalen och en ökad risk för akutinläggningar som inte gagnar patienten, se avsnitt 8.3.3. Kommunen lever därmed inte upp till de åtaganden som följer av 5 kap. 2 § HSL.

Sjuksköterskor ingår redan i dag i kommunernas jourverksamhet till såväl särskilda boenden som ordinära boenden, men inte i tillräcklig utsträckning för att kunna möta patienternas behov. I vilken utsträckning det är möjligt för en patient att få medicinska bedömningar av en sjuksköterska dygnet runt skiljer sig åt mellan boenden. Både kommunen och privata vårdgivare som de anlitar har i våra dialoger efterfrågat tydligare riktlinjer om vilka vårdbehov som de

[127] Obs att begreppet ”medicinsk” kan förstås på olika sätt beroende på sammanhang. Såväl i detta betänkande som i lagstiftningen på hälso- och sjukvårdsområdet är begreppet inte knutet till en specifik profession utan till samtliga legitimerade kompetenser. I detta betänkande talar vi därmed omväxlande om medicinsk kompetens och hälso- och sjukvårdskompetens.
[128] Prop. 1990/91:14, *Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.* s. 40 f.

förväntas kunna ta om hand på ett särskilt boende, liksom riktlinjer om rimlig bemanning, se avsnitt 8.3.3.

Det är inte ändamålsenligt att i författning detaljreglera i vilken omfattning och på vilket sätt sjuksköterskor ska vara tillgängliga i kommunens primärvård. Det behöver däremot tydliggöras att kommunen som huvudman är skyldig att skapa förutsättningar för att det finns sjuksköterskor tillgängliga för att efter behov göra medicinska bedömningar dygnet runt. Det behöver vara möjligt att få i både särskilda boenden och ordinärt boende, se även avsnitt 8.5.4.

Skälen för utredningens förslag

Kommunens patienter har vårdbehov dygnet runt

Som beskrivs i avsnitt 6.4 är de som bor i särskilt boende enligt 5 kap. 5 § andra stycket SoL oftast över 80 år och den övervägande delen av dem har ett omfattande behov av såväl sociala som medicinska insatser. Kommunen har ett ansvar för att den vård och omsorg som krävs kan ges till dessa personer dygnet runt.[129]

Som framgår av avsnitt 8.5.4 behöver kommunen även säkerställa att patienter som bor kvar i ordinärt boende vid behov kan få nödvändig primärvård, alla dagar i veckan. Om patienten inte kan få det i ordinärt boende, behöver den kunna få en plats på ett särskilt boende där det kan ordnas.

Många vårdinsatser kan planeras i förväg med en god individuell vårdplanering. På så sätt kan man på individnivå säkerställa att en patient får tillgång till de medicinska kompetenser den behöver (se våra förslag om individuell plan i avsnitt 8.6.2). Flera medicinska kompetenser såsom arbetsterapeut, fysioterapeut, dietist och farmaceut behöver främst finnas tillgängliga för planerad vård, i samband med allmänna ronder och/eller vid individuella besök. De behöver också finnas tillgängliga för handledning, konsultation och utbildning av omsorgspersonalen. Många professioner kan därför fullgöra sina arbetsuppgifter genom att finnas tillgängliga på dagtid, framför allt på vardagar.

Sjuksköterskorna spelar en central roll i patientens vård och leder ofta vårdteamets arbete. De har ansvar och arbetsuppgifter som gör

[129] Prop. 1990/91:14, *Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.* s. 41 och prop. 2005/06:115, *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*, s. 75.

att de behöver vara särskilt tillgängliga, dygnet runt, alla dagar i veckan. Detta följer redan av nuvarande reglering i 5 kap. 2 § HSL och det ansvar som kommunerna fick i samband med Ädelreformen. Verksamhetschefen ansvarar för att den löpande verksamheten anpassas till patienternas varierande behov, men är beroende av att få de förutsättningar som krävs för att kunna säkerställa att verksamheten bedriver en god och säker vård.

Hälsotillståndet hos patienter som är äldre eller svårt sjuka kan snabbt förändras och vissa vårdbehov kan intensifieras. Några professioner, framför allt sjuksköterskor som ska ta hand om patienternas dagliga och återkommande vårdbehov, kan därför behöva finnas tillgängliga i större utsträckning. Dels för att utföra fler planerade hälso- och sjukvårdsinsatser, dels finnas tillgängliga även för oplanerade och brådskande vårdinsatser och dels ta om hand tillfälligt ökade vårdbehov. Dessa behov kan uppstå alla dagar i veckan, inte bara på kontorstid på vardagar.

Omsorgspersonal behöver ha möjlighet att kontakta, rådfråga och få handledning av en sjuksköterska alla dagar i veckan, dygnet runt. Det behöver finnas någon som har tillräcklig kompetens att bedöma om patienten har behov av en vårdinsats som inte kan anstå och om läkare behöver tillkallas. I regionens primärvård står ofta sjuksköterskor för sådan triagering. I kommunen är det naturligt att det görs av sjuksköterskan där. Det är en fördel såväl för patienten, som kan slippa ett onödigt besök på akutmottagning som patienten inte behöver, som för en effektiv användning av samhällets samlade hälso- och sjukvårdsresurser.

Patienternas sköra hälsotillstånd och komplexa vårdbehov kräver enligt vår bedömning att det finns sjuksköterskor tillgängliga dygnet runt som kan undersöka patienten och bedöma behov av insatser och även utföra dessa själv i större utsträckning.

Detta stöds bl.a. av IVO som efterfrågar en utökad bemanning av sjuksköterskor på dagtid alla dagar i veckan, för att säkerställa patientsäkerheten. Likaså vill anhörig- och patientföreträdare se fler sjuksköterskor som har tillräcklig kompetens för att göra de medicinska bedömningar som krävs.[130] Även omsorgspersonal vill att det ska bli

[130] Jfr Vård- och omsorgsanalys, *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport*, 2021, s. 72 och s. 88, samt utredningens dialoger med patienter och representanter för anhörig och annan närstående.

lättare att komma i kontakt med sjuksköterskor för råd och stöd och att sjuksköterskor ska göra fler medicinska bedömningar.

För att sjuksköterskor inom primärvården ska kunna möta patienternas behov och vara mer tillgängliga behöver de generellt bli fler, de behöver organiseras så att de kan finnas tillgängliga nära patienten, ha den kompetens som krävs för att ta om hand vanligt förekommande vårdbehov hos kommunens patienter och arbeta i interprofessionella team tillsammans med omsorgspersonalen och övrig hälso- och sjukvårdspersonal.

I vissa kommuner ingår sjuksköterskor som en del i bemanningen på ett särskilt boende. Det innebär att de under arbetstiden finns tillgängliga för mer patientnära vård samt för handledning av omsorgspersonalen. De har då möjlighet att arbeta i interprofessionella team tillsammans med omsorgspersonalen, utföra fler vårdinsatser själv och finns snabbt tillgängliga även när oplanerade och plötsliga vårdbehov uppstår. Det underlättar, enligt vår mening, även samordningen av medicinska och sociala perspektiv och är en förutsättning för ett nära och personcentrerat arbetssätt.

Det behöver finnas en förmåga att ta om hand plötsliga och oväntade vårdbehov som kräver en sjuksköterskas medicinska kompetens. Sjuksköterskor behöver även finnas tillgängliga för löpande handledning när hälso- och sjukvårdsuppgifter har delegerats. Likaså behöver det finnas en god framförhållning och planering för förväntade förändringar. Det behöver också finnas möjlighet att tillkalla en sjuksköterska vid plötsliga och oförutsedda förändringar. Hen behöver då snabbt kunna infinna sig på plats.

En kommunal vårdgaranti är inte ändamålsenligt

Frågan är då hur en stärkt reglering kan utformas för att vara ändamålsenlig.

Någon vårdgaranti liknande den som finns inom regionens primärvård finns inte för kommunens primärvård, även om delar av den även gäller för patienter inskrivna i kommunens primärvård.[131] Det kan därför vara naturligt att överväga om en kommunal vårdgaranti skulle bidra till en högre tillgänglighet till sjuksköterskor. Den nationella

[131] Patienter med kommunal primärvård omfattas av den del av regionens vårdgaranti som gäller för regionens specialiserade vård.

vårdgarantin reglerar en bortre tidsgräns för väntetider och dess syfte är att öka tillgängligheten genom att komma åt långa väntetider i vården.[132]

En sådan reglering riktar sig till vårdgivarnivån och skulle träffa såväl kommunen som privata vårdgivare. Enligt Vård- och omsorgsanalys har regleringen om vårdgaranti dock lett till ett varierat resultat.[133]

Vår utgångspunkt är att många berörda personer normalt inte kan vänta på vårdinsatser från en sjuksköterska ens några timmar. I vissa fall behöver det finnas tillgång till en sjuksköterska på plats dygnet runt i ett särskilt boende. Vi bedömer att den korta tidsfrist som krävs för en vårdgaranti är svår att förena med principen om att den med störst behov ska prioriteras. En sådan reglering kan också bidra till att vården blir mer reaktiv och att relationskontinuiteten försämras. Vårdgarantins syfte, att minska vårdköer, passar inte den kommunala kontexten. Vi anser därför att en vårdgaranti av den typ som finns för regionens primärvård inte är det mest ändamålsenliga sättet att styra tillgången till sjuksköterskor i kommunens primärvård.

Sjuksköterskor ska finnas tillgängliga dygnet runt

Att kräva att det alltid finns en sjuksköterska på plats i alla särskilda boenden för att omhänderta vanligt förekommande vårdbehov, anser vi inte är ett effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser. Däremot är det rimligt att det finns en struktur som möjliggör att alla patienter som är inskrivna i den kommunala primärvården vid behov kan få en medicinsk bedömning av en sjuksköterska dygnet runt. Detta behöver kommunen som huvudman säkerställa. Vi föreslår att det förtydligas i HSL.

I den mån kommunen tillhandahåller hälso- och sjukvård i annans regi behöver den ställa krav på vårdgivaren så att detta säkerställs även i dessa fall. Huvudmannen ansvarar även för att finansieringen skapar förutsättningar för detta. Vårdgivarens verksamhetschef ansvarar för att bemanningen i den löpande verksamheten anpassas till vad som vid varje tidpunkt krävs för att kunna ge en god, trygg och säker vård.

Vårt förslag innebär att det måste finnas tillräckligt många sjuksköterskor, tillräckligt nära för att patienter ska kunna få en medicinsk

[132] 9 kap. 1 § HSL och 6 kap. hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF.
[133] Vård- och omsorgsanalys, *Varierande väntan på vård. Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*, 2015.

bedömning av en sjuksköterska när det finns behov av det. Sådana förutsättningar behöver finnas alla dagar i veckan, alla tider på dygnet. Det ska alltså finnas en praktisk möjlighet för sjuksköterskor att vid behov inställa sig fysiskt även på kvällar, helger och nätter. Den tillgång som erbjuds i kommuner i dag är generellt inte tillräcklig för att bedriva en god och säker vård till berörda grupper.

Vårt förslag innebär inte att det alltid måste finnas en sjuksköterska fysiskt på plats i alla särskilda boenden hela dygnet. Bemanningen behöver kunna anpassas till patienternas vårdbehov. Som vi angett ovan kan patienternas behov förändras snabbt men också i många fall förutses. Det behöver därför finnas utrymme för en flexibilitet i bemanningen. Under perioder kan det krävas att en sjuksköterska finns tillgänglig på plats dygnet runt på ett boende. Vissa medicinska bedömningar kan göras med hjälp av digital teknik, men inte alla. Ny teknik kan bidra till en ökad tillgänglighet men aldrig helt ersätta behovet av att träffa de patienter som man ansvarar för. På dagtid förväntas sjuksköterskor finnas tillgängliga även för handledning av annan personal och som en del av vårdteamet runt patienten. Vissa vårdbehov minskar på natten, men inte alla. Vårdbehoven minskar däremot inte för att det är helg eller kväll. Långa geografiska avstånd behöver beaktas i fråga om var sjuksköterskan bör ha sitt arbetsställe för att hinna utföra vårdinsatser och göra medicinska bedömningar. Likaså hur lokaler är utformade.

Hur bör bestämmelsen utformas?

Vi föreslår att det av bestämmelsen framgår att såväl personer i särskilda boenden, som de som får primärvård i ordinärt boende omfattas av bestämmelsen. Det kan göras genom att ange att bestämmelsen gälla alla som är ”inskrivna i kommunens primärvård”, se avsnitt 8.5.4.

Genom att i bestämmelsen ange att kommunen ska ”säkerställa” detta vill vi särskilt försäkra oss om att kommunen i egenskap av huvudman följer upp att organisationen fungerar, ställer krav på att bemanningen är tillräcklig för att de boende ska ha en faktisk möjlighet att få en medicinsk bedömning av en sjuksköterska m.m. Det blir en naturlig uppgift för den ledningsansvarige för kommunens primärvård som vi föreslår i avsnitt 8.8.4, att följa upp och ytterst för ansvarig nämnd att säkerställa. Vi föreslår att bestämmelsen placeras i

13 a kap. HSL där andra mer detaljerade bestämmelser som riktar sig till primärvården samlas. En alternativ placering skulle kunna vara i 11 kap. som reglerar huvudmannens ansvar för vårdens planering och organisering.

8.6.2 Individuell vårdplanering

Utredningens förslag: En individuell plan enligt 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen ska upprättas för enskilda som är inskrivna i kommunens primärvård, om det inte är uppenbart obehövligt. Det ska regleras i en ny bestämmelse i 16 kap. 5 § hälso- och sjukvårdslagen.

I den individuella planen ska även anges den enskildes behov av förebyggande och rehabiliterande insatser, vad målet med insatserna är utifrån den enskildes perspektiv samt, i tillämpliga fall, hur förväntade framtida vårdbehov ska omhändertas. Planen ska ses över löpande för att anpassas efter den enskildes hälsotillstånd. Ändringar om detta ska göras i 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen. Följdändringar ska göras i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen i tillämpliga delar.

Utredningens bedömning: Det förslag om patientkontrakt som Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård lämnat bör genomföras.

Utredningens samlade bedömning

Den individuella vårdplaneringen behöver öka generellt för att patienten ska få en god, säker och sammanhållen vård. Det finns situationer då patienter som skrivs in kommunens primärvård har behov av en sådan individuell plan som avses i 16 kap. 4 § HSL, men som i dag inte omfattas av regleringen. För att stödja omställningen till en nära vård bör det även förtydligas några ytterligare specifika uppgifter som, i tilllämpliga fall, också ska framgå av den individuella planen.

För att stärka patientens delaktighet och stärka informationskontinuitet bör det förslag om patientkontrakt som Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård lämnat genomföras.[134]

Skälen för utredningens förslag

Nuvarande reglering

Enligt 16 kap. 4 § HSL och 2 kap. 7 § SoL ska region och kommun tillsammans upprätta en individuell plan om en enskild har behov av insatser från båda huvudmännen, från både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Den egna planeringen som varje enhet måste göra är i dag inte särskilt reglerad.

Bestämmelsen infördes på 2010-talet för att åtgärda brister i samverkan när en enskild behöver insatser från både regionens hälso- och sjukvård och kommunens socialtjänst. Skyldigheten att upprätta en individuell plan är generellt utformad och omfattar flera situationer. I samband med dess införande nämndes äldreomsorgen som ett område där en individuell plan bedömdes få stor betydelse.

Bestämmelsen kom dock inte att omfatta situationer när enskilda har behov av endast hälso- och sjukvård, men från båda huvudmännen. Brister i samverkan vid utskrivning från sluten vård när enskilda har behov av fortsatt primärvård från kommunen har därefter uppmärksammats och delvis åtgärdats genom bestämmelser i lagen om samverkan vid utskrivning från sluten vården, om att en samordnad individuell planering ska genomföras även i dessa fall. Den samordnade individuella planeringen ska dokumenteras i den individuella planen som regleras i 16 kap. 4 § HSL. Någon ändring gjordes inte i HSL i samband med den nya lagen.

Personer som skrivs in i kommunal primärvård utan att det sker i samband med utskrivning från regionens slutenvård, och endast har behov av hälso- och sjukvård från båda huvudmännen, omfattas därför i dag inte av skyldigheten att samordna vårdplaneringen eller skyldigheten att upprätta en individuell plan enligt 16 kap. 4 § HSL.

[134] Se SOU 2020:19, *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*, s. 208 f.

Vikten av individuell vårdplanering

Arbetet med den individuella planen för en enskild person är ett sätt att planera framåt, hålla samman olika insatser och skapa en helhet för individen, särskilt när flera aktörer är involverade i omhändertagandet av en enskild.

Oavsett vårdnivå och antal vårdgivare, har dessa personer i princip behov av en vårdplanering för att de ska få en god och nära vård. Detta arbetssätt innebär en lite mer långsiktig och framåtblickande planering av vilka olika insatser en enskild patient behöver. Om en sådan vårdplanering saknas behöver vårdpersonalen hantera den enskildes behov av insatser mer ad hoc, allt eftersom mer eller mindre brådskande vårdbehov uppstår. Vården blir då mer reaktiv. Det är också svårare för patienten och anhörig eller annan närstående att vara delaktig i och påverka utformningen av vården. Det kan även bidra till att enskilda inte får tillgång till de medicinska kompetenser de behöver då det i sig kan kräva viss planering. Att vården planeras bör ofta vara en förutsättning för att kunna arbeta med förebyggande insatser för att undvika att olika tillstånd förvärras eller säkerställa att nya vårdbehov kan undvikas. Det är en förutsättning för en nära vård, se avsnitt 8.5.3.

När flera vårdenheter är involverade i patientens vård behöver de olika insatserna samordnas för att vården ska utformas utifrån ett helhetsperspektiv av vad som är bäst för en viss enskild individ. För personer som har behov av både sociala och medicinska insatser från kommunen hänger behoven ofta intimt samman, som två sidor av samma mynt.

Personer som lider av undernäring kan förutom näringsdropp från vårdpersonalen t.ex. behöva särskild kost och motivation från den sociala omsorgen för att få i sig nödvändiga näringsämnen. För att undvika undernäring kan de mest vårdande insatserna vara att äldre personer får sällskap vid måltider samt god och vällagad mat. Personer med försvagade muskler eller sviktande balans kan förutom individuella träningsprogram och hjälpmedel från vårdpersonal behöva stöd av omsorgspersonal för kunna ta en promenad utan att riskera fallskador. Behovet av samordning blir större ju fler vårdgivare som är involverade.

En individuell plan

Vi kan konstatera att det finns en variation i hur olika planer och planeringar benämns, både i lagstiftning och i praktiken.

Regelverket om samverkan vid utskrivning från sluten vård verkar möjligen ha bidragit till ytterligare begreppsförvirring om innebörden av och förhållandet mellan vårdplanering och samordnad individuell planering (ofta benämnd SIP-möte). Det finns en osäkerhet om huruvida en samordnad individuell planering i samband med utskrivning från sluten vård ersätter en vårdplanering. Samtidigt som det konstateras att en samordnad individuell planering kommer för sent för att kunna ersätta vårdplaneringen, men för tidigt för att fylla behoven av patientens samordnade planering.[135]

Då regelverket i LUS hänger intimt samman med den individuella planen som regleras i 16 kap. 4 § HSL finns anledning att inledningsvis reda ut begreppen.

Lagstiftaren har valt att reglera vad en samordnad vård- och omsorgsplanering enligt LUS ska resultera i. Nämligen en sådan *individuell plan* som enligt HSL ska finnas för samordningen av de olika insatser inom vård och omsorg som en enskild person behöver. En sådan individuell planering kan behövas i många olika situationer och inte bara efter utskrivning från slutenvården. Det finns inga formkrav på planen mer än att det i HSL anges vad som ska framgå av planen, dvs. omfattas av planeringen.

Innan flera olika vård- och omsorgsenheter kan delta i en samordnad planering av olika insatser måste förstås varje enhet göra sin egen planering och bedöma vilka insatser den enskilde behöver från deras verksamhet. Utformningen av insatserna, men ibland även vilka insatser, kan sedan behöva anpassas till den enskildes behov av insatser från andra aktörer och den enskildes, och ibland även anhörig eller annan närståendes, önskemål.

I LUS finns bestämmelser om den samordnade planeringsprocessen som ska genomföras i de fall en enskild efter utskrivning från slutenvården har behov av fortsatt hälso- och sjukvård eller socialtjänst.[136]

I Socialstyrelsens termbank förekommer såväl termen *individuell plan enligt HSL och SoL* som ett tillåtet begrepp, liksom *samordnad*

[135] Vård- och omsorgsanalys, *Laga efter läge. Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården*, 2020, s. 220.
[136] Se prop. 2016/17:106, *Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård,* s. 51 f. och s. 72.

individuell plan som ett generellt rekommenderat begrepp. Endast det förstnämnda begreppet används dock i lagstiftning. Möten inom ramen för den samordnade individuella planeringen enligt LUS har kommit att benämnas *SIP-möte. SIP* kan i sig alltså bli en naturlig förkortning för såväl planeringen som planen.

Man kan få uppfattningen att det är fråga om olika planer som ska upprättas enligt å ena sidan HSL och SoL, och å andra sidan enligt LUS. Det är dock fråga om exakt samma individuella plan. LUS reglerar endast processen för den samordnade planeringen efter en utskrivning från slutenvård. Arbetet ska resultera i en sådan individuell plan som regleras i HSL. För att det ska bli tydligt att förstå vilket regelverk som är tillämpligt för planen kommer vi i möjligaste mån använda det lagstadgade uttrycket, *individuell plan*.

Med *individuell vårdplanering* menar vi arbetet med att planera de hälso- och sjukvårdsinsatser som en enskild patient behöver från en viss vårdenhet. En samordning av insatser från de två huvudmännen ska enligt 16 kap. 4 § HSL och 2 kap. 7 § SoL resultera i en *individuell plan*. En individuell vårdplan som en viss vårdenhet behöver göra för att planera sitt arbete, utgör alltså en del av underlaget för den individuella planen enligt HSL och SoL. Det är inte heller här fråga om att upprätta två olika planer, utan två delar av en och samma individuella plan, där utförandet av olika insatser har samordnats och anpassats till varandra. Det är viktigt att förstå att planeringen är målet och att planen är medlet för att nå dit. Annars finns en risk att arbetet uppfattas som en rent administrativ åtgärd.

Vad en individuell plan behöver omfatta avgörs av vilket behov av insatser den enskilde har. För t.ex. äldre personer som har både vård- och omsorgsinsatser kan en sådan samordning bidra till en välavvägd balans mellan medicinska och sociala perspektiv i en verksamhet där dessa insatser ofta är helt integrerade med varandra. Planeringen bör anpassas efter varje individs behov och förutsättningar. Planerna kan därför se väldigt olika ut.

Den individuella vårdplaneringen brister

Av våra dialoger med professionsföreträdare framgår att det inte är självklart att hälso- och sjukvården planeras för patienter som har både kommunal och regional primärvård. En orsak kan vara att en del av

dessa personer inte omfattas av regelverket om krav på en individuell plan såsom bestämmelsen i nuläget är utformad.

Uppgifter från hälso- och sjukvårdpersonal, som får stöd av myndighetsrapporter,[137] visar också att en bristfällig bemanning medför att personalen inte kan ta sig tid för någon mer långsiktig planering av insatser, utan snarare arbetar ad hoc för att ”släcka bränder”. Som redogjorts för tidigare medför det bl.a. att det förebyggande arbetet inte prioriteras, att den enskilde patienten får sämre förutsättningar att påverka vårdens utformning samt att hälso- och sjukvården inte blir lika god, säker och nära som den annars skulle ha blivit. Bristande interprofessionellt teamarbete försvårar också ett gemensamt planeringsarbete. Bristande förståelse för olika professioners perspektiv, men också den enskildes målsättningar, gör att man inte alltid ser att och hur olika insatser behöver samordnas.

Enligt Vård- och omsorgsanalys uppföljning av genomförandet av LUS har endast 67 procent av dem som har insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst en individuell plan.[138] Vid samma uppföljning framkom också att många anser att det är oklart när och för vilka grupper som en samordnad individuella planering enligt LUS ska göras.[139]

Av förarbeten till LUS framgår att lagstiftaren har utgått från att varje berörd enhet påbörjar en planering för sina insatser innan en gemensam planering kan genomföras. Det ansågs så självklart att det i sig inte kräver någon reglering.[140]

Fler behöver få en individuell plan

Typiskt sett bör alla patienter som får primärvård från båda huvudmännen behöva en individuell plan då det alltid krävs en samordning av hälso- och sjukvårdsinsatser mellan huvudmännen i dessa fall. (Jfr avsnitt 8.5.4). Eftersom primärvården i dessa fall behöver involvera båda huvudmännen finns ett behov av att samordna enheternas planering för vården, även i situationer när enskilda inte också har behov

[137] Se IVO årliga tillsynsrapporter.
[138] Vård- och omsorgsanalys, *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport*, 2021, s. 56.
[139] Vård- och omsorgsanalys, *Laga efter läge. Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården*, 2020, s. 162.
[140] Prop. 2016/17:106, *Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård*, s. 51 f.

av sociala insatser. Dessa situationer bör omfattas av regleringen om en individuell plan i 16 kap. 4 § HSL.

Vi bedömer att en individuell plan som regel behöver tas fram för äldre personer och kroniskt svårt sjuka personer som är inskrivna i kommunens primärvård, se avsnitt 8.5.4. Behovet får anses vara uppenbart för framför allt multisjuka och personer med komplexa vårdbehov med en mängd vårdkontakter. Det bör endast vara i undantagsfall som det är uppenbart att det inte behövs en samordning av olika vårdinsatser.

För en del personer som till övervägande del har sociala insatser från kommunen, t.ex. bor i särskilt boende, men relativt begränsade hälso- och sjukvårdsbehov är behovet av en sådan individuell plan som rör insatser från båda huvudmännen möjligen något mer begränsat. Vi bedömer dock att en individuell vårdplanering är nödvändig för att kunna arbeta med förebyggande och i vissa fall rehabiliterade insatser, även om den individuella planens innehåll i övrigt kan vara begränsat. Det behöver därför även generellt upprättas flera planer än vad som görs i dag, se även avsnitt 7.3.10.

I samband med att en person skrivs in i kommunens primärvård bör det som regel ingå att personen får genomgå en hälsoundersökning för att identifiera den enskildes hälsotillstånd och eventuella vårdbehov, inklusive förebyggande och rehabiliterande insatser. Rimligen har de flesta behov av en sådan återkommande uppföljning av sitt hälsotillstånd. Lämpligen planerar man då t.ex. när en sådan uppföljning senast ska ske av olika hälso- och sjukvårdsprofessioner. Även en mycket begränsad planering kan vara värdefull. Som utgångspunkt bör det därför finnas behov av en individuell plan i de allra flesta fall. Vi föreslår att detta förtydligas i HSL i syfte att stödja ett mer proaktivt arbetssätt. Om detta behov framgår tydligare av lagstiftningen är vår förhoppning att den individuella vårdplaneringen ska bli ett mer naturligt inslag i arbetet.

Hur bör regleringen utformas?

Vi föreslår en särskild bestämmelse som reglerar att enskilda som är inskrivna i kommunens primärvård som regel ska få en individuell plan, om det inte är uppenbart obehövligt. På så sätt fångar regelverket sammantaget in dels enskilda som bara har behov av hälso-

och sjukvård från båda huvudmännen, dels enskilda som har behov av såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst (omfattas redan av befintlig bestämmelse). Bestämmelsen kommer gälla för både personer som bor i särskilda boenden och de som får primärvård i ordinärt boende, då dessa anses vara inskrivna i kommunens primärvård, se avsnitt 8.5.4. Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård lämnade ett liknande förslag.[141]

Vårt förslag gör det lättare att bedöma när det finns behov av att planera och samordna insatser och kommer därför öka förekomsten av individuella planer.

Vi anser däremot att det är rimligt att man kan avstå från att upprätta en individuell plan om det är uppenbart att patienten inte har behov av en sådan. En individuell plan behöver också kunna underlåtas om patienten av någon anledning inte samtycker till en sådan.

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård har föreslagit att den enskilde ska ges möjlighet att initiera att en individuell plan upprättas.[142] Vi delar den utredningens bedömning att det är rimligt att den enskilde kan det, i det fall det inte är uppenbart inga insatser behöver samordnas. Med hänsyn till att vår utredning lämnar ett förslag om att en individuell plan som regel ska upprättas när det inte är uppenbart obehövligt har vi inte anledning att även lämna det förslag som nyss nämnda utredning föreslagit. Vi utesluter däremot inte att den enskilde i andra situationer än de som omfattas av vårt utredningsuppdrag bör kunna initiera en individuell plan.

De nya situationerna som täcks in av bestämmelsen är när den enskilde inte har insatser från socialtjänsten. Motsvarande reglering behöver därför inte föras in i SoL. Befintlig reglering i 16 kap 4 § HSL och 2 kap 7 § SoL kommer därmed med vårt förslag fortsatt vara likalydande.

Vi föreslår också att det i äldreomsorgslagen tydliggörs att alla som bor på särskilt boende ska få en individuell plan, om det inte är uppenbart obehövligt, se avsnitt 7.3.10.

---

[141] Se SOU 2020:19, *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*, s. 168 f. Obs. att den utredningens förslag även inkluderade situationer när en patient har samordningsbehov p.g.a. att patienten får hälso- och sjukvårdsinsatser från olika vårdgivare men av samma huvudman, dvs. ett bredare tillämpningsområde. Eftersom vårt uppdrag utgår från den kommunala hälso- och sjukvården har vår utredning inte tagit ett lika brett grepp. Den målgrupp vi vill träffa med vårt förslag omfattas dock också av det förslag som utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård lämnade.

[142] SOU 2020:19, *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*, s. 170–172.

Förebyggande och rehabiliterande insatser ska framgå

Många brådskande vårdbehov hos framför allt äldre personer kan förebyggas med god planering och förebyggande insatser. På så sätt kan man också undvika inläggning på akutsjukhus som inte gagnar patienten.

Även om förebyggande och rehabiliterande insatser ingår i primärvårdens uppdrag kan de ofta hamna i skymundan och prioriteras bort, se avsnitt 8.1.5 och 8.3.2. Utredningen samordnad utveckling för god och nära vård har föreslagit att det förtydligas i 16 kap. 4 § HSL och 2 kap. 7 § SoL att den individuella planen även ska innefatta en planering av de förebyggande och rehabiliterande insatser som den enskilde behöver.[143] Detta är särskilt viktigt för de patientgrupper som omfattas av vårt utredningsuppdrag. Vi lämnar därför motsvarande författningsförslag.

Insatserna ska planeras utifrån den enskildes perspektiv

Av nuvarande reglering i 16 kap. 4 § HSL följer att insatserna så långt möjligt ska planeras tillsammans med den enskilde och dennes anhöriga eller andra närstående.

Den pågående omställningen till en god och nära vård innebär bl.a. att insatser ska utformas utifrån den enskilda individens behov och förutsättningar.[144] Att den enskilde och dess anhöriga eller andra närstående är delaktiga i planeringen bör vara en förutsättning för att insatserna ska kunna utformas utifrån den enskildes perspektiv.

Det är inte självklart att den enskilde och vård- och omsorgspersonal har samma bild av vad som är målen för personens vård och omsorg. Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård har föreslagit att det av den individuella planen ska framgå vilket mål den enskilde har med olika insatser. Syftet är att individens mål med insatserna ska styra hur insatserna samordnas och genomförs.[145] Vi anser att det är helt avgörande för att vården ska ges nära och lämnar därför motsvarande förslag. Vi föreslår därför att det enligt såväl

[143] Se SOU 2020:19, *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*, s. 177–178.
[144] Jfr Prop. 2019/20:164, *Inriktning för nära och tillgänglig vård - en primärvårdsreform*.
[145] Se SOU 2020:19, *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem* s. 175 f.

16 kap. 4 § HSL som 2 kap. 7 § SoL av planen ska framgå vad målet med insatserna är utifrån den enskildes perspektiv.

Planering inför förväntade vårdbehov

För att kunna vara proaktiv och planera rätt insatser i tid är det en fördel om man kan förekomma vissa situationer som med ganska stor sannolikhet kommer att inträffa inom en överskådlig framtid. För framför allt äldre personer vars hälsotillstånd med tiden generellt kommer förändras och i vissa fall förändras såväl snabbt som drastiskt, är det önskvärt att redan på förhand planera för hur man ska hantera förväntade vårdbehov när de väl inträffar. Kanske kommer patienten vid någon tidpunkt inte vara beslutsförmögen i tillräcklig grad för att kunna ta ställning till olika vårdinsatser. En vårdplanering som även tar höjd för framtida tänkbara scenarios bör skapa bättre förutsättningar att klarlägga patientens vilja i en sådan situation. En framförhållning för hur förväntade eller tänkbara vårdbehov bör omhändertas kan skapa trygghet såväl hos patient och anhörig eller annan närstående som hos personalen samt bidra till en säkrare vård. Det kan även bidra till att undvika oönskade besök på akutmottagningen. Det skulle även i vissa fall kunna minska omsorgspersonalens behov av konsultation med läkare eller sjuksköterska.

Läkare, sjuksköterska, övriga i teamet liksom patienten och dess anhöriga eller andra närstående behöver samtala om behov av vårdinsatser, nu och framöver, hur framtida behov ska hanteras, hur anhöriga eller andra närstående ska hållas informerade etc.

Det finns varken behov eller möjlighet att föregå alla händelser på detta sätt eller för alla patienter. Det är upp till vårdpersonalen att avgöra när det finns ett värde av att göra det och då lägga in det i planen. Vi föreslår därför att det ska framgå av bestämmelsen att planen i tillämpliga fall även ska innefatta en plan för framtida tänkbara vårdbehov.

När den enskildes behov av sociala insatser förändras krävs en mer formaliserad process med nya biståndsbeslut. Vi bedömer att det därför inte finns motsvarande behov eller är lämpligt med motsvarande reglering när det gäller sociala insatser. Det bör därför inte göras ett motsvarande tillägg i 2 kap. 7 § SoL.

Den enskildes behov behöver följas upp löpande

Det finns behov av en kontinuerlig uppföljning av individuella vårdbehov för att snabbt kunna trappa upp eller ändra föreskriven vård och behandling. Motsvarande bedömning har Vård- och omsorgsanalys gjort vid sin uppföljning av LUS. Detta får även stöd av patient- och professionsföreträdare. Arbetet med den individuella planen behöver ses som en pågående process snarare än en insats som görs vid ett enskilt tillfälle, för att man ska kunna följa upp och koordinera insatserna på ett bra sätt.[146]

För en del personer med kommunal primärvård kan hälsotillståndet förändras snabbt. För en del är vissa kommande vårdbehov mer eller mindre förväntade. Planeringsarbetet kan därför inte bara ske vid ett givet tillfälle utan kräver löpande uppföljning. Varje utförare ansvarar för att följa upp de insatser de själva ska utföra. Den personal som är närmast patienten och träffar den ofta behöver däremot uppmärksamma övriga involverade om förändrade hälsotillstånd och vård- och omsorgsbehov för att de samordnade insatserna ska kunna anpassas till det nya läget.

Det räcker därför många gånger inte enbart med ett inskrivningssamtal eller ett möte inför utskrivning från slutenvård för att planera patientens vård. Enskilda som får primärvård från både kommun och region har i olika grad behov av löpande kontakter och besök för att följa upp förändrade vårdbehov och hur beslutade insatser fungerar. Den enskildes behov av sociala insatser kan förändras på ett sätt som också påverkar hur vården behöver utformas. Det bör särskilt gälla äldre personer som successivt kan få nya och förändrade behov.

Den enskildes individuella plan behöver därför följas upp regelbundet och revideras efter behov. Vi uppfattar att det inte är så det fungerar i dag. För att tydliggöra detta bör det därför framgå tydligt av 16 kap. 4 § HSL att planen ska följas upp löpande. Vi bedömer att motsvarande behov av löpande uppföljning behövs av hur den enskildes sociala insatser fungerar och vid behov anpassa dessa till förändrade behov. Motsvarande förtydligande bör därför göras i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen.

I avsnitt 8.6.3. föreslår vi att en fast vårdkontakt i kommunen ska svara för att planera, samordna och följa upp kommunens primär-

[146] Vård- och omsorgsanalys, *Laga efter läge. Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården*, 2020, s. 217 f. (185 f.).

vård för sina patienter. I avsnitt 8.7.4 föreslår vi att den som är fast läkarkontakt i primärvården ska delta i planering, samordning och uppföljning av patientens vård. I detta ingår att planera och följa upp sina egna vårdinsatser.

Ansvarsfördelningen för vårdplaneringen mellan fasta vårdkontakter

Av 16 kap. 4 § HSL framgår att det i den individuella planen bl.a. ska anges vem som är ansvarig för olika insatser samt att berörda aktörer ska komma överens om vem som ska ha det övergripande ansvaret för patientens individuella plan. Av förarbeten framgår att skälet till att ingen huvudman pekas ut i lagen som mer ansvarig för den individuella planen var en oro att ansvar skulle vältras över på kommunen på ett sätt som inte är förenligt med gällande lagstiftning.[147] Ett annat skäl att inte peka ut en ansvarig kan vara att det finns behov att anpassa det till vad som är mest ändamålsenligt i varje enskilt fall. Enligt 4 kap. 3 § LUS pekas regionens primärvård ut som ansvarig för att initiera ett första s.k. SIP-möte.

Av Vård- och omsorgsanalys uppföljning av LUS framgår att det övergripande ansvaret ofta faller på en fast vårdkontakt i regionens primärvård (vanligen en sjuksköterska) trots att hen inte nödvändigtvis känner patienten sedan tidigare. Det är inte heller den som därefter har den återkommande kontakten med patienten, när patienten bor i särskilt boende eller har kommunal primärvård i ordinärt boende. Regionens primärvård har inte alltid tillgång till alla uppgifter som behövs för att följa upp planen, såsom uppgifter om insatser från socialtjänsten.[148]

När det gäller enskilda som inte först kommer i kontakt med kommunal primärvård efter en utskrivning från slutenvården bör det vara naturligt att antingen en fast läkarkontakt i regionens primärvård eller en fast vårdkontakt i kommunen initierar planarbetet. Den planeringsprocessen är i dag inte reglerad på det sätt som planeringsprocessen vid utskrivning från slutenvård är.

Det är viktigt att placeringen av det övergripande ansvaret hamnar hos en aktör som dagligen eller i vart fall löpande träffar patienten. Det bör gälla oavsett på vilket sätt den enskilda först kommer i kontakt med

[147] Prop. 2008/09:193, *Vissa psykiatrifrågor m.m.*, s. 19–20.
[148] Vård- och omsorgsanalys, *Laga efter läge. Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården*, 2020, s. 188.

den kommunala primärvården. Det bör också gälla generellt för hälso- och sjukvården.

Såsom nuvarande lagstiftning är utformad finns inget hinder för att utse den fasta vårdkontakten i kommunen som övergripande ansvarig för den individuella planen om det är mest ändamålsenligt, se avsnitt 8.6.3.

Vi anser att den person som har en naturlig och regelbunden kontakt med en patient lämpligen bör ansvara för den övergripande koordineringen. Många företrädare från såväl kommunens som regionens primärvård och sluten vård anser att den fasta vårdkontakten med övergripande ansvar över den individuella planen borde ha ett tydligare och utökat uppdrag att fortsätta koordinera insatserna även efter ett första samordningsmöte. Kommunens sjuksköterska känner ofta patienten sedan tidigare.[149] I många fall, men inte alla, kommer den enskilde även ha en fast omsorgskontakt och en biståndshandläggare som också behöver involveras i samordningen. Det talar också för att det kan vara lämpligt att kommunen tar det övergripande samordningsansvaret för sina patienter. Det bör därför lämpligen vara en uppgift för den fasta vårdkontakten i kommunen när det är fråga om äldre personer som bor i särskilt boende eller personer som har kommunal primärvård i ordinär bostad, se avsnitt 8.6.3.

Den enskildes fasta läkarkontakt i primärvården behöver förstås ta ansvar för att delta även i det löpande arbetet med den individuella planen. Det ankommer alltså på den fasta läkarkontakten i primärvården, och den fasta vårdkontakten i kommunen, att tillsammans och var för sig ta ansvar för att patienten får den hälso- och sjukvård som personen behöver, se avsnitt 8.7.4.

Information om beslutad och planerad hälso- och sjukvård

Det kan vara svårt för en patient att vara delaktig i utformningen av sin hälso- och sjukvård om patienten inte också har kännedom om insatserna och hur de ska utformas. Av patientlagen följer att patienten ska få individanpassad information. Den ska lämnas skriftligen om det behövs med hänsyn till patientens individuella förutsättningar eller om

[149] Vård- och omsorgsanalys, *Laga efter läge. Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården*, 2020, s. 185.

hen ber om det.[150] Det är vanligt att informationen lämnas muntligen. Det kan vara svårt att fullt ut ta till sig information som bara ges muntligen vid möten med vårdpersonalen. Det gäller särskilt för den grupp av patienter som har behov av en individuell plan enligt 16 kap. 4 § HSL.

För att patienten ska få en god, nära och samordnad vård som utformas utifrån individens behov och förutsättningar bör patienten skriftligen kunna ta del av väsentliga delar av den individuella planen. Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård har föreslagit att patienter ska kunna begära att få ett s.k. patientkontrakt med en sammanställning av uppgifter om dess fasta vårdkontakt och innehåll i dennes individuella plan. Vi delar den utredningens bedömning att det är angeläget att särskilt berörda grupper som har många och långvariga insatser kan få sådan information skriftligen. Vi menar att ett sådant förslag bör tas vidare.

Även anhörig eller annan närståendes behov av insyn och delaktighet i den berörda patientens hälso- och sjukvård kan stärkas om de på ett samlat och översiktligt sätt kan ta del av information om aktuella hälso- och sjukvårdsinsatser.[151] Av patientlagen följer att anhöriga, såvitt det är möjligt, ska informeras om informationen inte kan lämnas till patienten. Information får däremot inte lämnas om det finns hinder p.g.a. sekretess eller tystnadsplikt.[152] Av våra dialoger med anhöriga och andra närstående har framkommit att de efterfrågar en möjlighet att kunna bli mer delaktiga i planeringen. De kan behöva få klart för sig vilka insatser de åtagit sig att fullgöra och vem de ska kontakta i olika frågor. De kan därför också ha behov av detta i skriftlig form och anpassat till deras behov och förutsättningar, även om informationen kan lämnas till patienten.

8.6.3 Fast vårdkontakt i kommuner

Utredningens förslag: Kommunen ska säkerställa att en enskild som är inskrivna i kommunens primärvård kan få en fast vårdkontakt i kommunen. Detta ska framgå av 13 kap. 6 § hälso- och sjukvårdslagen.

[150] Se 3 kap. patientlag (2014:821), förkortad PL.
[151] Jfr prop. 2016/17:106, *Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård* s. 47 f.
[152] 3 kap. 4–5 §§ PL.

En fast vårdkontakt ska utses i anslutning till att den enskilde skrivs in i kommunens primärvård, om det inte är uppenbart obehövligt. Det ska framgå av en ny bestämmelse i 6 kap. 2 a § patientlagen. Det bör även framgå av 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen. Den fasta vårdkontaktens kompetens och uppgifter kan regleras i 4 kap. 6 e § hälso- och sjukvårdsförordningen.

Den fasta vårdkontaktenen ska vara legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Den fasta vårdkontakt ska ha i uppgift att svara för planering, samordning och uppföljning av enskildas kommunala primärvård tillsammans med den enskilde och andra involverade i den enskildes hälso- och sjukvård.

I förekommande fall, ska den fasta vårdkontakten i kommunen även delta i planering och samordningen av den enskildes insatser från socialtjänsten med bl.a. dennes fasta omsorgskontakt.

Utredningens samlade bedömning

För att skapa förutsättningar för en nära vård, stärka relationskontinuiteten och underlätta samordningen av olika vård och omsorgsinsatser närmast patienten behövs en tydligare struktur och reglering av ansvaret för patientens vårdplanering i kommunen. Kommunens vårdinsatser behöver samordnas med regionens vårdinsatser från såväl regionens primärvård som den specialiserade vården. De behöver även samordnas med socialtjänsten, se även avsnitt 8.6.2.

En patient i kommunens primärvård bör som regel ha behov av en fast vårdkontakt. En sådan bör därför som regel utses i kommunen i anslutning till att en patient skrivs in i kommunens primärvård. Det bör endast vara i undantagsfall som det är uppenbart obehövligt. Det behövs en fast vårdkontakt i kommunen som kan ansvara för att planera, samordna och följa upp patientens vårdinsatser från den kommunala primärvården tillsammans med andra berörda aktörer som är involverade i dennes vård eller omsorg. Med ett sådant ansvar följer även att den fasta vårdkontakten som regel ska utföra relevanta delar av kommunens vårdinsatser och vara patientansvarig. Det bör därför krävas att funktionen innehas av en legitimerad hälso- och sjukvårdsprofession som är ändamålsenlig utifrån patientens vårdbehov. Kommunen behöver säkerställa att det finns förutsättningar för

enskilda att få en fast vårdkontakt i kommunen. Det bör framgå av HSL. Detaljer om uppgifter och kompetens bör regleras i hälso- och sjukvårdsförordningen, förkortad HSF.

Skälen för utredningens förslag

Nuvarande reglering

Enligt 6 kap. 2 § patientlagen, förkortad PL, ska en fast vårdkontakt utses till de patienter som begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Patienten ska få information om detta. Uppgiften om vem som är fast vårdkontakt bör framgå av patientens journal och andra centrala dokument om planeringen av patientens hälso- och sjukvård. Den enskildes individuella plan är ett sådant centralt dokument.

En fast vårdkontakt kan fylla olika funktioner för olika patienter. Ett syfte med en fast vårdkontakt är att en utpekad person ska ha i uppgift att samordna patientens olika vårdkontakter och hålla patienten informerad om vårdprocessen. En sådan kontaktperson behövs t.ex. för patienter med sammansatta och komplexa vårdbehov som ofta har många vårdkontakter som behöver samordnas.[153] Det är en roll som är generellt efterfrågad inom hälso- och sjukvården från såväl patienter som anhöriga och andra närstående. Funktionen bidrar till att stärka patientens ställning genom att underlätta den enskildes delaktighet och vårdens tillgänglighet och samordning.[154]

En fast vårdkontakt kan utses i all hälso- och sjukvårdsverksamhet. En person kan därför ha flera fasta vårdkontakter vid olika enheter i hälso- och sjukvården. Dessa särskilt utpekade personer ska då tillsammans samordna patientens vårdprocesser.[155] En fast läkarkontakt är en form av fast vårdkontakt.

I dag finns bestämmelser i HSL om att regionen ska organisera sin primärvård så att de som vill kan få en fast läkarkontakt i primärvården.[156] När det gäller fast vårdkontakt regleras den funktionen endast i

[153] Se prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning* och s. 57 f.; prop. 2016/17:106, *Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård*, s. 47 f.
[154] Vård- och omsorgsanalys, *Fast kontakt i primärvården*, 2021, s. 25–26.
[155] Se prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 62.
[156] 7 kap. 3 § HSL.

patientlagen, jfr regleringen av fast läkarkontakt som även regleras i HSL. Verksamhetschefen ansvarar för att en fast vårdkontakt utses.[157]

En fast vårdkontakt kan underlätta såväl för patienter som för hälso- och sjukvårdspersonalen. Det krävs därför inte samtycke från patienten för att en sådan ska kunna utses. I många fall är det nödvändigt att det finns någon hälso- och sjukvårdspersonal som ansvarar för att fullgöra vissa arbetsuppgifter för att hälso- och sjukvården ska fungera på ett samordnat och sömlöst sätt. En fast vårdkontakt bidrar även till att avlasta anhöriga och andra närstående som annars ofta får ta ett stort ansvar för samordningen av hälso- och sjukvårdsinsatser när patienten själv saknar den förmågan.

Ett annat syfte med en fast vårdkontakt är att skapa relationskontinuitet för patientens del. Även patienter som inte har lika omfattande behov av hjälp med att samordna medicinska insatser ska därför få en fast vårdkontakt om de begär en sådan.[158]

Den fasta vårdkontakten bör generellt ha den kompetens som bäst tillgodoser patientens behov. Skälen till att en fast vårdkontakt utses bör därför styra såväl dess kompetens som arbetsuppgifter.[159]

Få patienter har en fast vårdkontakt i kommunen

Enligt Vård- och omsorgsanalys uppföljning av regelverket om fast vårdkontakt utses en fast vårdkontakt relativt sällan i den kommunala primärvården. Funktionen är betydligt vanligare inom regionens primärvård. Den fullgörs då vanligen av en sjuksköterska.[160] Enligt en rapport från SKR har få personer med primärvård i ordinärt boende en fast vårdkontakt trots att de har behov av det.[161]

I våra dialoger framkommer att den kommunala sjuksköterskan ofta är den som har kontakter med regionens primärvård och samordnar patientens vård från kommunens sida. I praktiken är sjuksköterskan därmed ofta patientens fasta vårdkontakt i det särskilda

[157] 6 kap. 2 § PL och 4 kap. 1 § HSF.
[158] Se prop. 2009/10 :67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning,* s. 61 f.
[159] Se prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning,* s. 61 och prop. 2016/17:106, *Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård*, s. 50.
[160] Vård- och omsorgsanalys rapporter, *Laga efter läge. Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården*, 2020, s. 184; *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport*, 2021, s. 39 och s. 70 och *Vården ur befolkningens perspektiv, 65 år och äldre. International Health Policy Survey (IHP) 2021, 2022*, s. 38–39.
[161] SKR, *Vård och omsorg i hemmet 2019 svårigheter och framgångsfaktorer*, 2020, s. 23.

boendet. Det är däremot vanligt att denna roll har en annan benämning än fast vårdkontakt, även om funktionen är liknande. Detta får stöd av uppgifter från Vård- och omsorgsanalys.[162] Det bör innebära att en liknande funktion i och för sig är vanligt förekommande i särskilda boenden, men går under andra benämningar vilket försvårar uppföljningen av regelverket i kommunens primärvård. Det bidrar även till att rollerna varierar mellan kommuner och vårdgivare. Det gör det också svårare för patienter, anhöriga eller andra närstående att veta vad man kan förvänta sig av funktionen.

Vilka behöver en fast vårdkontakt i kommunen?

Enligt Vård- och omsorgsanalys utses en fast vårdkontakt i kommunen normalt i samband med att kommunen tar över ansvaret för en patient som skrivs ut från en vårdinrättning.[163] Äldre personer som bor i särskilt boende eller som har primärvård i ordinärt boende över en längre tid eller svårt sjuka personer, har komplexa vårdbehov och behov av kontinuitet och samordning av såväl vård som omsorg. En fast vårdkontakt kan därför behövas i fler situationer.

Vård- och omsorgsinsatser utförs av flera olika professioner inom kommunen. Läkarinsatser utförs av regionens primärvård. Många äldre personer har även behov av specialiserad vård från regionen. Som vi redovisat i avsnitt 8.6.2 planeras inte alltid patientens vård på ett strukturerat och förebyggande sätt i den utsträckning som behövs. Eftersom huvudmännen delar på primärvårdsansvaret har dessa grupper dessutom i princip alltid behov av samordnade vårdinsatser. Det är därför besvärande att huvudmännen inte har lyckats bättre i sitt uppdrag att samordna sina vårdinsatser. I avsnitt 8.6.2 förslår vi bestämmelser som innebär att flera personer i kommunens primärvård ska få en individuell plan.

Vi bedömer att de allra flesta personer som får primärvård från kommunen har behov av en fast vårdkontakt i kommunen, inte bara de som skrivs ut från en vårdinrättning.

[162] Vård- och omsorgsanalys, *Laga efter läge. Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården*, 2020, s. 183 och s. 185.
[163] Vård- och omsorgsanalys, *Laga efter läge. Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården*, 2020, s. 185.

Regelverket om fast vårdkontakt behöver förstärkas

Att en fast vårdkontakt ska utses för de som har behov av en sådan följer redan av befintlig lagstiftning. Av förarbeten framgår att det bör tas fram rutiner för när en sådan ska utses.[164]

Vi anser att regelverket om fast vårdkontakt behöver förstärkas för de grupper där huvudmännen delar på primärvårdsansvaret. Personer som är inskrivna i kommunens primärvård (jfr avsnitt 8.5.4) behöver oftast en fast vårdkontakt i kommunen. Vi föreslår därför en skyldighet för kommunen att säkerställa att enskilda kan få en fast vårdkontakt i kommunen samt att följa upp efterlevnaden. Det bör framgå av HSL, på liknande sätt som för funktionen fast läkarkontakt i regionen. Det innebär att kommunen ska skapa förutsättningar för det genom organisering och bemanning och krav på privata vårdgivare. Vi föreslår att en sådan bestämmelse placeras i 13 a kap. HSL för att samla mer detaljerade bestämmelser om primärvården där. En alternativ placering är i 11 kap. HSL.

En fast vårdkontakt behöver som regel utses i anslutning till att patienten skrivs in i kommunens primärvård. I många fall är det uppenbart att det behövs en utpekad person som samordnar den enskildes behov av olika insatser. Det bör det vara i situationer när det alltid är flera vårdgivare och aktörer involverade i den enskildes vård och omsorg.

Då primärvården i ordinärt boende ibland kan omfatta personer med mer tillfälliga och begränsade vårdbehov är det rimligt att i vissa fall kunna avstå från att utse en fast vårdkontakt. Det är fråga om situationer, när det är uppenbart att patienten inte har behov av en sådan. Det bör enligt vår mening därför röra sig om undantagsfall som i sig inte ska påverka kommunens planering som huvudman.

För att underlätta för verksamhetschefen bör det framgå av HSF att en fast vårdkontakt ska utses i anslutning till att en person skrivs in i kommunens primärvård, om det inte är uppenbart obehövligt. Regleringen innebär att verksamhetschefen inte behöver avgöra om det finns skäl att utse en fast vårdkontakt, utan om det finns skäl att avstå. Vårt förslag utgör en komplettering av vad som redan följer av nuvarande reglering om fast vårdkontakt.

[164] Jfr prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning,* s. 60–61; SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform,* s. 191 och prop. 2016/17:106, *Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård*, s. 47 f. och SOU 2015:20, *Trygg och effektiv utskrivning från sluten vård*, s. 207.

Vårt förslag innebär att andra beteckningar på motsvarande funktion som används i kommunen i dag bör ändras så att benämningen blir enhetlig. Att benämningarna på en likvärdig funktion varierar medför att det är svårare att följa upp lagstiftningens effekt.

Vilka uppgifter bör den fasta vårdkontakten i kommunen utföra?

I förarbeten anges att det kan behövas rutiner för vilken typ av uppgifter som kan ingå i uppdraget som fast vårdkontakt.[165]

Som framgår ovan är ett syfte med en fast vårdkontakt att den bl.a. ska bidra till samordning och trygghet för patienten. Det vi framför allt ser behov av är en utpekad person nära patienten som tar ansvar för att planera, samordna och följa upp patientens vårdinsatser från kommunens sida. Då ett syfte med en fast vårdkontakt också är att skapa relationskontinuitet bör den som regel utföra patientens planerade vårdinsatser inom ramen för sitt kompetensområde, inte bara delegera uppgifter till omsorgspersonal.

För att säkerställa en enhetlig struktur för detta i alla kommuner behöver en fast vårdkontakt i kommunen ha vissa givna uppgifter. En tydlig rollbeskrivning underlättar för såväl patient och anhöriga eller andra närstående, som personal och verksamhetschef. De uppgifter som den fasta vårdkontakten ska ha i kommunen bör därför regleras. Det sker lämpligen i förordning.

Vi föreslår att en fast vårdkontakt ska delta i planeringen, samordningen och uppföljningen av beslutade insatser inom ramen för sin profession. Uppdraget ska fullgöras i nära samarbete med andra kontaktpersoner som är involverade i patientens vård och omsorg, såsom patientens fasta läkarkontakter och andra fasta vårdkontakter inom regionens specialiserade vård. I förekommande fall även patientens fasta omsorgskontakt, socialtjänstens biståndshandläggare och andra centrala aktörer som är involverade i de insatser som en enskild person har behov av, se avsnitt 7.3.12.

Att planera patientens vård är inte en arbetsuppgift som görs en gång utan ett löpande och återkommande arbete, se även avsnitt 8.6.2.

Med en utpekad funktion underlättas kontakter med såväl patienten, anhörig eller andra närstående samt andra samordningsfunktioner

[165] Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 63.

inom såväl kommunen som regionen.[166] Det handlar i första hand inte om att vara administrativ samordnare utan en patientansvarig för kommunens hälso- och sjukvårdsinsatser.

Omfattningen av samordningsuppgifterna kan variera från patient till patient, men planering, samordning och uppföljning av insatser kräver att adekvat tid avsätts.

Att vara fast vårdkontakt till en patient i kommunen är inget som flera i personalen turas om att vara från dag till dag, utan en funktion en utpekad person i personalen har över tid. En person kan därför inte vara fast vårdkontakt i kommunen till annat än ett rimligt antal patienter. Risken är annars stor att kvaliteten på vårdinsatser försämras och samordningen av olika insatser brister, att effekten av insatserna inte hinner följas upp och det förebyggande arbetet prioriteras ner. Vad som är ett rimligt antal för en fast vårdkontakt att ansvara för behöver anpassas till vårdtyngden hos berörda patienter, behovet av samordning och andra faktorer.

Vilken kompetens behövs för att ansvara för uppgifterna?

Enligt förarbeten till nuvarande bestämmelser om fast vårdkontakt ska en bedömning av vem som bör utgöra en patients fasta vårdkontakt grundas på patientens medicinska och övriga behov och vilken kompetens som bäst kan tillgodose dessa behov. Där anges även att det kan vara bra om det tas fram rutiner för vilken personal som kan ta sig an uppdraget.[167]

Vi bedömer att de uppgifterna som den fasta vårdkontakten i kommunen behöver ansvara för, i princip alltid kräver medicinsk kompetens. Att vara ansvarig för planeringen av kommunens vårdinsatser och samordningen med andra berörda aktörer kräver bred kunskap om hälso- och sjukvårdens strukturer. Äldre personer och svårt sjuka har hälsotillstånd som kan ändras snabbt. Den fasta vårdkontakten behöver kontinuerligt följa upp deras hälsotillstånd, hur effektiva beslutade insatser är och kunna ta initiativ till nya och ändrade insatser efter behov. Det kommer i många fall bli den fasta

[166] Se prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning,* s. 80.
[167] Se prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning,* s. 61 f.

vårdkontakten i kommunen som får ansvar för att löpande följa upp vården och den enskildes individuella plan, se avsnitt 8.6.2.

Vi anser därför att den som är fast vårdkontakt i kommunen behöver vara en legitimerad hälso- och sjukvårdsprofession. Att en fast vårdkontakt ska en kompetens som är ändamålsenlig för de uppgifter den ska utföra framgår av förarbeten till nuvarande reglering men bör framgå tydligare av HSF.[168]

Vi tror att det vanligen kommer vara en sjuksköterska som är fast vårdkontakt i kommunen. I vissa fall kan det i stället vara mer ändamålsenligt att funktionen fullgörs av någon med en annan legitimerad hälso- och sjukvårdsprofession. T.ex. kan vissa personer som omfattas av kommunens primärvård i vissa fall främst ha behov av omfattande rehabiliterande insatser. Ibland har de inte alls kontakt med kommunens sjuksköterskor. För deras del kan det då vara mer ändamålsenligt att t.ex. arbetsterapeut eller fysioterapeut samordnar deras rehabiliteringskedja med övriga hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

8.7 Stärkt tillgång till läkare

8.7.1 Styrning för ökad likvärdighet och tillgänglighet

Utredningens bedömning: Regionerna lever inte upp till de åtaganden som följer av målbaserade bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen. Huvudmännens avtal om läkarmedverkan i kommunens primärvård bidrar inte till transparens. Det krävs förtydliganden i lag som klargör vilka krav som ställs på regionernas läkarinsatser i den kommunala primärvården.

Utredningens förslag: Regleringen i 16 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen om att huvudmännen ska sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan ska ersättas med en reglering i 13 a kap. hälso- och sjukvårdslagen om grundläggande krav på läkarinsatser i kommunens primärvård, i syfte att stärka kontinuitet, tillgänglighet och delaktighet i primärvården.

[168] Se prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 61.

Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt hälso- och sjukvårdslagen, ska kommunerna ha rätt att anlita läkare på egen hand, på regionens bekostnad.

Utredningens samlade bedömning

I avsnitt 8.3.4 har vi redogjort för vår problembild av brister i tillgången till läkare, inklusive utmaningar kopplade till de övergripande avtal om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård (läkaravtal) som ingåtts mellan region och kommun i enlighet med 16 kap. 1 § HSL.

De övergripande läkaravtalen, såväl dess innehåll som formuleringar, lämnar ett stort utrymme för ytterligare tolkningar av den som ska tillämpa dem och för att reglera närmare samverkansformer i lokala läkaravtal. Avtalsformen har inte fått tillräckligt styrande effekt och innehållet i dessa läkaravtal är sällan väl kända bland utförare. Avtalen efterlevs därför inte alltid.

Till stor del påverkas även läkarinsatsen av hur en enskild hälso- eller vårdcentral har organiserat sin verksamhet. Här medför avsaknaden av tydliga tillgänglighetskrav i läkaravtalen att enskilda läkare inte alltid har de förutsättningar som krävs för att göra medicinska bedömningar som svarar mot patienternas behov eller stödjer ett nära arbetssätt. Detta bidrar i sin tur till att regionerna inte kan fullgöra sitt ansvar som huvudman. Det bidrar även till att läkarinsatsen skiljer sig åt i landet och att vården är ojämlik.

Det har nu gått trettio år sedan Ädelreformen och avtalsformen har enligt vår mening inte haft en tillräckligt stark styrande effekt för att säkerställa läkarinsatser till personer som får primärvård från båda huvudmännen. Samtidigt är övergripande bestämmelser i HSL om ansvaret för läkarinsatser inte tillräckligt tydliga.

Vår sammantagna bedömning är att nuvarande avtalssamverkan försvårar genomförandet av viktiga hälso- och sjukvårdsreformer och utgör en grundläggande orsak till att läkarinsatsen brister och varierar mellan och inom kommuner. Avtalen underlättar i sig inte heller för kommunen att göra sin röst hörd när läkarinsatsen brister, se avsnitt 8.3.4. Enligt vår bedömning är det nödvändigt med en tydligare styrning för att säkerställa att de som har störst behov prioriteras och att vård ges på lika villkor i hela landet. Avtalen bör

därför ersättas med en förtydligad reglering i HSL. En enhetlig reglering i lag skapar transparens för samtliga berörda aktörer och har en mer styrande effekt än avtalsformen.

Utredningens samlade förslag

Enligt våra direktiv ska vi föreslå en ändamålsenlig reglering av tillgången till läkare för såväl personer i särskilt som ordinärt boende.

För att åstadkomma en ändamålsenlig tillgång till läkare föreslår vi att regleringen i HSL om att huvudmännen ska sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan ska upphävas och ersättas med en mer detaljerad reglering i HSL. Regleringen ska klargöra grundläggande krav på läkarinsatser från primärvården, i syfte att stärka kontinuitet, tillgänglighet och delaktighet i primärvården.

Vi föreslår ett krav på att regionerna ska ge en vårdgivare ett exklusivt läkaruppdrag till patienterna som bor i ett visst särskilt boende eller kommunalt hemsjukvårdsområde. Patienter ska i anslutning till att de skrivs in i kommunens primärvård, erbjudas att lista sig hos den vårdgivaren som ansvarar för boendet, se avsnitt 8.7.2. De patienter som väljer att lista om sig hos den vårdgivaren ska få en fast läkarkontakt där. Det ska regleras vilka läkarinsatser som förväntas av den vårdgivaren, se avsnitt 8.7.3. Utöver medicinska bedömningar och behandlingar av fasta läkarkontakter ska läkare finnas tillgängliga för handledning och viss fortbildning som kräver läkarkompetens.

Vi föreslår även att det tydliggörs att alla som är fast läkarkontakt till en patient som är inskriven i kommunens primärvård, oavsett om dennes arbetsgivare har ett sådant särskilt uppdrag som nyss beskrivits, ska vara delaktig i planeringen och samordningen av sina patienters vård, se avsnitt 8.7.4. Det ska också regleras tydligare krav på att läkare ska finnas tillgängliga på primärvårdsnivå dygnet runt, se avsnitt 8.7.5.

Skälen för utredningens förslag

Allmänna utgångspunkter för en reglering

Enligt våra direktiv ska vi föreslå en ändamålsenlig reglering av tillgången till läkare för såväl personer i särskilt boende som för den s.k. hemsjukvården samt äldre personer som bara har hemtjänst. I upp-

draget ingår att överväga om det finns behov av tillgång till läkare dygnet runt i särskilt boende.

Inledningsvis konstaterar vi att äldre personer som endast har hemtjänst inte per automatik ska få primärvård från kommunen, såvida de inte även är inskriva i kommunens s.k. hemsjukvård (dvs. får primärvård i ordinärt boende). De omfattas inte av vårt förslag om läkarinsatser till personer som får kommunal primärvård, eftersom de får hela sin primärvård från regionen. Det samma gäller personer som bor i kommuner inom Stockholmsregionen vilka inte har tagit över ansvaret för primärvård i ordinärt boende, se avsnitt 8.5.4. Dessa grupper omfattas inte heller av de nuvarande läkaravtalen.

Som vi redogör för i avsnitt 7.3.12 är en fast omsorgskontakt för personer i särskilt boende eller med hemtjänst en viktig funktion för att skapa en god personkännedom om omsorgstagarens situation och förutsättningar för omsorgskontakten att notera förändringar i hälso- och funktionstillståndet. Det är i sig en förutsättning för att t.ex. kunna kontakta regionens primärvård vid behov och även uppmärksamma om det finns skäl att skriva in personen i den kommunala primärvården.

En annan fråga är om det finns anledning att i en lagreglering skilja på kraven på läkarinsatsen utifrån boendeform, dvs. om man bor i särskilt eller ordinärt boende och får kommunal primärvård. De strukturella brister som uppmärksammats under coronapandemin har påpekats sedan länge för såväl personer i särskilt som ordinärt boende, se avsnitt 8.3.4.

Vi kan konstatera att läkaravtalen till viss del reglerar vården till personer i särskilt boende mer detaljerat än till personer i ordinärt boende. Läkarorganisationer har i våra dialoger kritiserat att primärvården i ordinärt boende i dag omfattas av för lite reglering. Det har även framförts i andra sammanhang.[169] Det talar starkt för att det finns ett särskilt behov att skapa en reglering som omfattar även läkarinsatser i ordinärt boende.

Som vi redogör för i avsnitt 8.5.4 anser vi inte att det finns skäl att på strukturnivå i HSL göra skillnad på tillgången till vård till personer i olika boendeformer. Däremot kommer de personer som utnyttjar kommunal dagverksamhet bara omfattas av vår föreslagna grundstruktur för läkarinsatser om de också bor i särskilt boende eller får kommunal primärvård i ordinärt boende. För personer som

[169] Se SKR, *Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård*, 2020, s. 5–6.

endast har dagverksamhet gäller i stället den allmänna vårdgarantin i primärvården. Denna avgränsning stämmer väl överens med den tröskelprincip som tillämpas i nuvarande läkaravtal mellan region och kommun. På så sätt kan nuvarande läkaravtal på huvudmannanivå ersättas med en enhetlig nationell reglering. Utgångspunkten för att en person ska få kommunens primärvård är att den behöver få vården i sitt hem, i särskilt eller ordinärt boende. Om allt fler äldre personer ska kunna bo kvar i eget hem så länge de önskar måste de kunna få den hälso- och sjukvård de behöver utförd i sitt eget hem även från regionen. Det innebär att läkarinsatsen som regel ska utföras utan att patienten ska behöva lämna sitt hem. Det gäller både de som bor i särskilda boenden och de som bor kvar i ordinärt boende. Vården ska dock alltid vara personcentrerad. Omställningen till en nära vård ställer allt högre krav på att vården utformas med individens behov och förutsättningar i centrum. Det finns i dag mobila vårdteam i flera regioner som möjliggör även för de som bor i ordinärt boende att få läkarbesök i hemmet. Med den utveckling som beskrivs i avsnitt 8.1 kan man vänta sig att vårdbehovet kommer att öka i såväl särskilt som ordinärt boende.

Hur bör regleringen utformas?

En reglering bör ta utgångspunkt i befintliga bestämmelser i framför allt HSL och PL samt anpassas till valfriheten inom primärvården. Samtidigt bör regleringen bidra till att samla patientansvaret till en läkare som återkommande träffar patienten och känner dess historik och hälsotillstånd, dvs. en fast läkarkontakt med krav på viss tillgänglighet och vissa uppgifter. Relationskontinuiteten är viktig såväl för patienten som för övriga vårdteamet.

För att vården ska kunna ges nära behöver organisationen utformas med patienternas behov i centrum. Det ställer särskilda krav på organiseringen av läkarinsatser till patienter som även får kommunal primärvård. Patienter med återkommande vårdbehov föredrar att få träffa samma läkare, vara mer delaktig i vårdens utformning och få hjälp av hälso- och sjukvården att samordna vårdinsatser. Dessa centrala faktorer för primärvården behöver säkerställas genom tydliga krav på vilken tillgänglighet, kontinuitet och samordning som förväntas av regionen och dess vårdgivare.

Regelverket bör utformas åldersneutralt, men i enlighet med vårt uppdrag kommer vi främst utgå från de generella behov som framför allt många äldre och sköra personer har. Det bör också vara teknikneutralt för att möjliggöra en hög tillgänglighet i hela landet. Digital vård förutsätter som regel en god patientkännedom.

Sedan 1 juli 2021 finns särskilda bestämmelser om primärvårdens grunduppdrag i ett nytt 13 a kap. HSL. Vi bedömer att det kan vara lämpligt att samla specifika krav på huvudmännens primärvård i det kapitlet. En alternativ placering av bestämmelser kring en nationell grundstruktur för läkaruppdraget skulle kunna vara 7 kap. HSL som innehåller generella bestämmelser om organisering, samverkan och planering av regionens hälso- och sjukvård.

Eftersom vi även föreslår liknande reglering för kommunens primärvård (se avsnitt 8.6) anser vi att det är en fördel om alla bestämmelser samlas i 13 a kap. HSL.

Våra förslag på ny reglering i HSL utvecklas vidare i avsnitt 8.7.2–8.7.5.

Kommunen har rätt att vidta åtgärder när läkartillgången brister

Det kommer fortsatt finnas tillfällen när läkaruppdraget av någon anledning brister. Om läkaruppdraget inte fullgörs enligt kraven i lagen ska kommunen likt i dag ha möjlighet att anlita läkare på egen hand på regionens bekostnad. Det innebär en möjlighet att lösa tillfälliga brister.

Våra förslag till förstärkningar av hälso- och sjukvårdskompetens på ledningsnivå i såväl kommun som region kommer enligt vår mening skapa bättre förutsättningar för ett närmare samarbete mellan kommun och region för att tillsammans säkerställa vård efter behov däribland tillgång till läkare, se avsnitt 8.8.4 och 8.8.5. Det bör också göra det lättare för kommunen att använda sin lagliga möjlighet att anlita egna läkare i de fall en vårdgivare inte levererar enligt förväntan.

8.7.2 Möjlighet att lista sig hos en vårdgivare med ett särskilt uppdrag

Utredningens förslag: Regionen ska säkerställa att enskilda som är inskrivna i kommunens primärvård har möjlighet att lista sig hos en vårdgivare som ansvarar för läkarinsatser till ett särskilt boende eller

i ordinärt boende och där få en fast läkarkontakt. Detta får inte medföra att patientens valfrihet enligt andra bestämmelser begränsas.

Detta ska regleras genom en ny bestämmelse i 13 a kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen.

Skälen för utredningens förslag

Nuvarande reglering av fast läkarkontakt

Patienter ska enligt 6 kap. 3 § patientlagen få möjlighet att välja vårdgivare och en fast läkarkontakt inom primärvården. Regionerna är enligt 7 kap. 3 § HSL skyldiga att organisera sin primärvård så att patienter kan göra detta.

En fast läkarkontakt är särskilt viktig för äldre personer och andra personer med komplexa vårdbehov. Patienter med fast läkarkontakt har ofta mer positiva erfarenheter av kontinuitet, tillgänglighet och delaktighet. De patienter som har en relation till sin läkare är oftare mer nöjda med vården än andra. Om läkaren känner patienten kan medicinska bedömningar bli säkrare, effektivare och ibland ske på distans.[170]

Att patienten återkommande får träffa samma läkare kan få positiva effekter på såväl kvalitet som kostnader för vården. För personer med astma eller KOL ger högre relationskontinuitet i vården lägre risk att dö i förtid, lägre risk för sjukhusinläggning, lägre risk för akutmottagningsbesök och lägre hälso- och sjukvårdskostnader. För personer med allvarlig psykisk sjukdom ger högre relationskontinuitet i vården lägre risk att dö i förtid, lägre risk för akutmottagningsbesök och förbättrad livskvalitet.[171] Av nu gällande läkaravtal följer generellt att det ska utses en namngiven ansvarig läkare för varje patient som har kommunal primärvård. Riksdagen har nyligen beslutat att det förtydligas att valet av fast läkarkontakt är kopplat till den vårdgivare där patienten är listad, att man bara ska kunna vara listad på en

[170] Vård- och omsorgsanalys, *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport*, 2021, s. 59 och s. 70.
[171] SBU, *Kontinuitet i vården*, 2021; Vård- och omsorgsanalys, *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport*, 2021, s. 60–62 och Vård- och omsorgsanalys, *Vården ur befolkningens perspektiv 2020. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*, 2021, s. 50.

vårdgivare åt gången samt att man endast ska ha rätt att byta vårdgivare upp till två gånger per år.[172]

Nuvarande organisering av läkaruppdraget

Regionerna har organiserat primärvården på olika sätt. I de flesta kommuner finns en särskild vård- eller hälsocentral eller annan specifik läkarorganisation som är knuten till ett särskilt boende eller geografiskt område. Det geografiska upptagningsområdet som vårdgivaren ansvarar för är inte alltid synkroniserat med kommunens indelning av hemsjukvårdsområden. Om patienterna är listade på olika vårdgivare kan läkare från olika vårdgivare ha patienter på samma särskilda boende.

Läkaruppdraget till kommunens primärvård kan utgöra ett eget separat vårduppdrag, en del av det generella primärvårdsuppdraget eller en kombination av dessa. I det senare fallet kan en vårdgivare vara ansvarig för konsultation, handledning och utbildning m.m. till personalen medan patientansvaret ligger hos en annan vårdgivare.

Att flera läkare ansvarar för olika primärvårdinsatser till samma patient kan skapa otydligheter i ansvarsfördelningen mellan olika läkare. Det försvårar även relationskontinuiteten och ibland även informationskontinuiteten. Om läkarna dessutom ofta byts ut försvåras teamarbetet med kommunens personal.

En vanlig modell är att patienten vid inskrivning i kommunens primärvård informeras om vilken lokal utförare som är kopplad till boendet och vilka tjänster som ingår i det uppdraget. Om denna information ges på ett bra sätt brukar patienter ofta välja att lista om sig dit. Samtidigt får patienten information om att de kan välja att behålla en tidigare fast läkarkontakt. Om patienten väljer att behålla en tidigare fast läkarkontakt försöker personalen lösa detta på bästa sätt. Om en tidigare fast läkarkontakt är involverad i ett byte av fast läkarkontakt, känner sig patienten oftast tryggare med att byta till en läkarkontakt som är kopplad till boendet.

Vi har noterat att regionerna tolkar och tillämpar bestämmelser om valfrihet i regionernas primärvård på olika sätt. Det finns en osäkerhet om det är tillåtet att informera om eller rekommendera att en patient väljer en viss vårdgivare som har ansvar för läkarinsatser till ett särskilt boende. Vi anser att det inte finns något hinder för att informera

[172] Se prop. 2021/22:72, *Ökad effektivitet och kontinuitet i vården – en primärvårdsreform*, s. 17 f.

patienten om vilka alternativ som finns, tvärtom är det en skyldighet som följer av patientlagen. Om ett alternativ är särskilt fördelaktigt för en viss patient bör det inte finnas något hinder att man informerar även om det på ett sakligt sätt. Däremot innebär bestämmelserna om valfrihet att det måste finnas ett reellt val att ta ställning till.

En patientanpassad organisering av läkarresurser

Flera regioner prioriterar att erbjuda en fast läkarkontakt till patienter med kommunal primärvård.[173] Enligt Vård- och omsorgsanalys är det vanligare att personer med kroniska besvär och äldre personer med sammansatta vårdbehov har en fast läkarkontakt än resten av befolkningen. Andelen som har det varierar däremot geografiskt. Det är vanligare med fast läkarkontakt i storstäder än i mindre kommuner.[174]

Enligt patientföreträdare behöver läkare delta mer i den kommunala primärvården än vad som i dag är fallet.[175] Av våra dialoger framgår att läkaren alltför ofta har en konsultativ roll och därmed aldrig blir en naturlig del i vårdteamet runt patienten. Organiseringen av läkarresurserna skapar hinder för interprofessionellt teamarbete och relationskontinuitet med patienten.

Vårdens organisering, utformning och arbetssätt behöver utformas utifrån olika individers behov både på gruppnivå och individuell nivå. De som är relativt friska och har mindre komplexa vårdbehov som måste tas om hand för att inte medföra mer allvarliga komplikationer bör kunna tas om hand snabbt och enkelt, ibland genom digitala vårdformer. Dessa individer bör inte ha samma behov av relationskontinuitet till en läkare. De som är svårt sjuka och sköra och har mer komplexa vårdbehov behöver träffa samma läkare över tid som känner deras hälsotillstånd väl och som snabbt kan vara tillgängliga om deras hälsotillstånd försämras.

Att möjligheten att få en fast läkarkontakt måste förstärkas i primärvården har påpekats länge. Regeringen och SKR har som mål att hälften av befolkningen och minst 80 procent av de personer som

[173] Socialstyrelsen, delrapport, *Att följa utvecklingen av fast läkarkontakt*, 2020, s. 26.
[174] Vård- och omsorgsanalys, *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport*, 2021, s. 54.
[175] Vård- och omsorgsanalys, *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport*, 2021, s. 72.

bor på äldreboende ska ha en namngiven fast läkarkontakt i primärvården vid utgången av år 2022.[176]

Organiseringen av läkartillgången till kommunal primärvård kan se väldigt olika ut. Regionerna tillämpar ibland funktionen fast läkarkontakt på ett sätt som inte alltid motsvarar syftet med funktionen enligt gällande lagstiftning. Att det finns en utsedd ansvarig läkare för patienten behöver i praktiken inte innebära att den läkaren regelbundet träffar patienten. Det kan vara så att det finns en fast läkarkontakt ”på papper”, men att patienten i praktiken inte får träffa samma läkare i någon större utsträckning.

Det behövs därför en reglering som stärker relationskontinuiteten för personer som är inskrivna i kommunens primärvård. Den bör anpassas till befintliga bestämmelser om fast läkarkontakt och valfriheten i primärvården.

En särskild utförare kopplad till ett boende

Primärvården består av en mängd professioner som samverkar med varandra. Det är därför nödvändigt att den som är fast läkarkontakt kan utgöra en naturlig del i det interprofessionella teamet. Det gäller inte minst i den kommunala primärvården där hälso- och sjukvården många gånger behöver samordna sina insatser med professioner inom socialtjänsten.

Vi ser stora fördelar med att koppla en vårdgivare till ett visst särskilt boende eller kommunalt hemsjukvårdsområde, med ett särskilt uppdrag att fullgöra läkarinsatser till berörda patienter. Så långt möjligt bör därför patientansvaret samlas hos en fast läkarkontakt hos en viss vårdgivare. En sådan ordning skapar goda förutsättningar för relationskontinuitet, teamsamverkan samt underlättar planering och samordningen av den enskildes vård och omsorg.

Att flytta till ett särskilt boende kan vara omvälvande. Det kan då kännas tryggt att i vart fall under en tid behålla befintliga vårdkontakter. Den kommunala primärvården kan omfatta även yngre personer med primärvård i ordinärt boende, med tillfälliga eller övergående vårdbehov som inte alltid är komplexa och sammansatta. Det inte självklart att alla personer som tillfälligt har kommunens primärvård vill

[176] Överenskommelse mellan regeringen och SKR, *God och nära vård 2021 En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav*, s. 23.

eller bör byta vårdgivare och därmed fast läkarkontakt under en mer tillfällig period. Strukturen bör därför inte vara tvingande.

Vi föreslår att regionen ska säkerställa att det till varje särskilt boende eller hemsjukvårdsområde knyts en vårdgivare som har i uppdrag att leverera läkarinsatser till patienter inskrivna i kommunal primärvård. Berörda personer ska i anslutning till inskrivning i kommunens primärvård få information om vilken vårdgivare som boendet eller hemsjukvårdsutföraren samarbetar med, vad uppdraget innebär och erbjudas att lista sig där. Regionen ska genom krav på bemanning och organisering av läkare hos dessa vårdgivare, säkerställa att patienter faktiskt kan få god tillgång till en fast läkarkontakt där.

Regionerna får inte begränsa den enskildes val enbart till denna vårdgivare. Patienter ska fortfarande ha möjlighet att utnyttja sin valfrihet genom att välja att stanna hos en tidigare vårdgivare som inte är knuten till boendet eller området. Vi bedömer därför att vårt förslag är förenligt med patientens valfrihet.

Då vår reglering innebär en skyldighet för regionen att lämna ett erbjudande till patienten om att lista om sig, bedömer vi även att det är förenligt med kommande reglering om att begränsa patientens rättighet att byta vårdgivare till max två gånger per år. Det är även förenligt med förslaget att en fast läkarkontakt ska finnas hos den vårdgivare där man är listad, som träder i kraft samtidigt.[177]

Huvudmännen bör i den gemensamma planen för primärvårdens utformning synkronisera sina uppdrag för primärvård i ordinärt boende på ett ändamålsenligt sätt så att läkaruppdraget motsvarar kommunens hemsjukvårdsområden, se avsnitt 8.5.2. Detta för att skapa bästa förutsättningar för teamsamverkan och uppnå det samlade syftet med föreslagen reglering.

Förslaget innebär att vissa regioner kan behöva anpassa utformningen av sina vårdval så att en lokal utförare får ett exklusivt läkaruppdrag till ett boende eller område, se kraven på läkarinsatsen i avsnitt 8.7.3.

[177] Prop. 2021/22:72, *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform.*

8.7.3 Innehållet i det särskilda läkaruppdraget

Utredningens förslag: Regionen ska säkerställa att en särskild vårdgivare har fasta läkarkontakter, som kan vara tillgängliga för planerad och oplanerad medicinsk bedömning och behandling, planering, samordning av patientens vård, handledning och viss fortbildning av kommunens hälso- och sjukvårdspersonal.

Det ska regleras genom en ny bestämmelse i 13 a kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen.

Skälen för utredningens förslag

Vad förväntas av läkarinsatsen?

Som vi angett i avsnitt 8.7.1 bör nuvarande avtalslösning ersättas med tydligare krav på läkarinsatsen i HSL. Vår utredning visar att många anser att innehållet i de övergripande läkaravtalen i och för sig är bra om de bara hade följts. Vi anser därför att det är lämpligt att ta utgångspunkt i vad som regleras i många av dessa när kraven på läkarinsatsen regleras. Däremot kan lagstiftningen inte vara lika detaljerad som avtalen. En fullständig kodifiering av läkaravtalen är därför varken möjlig eller avsedd.

Vår bedömning är att de flesta läkaravtalen över lag reglerar i stort sett samma insatser som ska utföras i kommunal primärvård. Avtalen reglerar insatserna på lite olika sätt och med olika detaljeringsnivå. Följande brukar enligt vår genomgång ingå i utförarens uppdrag:

- Medicinsk bedömning, undersökning och behandling av läkare på primärvårdsnivå.
- Planerade och oplanerade hembesök vid behov dygnet runt, alla dagar. Hur jouren är organiserad skiljer sig åt.
- Medverkan i upprättande av samordnad individuell plan för patienter på särskilt boende och i hemsjukvård.
- Läkemedelsgenomgång i samband med inskrivning på särskilt boende och i hemsjukvård. De ska oftast utföras minst årligen vilket även följer av gällande författningar.

- Brytpunktsamtal och efterlevandesamtal.
- Handledning av kommunens hälso- och sjukvårdspersonal.[178]
- Delta aktivt i in- och utskrivningsprocessen i samband med att en listad patients vårdas på sjukhus och har behov av fortsatt vård av kommunen.
- Delta i upprättande och uppföljning av den individuella planen i visst digitalt system.
- Utföra vissa informationsinsatser till patienten och vissa dokumentationsinsatser.
- I vissa läkaravtal ingår fortbildningsinsatser inom läkarkompetensen till kommunens hälso- och sjukvårdspersonal.[179]

Av sammanställningen följer att det vanligen ingår en regelbunden läkarrond varje vecka, planerade och oplanerade individuella läkarbesök, deltagande i planeringsprocesser, dagliga fasta tider för handledning för kommunens hälso- och sjukvårdspersonal i läkaruppdraget och vissa fortbildningsinsatser inom läkarens medicinska kompetensområde.

Vi anser att dessa insatser kan krävas av läkarinsatsen till personer som har kommunal primärvård. Det motsvarar även den detaljnivå som är lämplig i författning. För att detta ska garanteras i hela landet och bli mer transparent för utförare bör dessa grundkrav framgå uttryckligen av HSL. Se även vårt förslag i avsnitt 8.7.5 om att det ska vara möjligt att få en medicinsk bedömning av en läkare i primärvården dygnet runt.

Planerad och oplanerad medicinsk bedömning och behandling

Personer som är inskrivna i kommunens primärvård och har fördel av att välja den särskilda vårdgivare som beskrivits i avsnitt 8.7.2 är ofta multisjuka och har komplexa och sammansatta vårdbehov. De kräver därför generellt mer vård och en högre tillgång till medicinska bedömningar av läkare jämfört med friskare delar av befolkningen.

[178] Benämns som råd, stöd, handledning eller konsultation.
[179] Kan också ha i uppgift att medverka vid framtagande av gemensamma riktlinjer, rutiner och delta i det systematiska kvalitetsarbetet.

Det krävs därför särskilda organisatoriska förutsättningar hos vårdgivaren som möjliggör en hög tillgänglighet till fasta läkarkontakter där, se även avsnitt 8.7.5.

Den som är fast läkarkontakt hos en vårdgivare med det särskilda uppdraget (jfr avsnitt 8.7.2) behöver finnas tillgänglig för att göra planerade och oplanerade individuella medicinska bedömningar och behandlingar av sina patienter, så långt som det är praktiskt möjligt. För att skapa förutsättning för trygghet, tillit och kontinuitet mellan läkare och patient liksom förutsättningar att fullgöra läkarinsatsen i kommunal primärvård på det sätt som behövs, krävs att funktionen fullgörs av samma läkare över tid.

I dag är det i stor utsträckning upp till den enskilda vårdcentralen att bestämma hur läkarinsatsen ska utföras. I vissa fall definierar läkaravtalen vad som avses med ett hembesök och ett läkarbesök. Det förefaller mer vara kopplat till regionens ersättningssystem än patienternas behov. Det kan i dag finnas möjlighet till såväl fysiska som digitala läkarbesök.

Med planerade medicinska bedömningar menar vi läkarbesök som är inplanerade på förhand vid en bestämd tid utifrån ett intervall som motsvarar patientens behov. Det kan ske vid en gemensam rond eller genom ett individuellt läkarbesök. Med oplanerade medicinska bedömningar avser vi läkarbesök på förekommen anledning av att ett oväntat vårdbehov som plötsligt uppstått och som inte kan anstå till nästa planerade läkarbesök, men ändå inte måste bedömas på en akutmottagning. Om vårdbehovet är mer akut än så bör det vara lämpligare att tas om hand på en akutmottagning, se avsnitt 8.7.5. Med behandling avser vi här behandlingar som kräver läkarkompetens på primärvårdsnivå.

Regleringen om medicinska läkarinsatser bör vara teknikneutral för att säkerställa en god tillgång till läkare i hela landet. Digital vård är ett bra komplement som kan öka tillgängligheten. Det finns goda exempel där läkaren gör digitala ronder på ett sätt som i stort sett motsvarar ett fysiskt besök. Det bidrar till en hög tillgänglighet trots långa geografiska avstånd. Det går däremot inte att ta sig an det särskilda primärvårdsuppdraget om vårdgivaren inte kan erbjuda fysiska läkarbesök på primärvårdsnivå när det finns behov av det. Vissa tillstånd behöver undersökas fysiskt.

Det finns i dag vård- och hälsocentraler som har rullande schema för att fullgöra läkaruppdrag i kommunal primärvård. Det medför

att patienterna kan få träffa olika läkare varje gång. En sådan ordning är inte förenlig med det nu föreslagna läkaruppdraget.

Det finns även vård- och hälsocentraler vars organisation innebär att läkaren samtidigt är engagerad i mottagningsverksamhet. Om inte organiseringen särskilt beaktar uppdraget i kommunal hälso- och sjukvård gör mottagningsverksamheten det ofta nästan omöjligt för läkaren att ta hand om brådskande vårdbehov inom kommunala primärvården. En sådan ordning är inte förenligt med det nu föreslagna läkaruppdraget.

Det finns i dag aktörer som endast ansvarar för läkarinsatser till kommunal primärvård, t.ex. i Stockholm stad. Det är ett exempel på att det går att skapa förutsättningar för såväl kontinuitet som tillgänglighet samtidigt. En sådan verksamhet kan också bemannas med rätt specialistkompetens, anpassad till de särskilda vårdbehov som är vanligt förekommande hos personer i särskilda boenden. Vårdgivarna har i det fallet inriktning med fokus på läkare med geriatrisk kompetens, ett vanligt förekommande behov hos äldre personer.

Ett annat gott exempel är Borgholms vårdcentral som är samlokaliserad med ett seniorboende och välbemannat med allmänläkare. Allmänläkarna har särskild tid avsatt för patienterna i kommunal primärvård varje dag. I en sådan organisationsmodell uppfylls också såväl behovet av en daglig tillgång till läkare som relationskontinuitet.

Hur många boende eller hur stort område en vårdgivare kan ansvara för beror på hur många läkare som finns anställda och berörda patienters vårdbehov.

Med hänsyn till vårdtyngden hos berörda patienter skiljer sig det antal patienter som en läkare kan vara fast läkarkontakt för jämfört med normal bemanning på en vård- eller hälsocentral.[180] Detta påverkar såväl vårdens kvalitet som den enskilda läkarens arbetsvillkor och i förlängningen viljan att stanna hos en arbetsgivare över tid. Indirekt påverkar det därför relationskontinuiteten. Detta behöver därför beaktas såväl i samband med regionens kravställning på och ersättning för uppdraget som vårdgivarens organisering av verksamheten. Socialstyrelsen har tagit fram ett riktvärde för hur många patienter en läkare kan vara fast läkarkontakt för.[181]

[180] Se även SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*. s. 382 f.
[181] Socialstyrelsen, *Fast läkarkontakt*, 2022; Socialstyrelsen, *Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården*, 2022.

Planering och samordning av patientens vård

I avsnitt 8.7.4 föreslår vi att en generell uppgift för alla fasta läkarkontakter till en person i kommunal primärvård är att vara delaktig i planeringen och samordningen av patientens vård och omsorg. Som framgår där är det en uppgift som är tidskrävande, men som också innebär tidsvinster i andra led. Om vården planeras väl, inklusive hanteringen av tänkbara framtida scenarios, så kommer t.ex. behovet av oplanerade patientbesök inte vara lika stort. Kommunens personal får också bättre förutsättningar att ge en god vård och omsorg. Att denna uppgift förväntas av fasta läkarkontakter hos vårdgivaren bör därför också framgå av regleringen av det särskilda läkaruppdraget.

Handledning och viss fortbildning av personal

Läkaren behöver följa upp sina ordinationer och finnas tillgänglig för att handleda annan hälso- och sjukvårdspersonal som finns närmast patienten. Under arbetsdagens och arbetsveckans gång kan det också väckas generella frågor som kommunens hälso- och sjukvårdspersonal kan behöva rådfråga en läkare om. Kommunens hälso- och sjukvårdspersonal behöver dagligen kunna få handledning av en läkare i såväl patientrelaterade som icke patientrelaterade frågor. Det behöver därför finnas läkare tillgängliga för detta varje dag, alla dagar i veckan. Det bör också ingå som en uppgift i det särskilda läkaruppdraget.

Vårdgivaren bör även bistå med viss fortbildning inom läkarkompetensen till kommunens hälso- och sjukvårdspersonal. Det är fråga om informations- och utbildningsinsatser som kräver läkarkompetens, på liknande sätt som kompetensutbyte sker inom regionens primärvård. Motsvarande krav följer redan i dag av läkaravtalen. Det fråntar inte kommunen eller en privat vårdgivares arbetsgivaransvar för personalens kompetensutveckling.

8.7.4 Uppgifter för alla fasta läkarkontakter

Utredningens förslag: En fast läkarkontakt till en enskild som är inskriven i kommunens primärvård ska ha i uppgift att delta i planeringen, samordningen och uppföljningen av patientens vård

tillsammans med patientens fasta vårdkontakt, och i förekommande fall, andra berörda funktioner samt patienten och dennes närstående.

Det kan regleras i en ny bestämmelse i 4 kap. 6 d § hälso- och sjukvårdsförordningen.

Skälen för utredningens förslag

Som redogjorts för i avsnitt 8.7.2 kan patienter med kommunal primärvård även fortsatt välja att behålla en tidigare fast läkarkontakt hos en annan vårdgivare än den som är knuten till ett visst boende. Som vi redogjort för i avsnitt 8.6.2 har i princip alla personer med delad primärvård, behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från båda huvudmännen och en individuell plan för samordningen av dessa insatser. Där föreslår vi även att det i den individuella planen ska anges rehabiliterande och förebyggande insatser samt att det i tillämpliga fall även ska finnas en plan för hur personalen ska hantera tänkbara framtida scenarios. Vårdplanering är central för att kunna göra detta.

Den nära vården förutsätter ett interprofessionellt teamarbete, där samtliga berörda professioner ingår, oavsett vilken arbetsgivare de har. Även den fasta läkarkontakten behöver vara delaktig i planeringen av patientens vård och samordningen av olika insatser, bl.a. utifrån gällande regelverk om samordnad planering och individuell plan för patienten.

I dag arbetar många läkare i en konsultativ roll till personalen i kommunen i stället för att utgöra en del av vårdteamet. Här krävs nya arbetssätt som gör att läkaren blir en naturlig del av teamet runt patienten.

För att garantera att läkare är delaktiga i planeringen, samordningen och uppföljningen av patientens primärvård föreslår vi att detta ska vara en reglerad uppgift för alla som är fast läkarkontakt till en person som är inskriven i kommunens primärvård. Det kommer alltså gälla alla vårdgivare, inte bara de med särskilt uppdrag att stå för läkarinsatser i den kommunala primärvården (jfr avsnitt 8.7.2).

En sådan detaljerad bestämmelse om en viss funktions arbetsuppgifter bör regleras i hälso- och sjukvårdsförordningen. En sådan bestämmelse placeras lämpligen i 4 kap. som innehåller bestämmelser om behörigheter och ansvar för vissa personalgrupper.

För att regionerna ska kunna säkerställa sitt huvudmannaansvar i denna del, behöver detta framgå av kraven på vårdgivare i förfrågningsunderlag till privata aktörer.

8.7.5 Medicinsk bedömning av läkare dygnet runt

Utredningens förslag: Regionen ska säkerställa att enskilda som är inskrivna i kommunens primärvård vid behov kan få en medicinsk bedömning av en läkare i primärvården dygnet runt. Detta ska framgå av en ny bestämmelse i 13 a kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen.

Skälen för utredningens förslag

Det behövs en särskilt hög strukturell tillgänglighet

Som redogjorts för i avsnitt 8.7.3 ska vårdgivare med det särskilda läkaruppdraget som vi föreslår i avsnitt 8.7.2 organisera sina läkarresurser så patientens fasta läkarkontakt dagligen kan finnas tillgänglig för medicinska bedömningar av sina patienter. Patienter i kommunal primärvård behöver kunna få såväl planerad som oplanerad tillgång till läkare.

I första hand bör läkarbesök kunna planeras och förläggas till vardagar, men det krävs en flexibilitet som medger även oplanerade besök, för plötsliga oväntade och brådskande vårdbehov, med kortare varsel. I största möjliga utsträckning ska patientens fasta läkarkontakt tillgodose även dennes behov av sådana mer brådskande medicinska bedömningar på primärvårdsnivå.

Risken finns annars att patienterna behöver uppsöka en akutmottagning för insatser som egentligen skulle kunna utföras i hemmet. Generellt efterfrågar även kommunens sjuksköterskor mer tid från läkare på dagtid, såväl planerade som oplanerade läkarbesök och att patientansvarig läkare ska göra mer hembesök.

Det krävs därför en organiserad struktur hos vårdgivaren som avses i avsnitt 8.7.2, som möjliggör en i princip daglig tillgång till läkare där. Det är självklart att läkaren även måste ha förutsättningar att göra fysiska hembesök hos dessa patientgrupper.

Jourorganisationen behöver anpassas till patienternas särskilda behov

Äldre personer med kommunal primärvård har vårdbehov som rör t.ex. undernäring, fallskador, svårläkta sår och biverkningar på grund av omfattande läkemedelsintag. Det kan vara vårdbehov som inte alltid kan anstå till dagen efter eller över en helg, men samtidigt inte alltid kräver vård på vårdinrättning. Personer som är inskrivna i kommunens primärvård behöver kunna få tillgång till läkare på primärvårdsnivå som kan ta om hand brådskande vårdbehov som inte kan anstå till nästa vardag eller över en helg. Läkare i primärvården behöver därför även finnas tillgängliga på helger, kväller och annan jourtid.

En god planering av patientens vård kan minska behovet av akuta inläggningar då omsorgspersonalen känner sig trygga med hur de ska hantera olika väntade och oväntade situationer, se avsnitt 8.6.2. I vissa situationer kan dock kommunens sjuksköterska behöva komma i kontakt med läkare även på kväller och helger för råd och stöd. En läkare behöver finns tillgänglig för att vid behov göra en första bedömning av om patientens vårdbehov kan anstå eller inte. Kommunens hälso- och sjukvårdspersonal behöver kunna rådgöra med en läkare för att i vissa fall undvika ett onödigt akutbesök som inte gagnar patienten.[182] I vissa situationer kan en akut inläggning undvikas genom ett läkarbesök på primärvårdsnivå. I andra fall kan ett akut besök på vårdinrättning vara nödvändigt.

Det behöver därför finnas läkare tillgängliga på primärvårdsnivå för berörda patientgrupper och kommunens personal dygnet runt, alla dagar i veckan. Regionen ska säkerställa detta genom krav på läkarresursernas tillgänglighet för att få det särskilda läkaruppdraget i kommunens primärvård, se avsnitt 8.7.2.

I vissa regioner finns redan i dag en primärvårdsjour tillgänglig dygnet runt, t.ex. via mobila team. Vi anser att det finns behov av en struktur för att organisera en jourorganisation på primärvårdsnivå, till de patientgrupper som finns i kommunens primärvård. Vi föreslår att det regleras i HSL att regionerna ska säkerställa att personer inskrivna i kommunens primärvård kan få en medicinsk bedömning av en läkare i primärvården dygnet runt. Med primärvård avses inte en organisatorisk enhet utan vårdnivån.

[182] SKR, *Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård*, 2020, s. 13 f.

Vi bedömer att en sådan jourorganisation kan behöva utformas på olika sätt beroende på lokala förhållanden. De regioner som i dag endast hänvisar patienter och personal i kommunens primärvård till ett växelnummer eller den ordinarie akutmottagningen uppfyller inte kraven som följer av vårt förslag.

Tillgången till läkare kan enligt vår bedömning organiseras på flera olika sätt och inget hindrar att den utgör en del av en redan etablerad jour som finns i regionen. Det centrala är att organisationen är anpassad till patientgruppens behov. Detta följer inte minst av principen om en nära vård. I den särskilt anpassade jourverksamheten bör i första hand läkare ingå som normalt har hand om äldre personer och patienter i kommunal primärvård. Vi anser därför att det läkaruppdraget bör organiseras så att särskilt utpekade läkare inom primärvården alltid finns tillgängliga även för brådskande vårdbehov.

Läkarinsatser ska ges efter behov

Behovsprincipen lyfts fram i de läkaravtal vi tagit del av. Samtidigt reglerar många av de övergripande läkaravtalen, men inte alla, riktlinjer eller normtal för hur många minuter den ansvarige läkaren minst bör avsätta per särskilt boende med visst antal patienter. Den kan variera mellan 3–6 minuter per patient och vecka. Avsikten är, som det får förstås, att ange en miniminivå för hur tillgänglig läkaren ska vara. I våra dialoger har det framkommit att det som varit tänkt att utgöra en lägsta nivå på läkarinsatser, ofta hanteras som ett tak.

Socialstyrelsen har bedömt att den genomsnittliga tidsåtgången om fem minuter i snitt per vecka och person som regleras i överenskommelserna inte räcker för att möta vårdbehovet i kommunernas särskilda boenden.[183] Detta har bekräftats i våra dialoger.

Som framgår av avsnitt 8.1 har primärvården och vårdbehoven i kommunal primärvård förändras avsevärt sedan Ädelreformen. Patienterna har vårdbehov som är såväl sammansatta som komplexa vilket kräver en helt annan tillgång till läkare än på 1990-talet, se avsnitt 6.4.1.

Vi anser inte att det är ändamålsenligt eller förenligt med HSL grundläggande principer att i lagen eller avtal ange hur mycket tid

[183] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapporter 2011 och 2012*, samt *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2021*, s. 36 och s. 67.

som ska avsättas för olika patientgrupper. Vår bedömning är att en styrning mot en ökad tillgänglighet bättre uppnås genom att klargöra vad som ska ingå i uppdraget än hur lång tid insatsen ska ta (jfr avsnitt 8.7.3).

Kommunens sjuksköterskor avgör behov av läkarinsatser

I vår utredning har det framkommit att vårdgivare i kommun och region inte alltid är överens om när det behövs en medicinsk bedömning av en läkare. Det får även stöd av andra rapporter.[184] Det har ibland varit orsak till att äldre personer inte får tillgång till läkare. Detta kan också medföra att huvudmännen har olika uppfattningar om när kommunen har rätt att anlita egna läkare på regionens bekostnad.

I en del av de lokala avtalen om läkarmedverkan som ingåtts mellan kommun och regioner regleras att det alltid ska göras en medicinsk bedömning av en sjuksköterska innan kontakt med läkare tas. Enligt samtliga professioner skapar en sådan ordning en oönskad flaskhals, som inte heller kan motiveras av olika lokala förhållanden.

Vi anser å ena sidan att det är rimligt att en sjuksköterska avgör om hen kan ta om hand ett vårdbehov eller om det krävs en läkarinsats. Det motsvarar den ordning som gäller i regionens primärvård. Å andra sidan bör det inte finns något hinder för andra professioner att ta kontakt med läkare för konsultation eller handledning. Det skulle kunna utsätta patienter för onödiga risker. Det bör även öka risken för undvikbara akutinläggningar. I dessa fall är det dock rimligt att läkaren avgör om patienten behöver träffa en läkare och få en medicinsk bedömning av läkare.

För att även berörda patienter ska få tillgång till läkare vid behov behöver det finnas goda möjligheter för patienter att få en medicinsk bedömning av kommunens sjuksköterskor som kan avgöra detta behov. Om läkarinsatsen därefter inte levereras är detta enligt vår mening grund för kommunen att anlita egna läkare på regionens bekostnad. En god tillgång till medicinska bedömningar av sjuksköterskor underlättar därför för kommunen att visa när regionen brister i sina åtaganden. Se även avsnitt 8.6.1.

[184] Se SKR, *Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård, 2020*.

8.8 Stärkt medicinsk kompetens på ledningsnivå

8.8.1 Den medicinska kompetensen behöver förstärkas

Utredningens bedömning: Det behövs tydliggörande av såväl huvudmannens som vårdgivarens ansvar och en förstärkt hälso- och sjukvårdskompetens på båda dessa ledningsnivåer. Nuvarande reglering om medicinskt ansvarig sjuksköterska behöver ersättas med en reglerad ledningsstruktur som kan bidra till att förstärka hälso- och sjukvårdskompetensen hos såväl huvudman som vårdgivare i kommunens primärvård.

Det finns också behov av en tydlig samverkanspart till kommunerna i samtliga regioner som kan säkerställa regionens huvudmannaansvar för läkarinsatser på primärvårdsnivå och hälso- och sjukvårdsinsatser inom specialiserad vård till berörda patienter.

Skälen för utredningens bedömning

Det behövs en tydligare uppdelning mellan huvudmannens och vårdgivarens ansvar

Vi har i uppdrag att överväga om den medicinska kompetensen i kommuner behöver förstärkas på ledningsnivå. Det är särskilt utpekat att vi ska bedöma om det är ändamålsenligt att införa krav på, dels en medicinskt ledningsansvarig läkare med ett övergripande medicinskt ansvar för kommunens hälso- och sjukvård, dels en medicinskt ansvarig för rehabilitering, s.k. MAR. I båda deluppdragen ingår att överväga möjliga vägar för att stärka den medicinska kompetensen på ledningsnivå i kommuner. Utifrån vårt övergripande uppdrag har vi bedömt att vi är fria att lämna de förslag vi anser är mest ändamålsenliga för att uppnå detta. Våra förslag ska ytterst syfta till att säkerställa att personer som får primärvård från båda huvudmännen ska få en god och säker vård på lika villkor som resten av befolkningen.

Som vi redogjort för i avsnitt 8.1 har samhällsutvecklingen bidragit till att kraven på primärvården har vuxit. Primärvårdens uppdrag har därför tydliggjorts och omfattar i dag flera legitimerade hälso- och sjukvårdsprofessioner som inte var lika självklara för trettio år sedan, när kommunerna tog över ansvaret för delar av primärvården. De

flesta kommuner har successivt tagit över allt mer primärvård från regionen. Patienterna har blivit fler och deras vårdbehov mer omfattande och komplexa. Kraven på kommunens primärvård har därför förändrats sedan Ädelreformen, se avsnitt 8.1.

Det växande kommunala primärvårdsuppdraget och omställningen till en nära vård ställer ännu högre krav på samverkan, inte bara mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård i kommunen utan även mellan båda huvudmännens hälso- och sjukvård.

När dagens regelverk infördes på 1990-talet utfördes i princip all vård i kommunens egen regi. Därmed fanns inte samma behov som i dag att ställa krav på privata vårdgivare eller att följa upp att vård som utförs i annans regi också lever upp till kraven på god och säker vård. Sedan dess har även vårdgivaransvaret blivit tydligare reglerat i patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PSL, och i HSL. I takt med att kommunen anlitar alltmer privata vårdgivare för att utföra vårdinsatser, växer därmed behovet av att tydligare skilja på dessa två ansvarsnivåer.[185] Som vi redovisat i avsnitt 8.1 har även kraven på kommunens primärvård ökat sedan dess. Den växande hälso- och sjukvårdsverksamheten ökar behovet av medicinsk kompetens för att kunna fullgöra såväl huvudmannaansvaret som vårdgivaransvaret och säkerställa en god och säker vård. Därför behöver båda dessa ledningsnivåer förstärkas och ansvarsfördelningen särskiljas på ett tydligare sätt.

I utredningens dialoger har det återkommande lyfts att ett införande av krav på en MAR i varje kommun förutsätter att även rollen som medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, ses över samtidigt. MAS/MAR-företrädare har även redogjort för brister i den nuvarande MAS-rollen och dess mandat, vilka delvis gör sig gällande även för MAR.

Mycket har förändrats sedan MAS-rollen infördes. För att kunna skapa en ändamålsenlig struktur för medicinsk kompetens på ledningsnivå krävs enligt vår mening en samlad översyn av den medicinska kompetensen, dvs. inklusive MAS, på såväl huvudmannanivå som vårdgivarnivå i kommunens primärvård.

Med det delade ansvaret för primärvården och de brister som finns från regionens sida anser vi också att det är nödvändigt att inkludera regionens roll i en sådan översyn.

[185] Jfr prop. 2016/17:43, *En ny hälso- och sjukvårdslag*, s. 86 f.

Ansvarsfördelningen inom kommunens primärvård

I kapitel 6 beskrivs hur ansvaret för och ledningen av hälso- och sjukvård är reglerat på olika nivåer. Vem som är vårdgivare respektive huvudman definieras i HSL och går inte att avtala bort. Genom 2017 års HSL förtydligades ansvarsfördelningen mellan huvudman och vårdgivare. I viss mån ansvarar dessa roller för samma sak i fråga om det som är mest centralt inom hälso- och sjukvården – att vården är god och säker – men på olika nivåer. I princip gäller alla bestämmelser i avdelning II i HSL både huvudman och vårdgivare. Både huvudmannen och vårdgivaren ansvarar t.ex. för att det finns de lokaler, den utrustning och den personal som krävs för att god och säker vård ska kunna ges.[186] Med respektive ansvar följer olika uppgifter för att fullgöra respektive ansvar. När kommunen bedriver vården i egen regi kan uppdelningen mellan dessa nivåer ibland suddas ut. Det bör framför allt förekomma i små kommuner.

Som huvudman ansvarar kommunen på en övergripande nivå för att enskilda erbjuds hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå av god kvalitet.[187] I det ansvaret ingår att finansiera, planera och organisera hur den vården ska erbjudas enskilda. Det innefattar att säkerställa att enskilda får tillgång till alla de primärvårdskompetenser och primärvårdstjänster som kommunen ansvarar för. Detta ska enligt HSL ske i samverkan med andra berörda aktörer.[188] Att huvudmännen är skyldiga att samverka vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården följer redan av HSL, men vi föreslår att den skyldigheten förtydligas. I avsnitt 8.5.2 föreslår vi även att kommunen tillsammans med regionen tar fram en gemensam plan för hur hela primärvårdens uppdrag ska säkerställas till personer där huvudmännen delar på detta ansvar. Vi föreslår också att kommunen som huvudman likt regionen ska ansvara för att vården organiseras så att den kan ges nära befolkningen, se avsnitt 8.5.3.

Som huvudman för hälso- och sjukvård måste kommunen, på en övergripande nivå, styra och följa upp att all hälso- och sjukvårdsverksamhet i kommunen som bedrivs i egen och annans regi är god och säker. Det ingår även i kommunens huvudmannaansvar att skapa

[186] Se 5 kap. 2 § HSL. Om en kommun organiserar vården så att kommunens personal ska utföra vårdinsatser i någon annans lokaler, ankommer det på kommunens som huvudman och vårdgivare att säkerställa att lokalerna är ändamålsenliga för den vård som ska ges. Det kan göras genom att kommunen som huvudman ställer krav på lokalernas utformning.
[187] 2 kap. 2 § HSL.
[188] 11 kap. 2 och 3 §§ HSL.

strukturer som säkerställer att kommunens primärvård kan samordnas med socialtjänsten. För att kunna fullgöra dessa ansvar krävs medicinsk kompetens och kunskap om hälso- och sjukvårdens strukturer, men också en förståelse för den kommunala kontexten.

Vårdgivaren är den som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet.[189] Som vårdgivare ansvarar man för att den löpande verksamheten har de förutsättningar som krävs för att kunna bedriva en god och säker vård. Vårdgivaren ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kraven på god och säker vård uppnås.[190] I vårdgivarens ansvar ingår att säkerställa att personalen har den kompetens som krävs för hälso- och sjukvårdsuppgifterna. I det ingår att det finns rutiner och arbetssätt som säkerställer en god och säker vård samt att personalen får kontinuerlig kompetensutveckling för att hålla sig à jour med kunskapsutvecklingen m.m. Samverkan är förstås en nödvändig förutsättning för att kunna ge en god vård, särskilt om flera aktörer är involverade i patientens vård. Någon uttrycklig skyldighet att samverka med andra vårdgivare är i dag inte särskilt reglerad i HSL, utöver vad som följer av 16 kap. 4 § HSL.

Vårdgivaren är skyldig att utse någon som är ansvarig för verksamheten, en verksamhetschef, enligt 4 kap. 2 § HSL. Det gäller även kommunen i egenskap av vårdgivare. Verksamhetschefen är vårdgivarens förlängda arm, se avsnitt 8.8.2.

Nuvarande reglering om medicinsk kompetens i kommuner

Den s.k. Ädelreformen skulle bidra till en integrerad och kvalificerad social service och medicinsk vård. Det är en ambition som kvarstår än i dag. Lagstiftaren har inte velat styra hur kommuner organiserar ledningen av sin hälso- och sjukvård. Det finns däremot krav på att det ska finnas någon som är ansvarig för hälso- och sjukvårdsverksamhet, en verksamhetschef.[191] Det är också reglerat vad denne ska ansvara för. Lagstiftaren har inte velat styra vilken profession som leder verksamheten, men verkar i viss mån ha utgått i från att denna verksamhet i kommuner ofta kommer att ledas av en person som har annan kompetens än medicinsk, vilket också ofta är fallet. Eftersom verksamhet som bedrivs inom hälso- och sjukvård intar en särställ-

[189] 2 kap. 3 § HSL och 1 kap. 2 § PSL.
[190] 3 kap. 1 § PSL.
[191] 4 kap. 2 § HSL.

ning på grund av de risker en patient kan utsättas för om personalens kompetens och arbetsrutiner brister finns däremot vissa särskilda bestämmelser om kompetens och behörighet som måste beaktas.

Av 11 kap. 4 § HSL framgår att det inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer ska finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Om ett verksamhetsområde i huvudsak rör rehabilitering får kommunen i stället utse en medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR). En sådan funktion får då fullgöras av en fysioterapeut eller arbetsterapeut. Bestämmelsen riktar sig till kommunen som huvudman och gäller därför inte privata vårdgivare, såvida inte kommunen ställer motsvarande krav på dessa.

Eftersom personalen lyder under ett yrkesansvar ansågs det viktigt att säkerställa att det alltid finns någon med medicinsk kompetens i verksamheten som t.ex. kan säkerställa att delegeringar är patientsäkra och ge direktiv om när läkare ska kopplas in. Mot den bakgrunden regleras att vissa uppgifter, som syftar till att säkerställa en god och säker vård inom kommunens ansvarsområde, ska utföras av en medicinskt ansvarig sjuksköterska. Dessa arbetsuppgifter kan verksamhetschefen därför inte ge någon annan i uppdrag att fullgöra. På så sätt garanterar lagstiftaren att dessa uppgifter alltid utförs av någon som har tillräcklig medicinsk kompetens.

Av förarbeten framgår tydligt att det inte regleras något medicinskt ledningsansvar, liknande det som dåvarande chefsöverläkare hade, eller något annat ledningsansvar.[192] MAS har därför inga mandat att fatta beslut, om t.ex. ökad bemanning, som kan krävas för att kunna säkerställa patientansvaret.[193] Det finns däremot inget som hindrar att MAS också är verksamhetschef och då i den egenskapen ha ett sådant mandat. Detta är något som också förekommer i dag.

Det finns ingen rapporteringsskyldighet för MAS men däremot ett ansvar för att finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för rapportering enligt PSL. Det bör också vara MAS ansvar att påtala för den som ansvarar för verksamheten om patientsäkerheten i vården brister.[194] För att regleringen ska få avsedd effekt förväntas

[192] Prop. 1990/91:14, *Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.*, s. 68–70.
[193] Se 11 kap. 6 § HSL, 4 kap. 6 § HSF och prop. 1990/91:14, *Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade mm*, s. 52, 68–70.
[194] Jfr prop. 1990/91:14, *Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade mm*, s. 68 f. och prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 80 och Socialstyrelsen, *Meddelandeblad – Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering*, 2017.

den som är ansvarig för verksamheten då fatta alla de beslut som krävs för att fullgöra sitt ansvar som verksamhetschef enligt HSL.

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskans roll har förändrats

Av 4 kap. 6 § HSF framgår att MAS ska ansvara för att patienten får en säker och ändamålsenlig vård av god kvalitet, att journaler förs, att beslut om delegering är förenliga med patientsäkerheten samt att det finns ändamålsenliga och välfungerande rutiner för läkemedelshantering, rapportering enligt PSL och för kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal. Det är uppgifter som tydligt kopplar an till vårdgivarens ansvar för god och säker vård.

MAS-rollen kan kombineras med flera andra uppdrag. I vissa kommuner kan MAS även vara verksamhetschef, arbeta som klinisk sjuksköterska eller ha andra lämpliga arbetsuppgifter. Det förekommer även att MAS, tillsammans med andra medicinska kompetenser i kommunen, arbetar med kvalitetsutveckling och förbättringsarbete inom ramen för vårdgivarens ansvar att bedriva sådant strategiskt arbete i enlighet med 5 kap. 4 § HSL.

Det är inte reglerat vilken organisatorisk ställning MAS ska ha inom den kommunala primärvården. De författningsreglerade uppgifter som MAS har, liksom uttalanden i förarbeten i samband med att regelverket om verksamhetschef tillkom, talar för att avsikten är att MAS ska komplettera verksamhetschefer inom kommunens primärvård med medicinsk kompetens.[195]

I takt med ändrade förutsättningar och nya krav på den kommunala hälso- och sjukvården har dock rollen som medicinskt ansvarig sjuksköterska utvecklats åt olika håll i olika kommuner.

Flera MAS stödjer verksamhetschefen med implementering men inte alla. Enligt MAS/MAR-företrädare har flera MAS successivt flyttat allt längre bort från den löpande verksamheten. Deras uppgifter och roll påverkas delvis av kommunens storlek men också var kommunen har placerat verksamhetschefen enligt 4 kap. 2 § HSL.

I många fall har MAS fått en alltmer tillsynsliknande roll. I dessa fall är sannolikt också verksamhetsansvaret enligt HSL placerat långt bort från den praktiska verksamheten. MAS stödjer då främst den löpande verksamheten indirekt med medicinska riktlinjer som sedan

[195] Prop. 1995/96:176, *Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården*, s. 103.

får implementeras av mer verksamhetsnära chefer, vilka mer sällan har hälso- och sjukvårdskompetens. De verksamhetsnära chefer som inte är utbildade sjuksköterskor efterfrågar å ena sidan mer stöd med implementeringen av riktlinjer och patientsäkerhetsarbetet.[196] De chefer som själva är utbildade sjuksköterskor vet å andra sidan inte alltid vad de ska ha MAS till.

MAS lagreglerade uppgifter och ansvar är fortsatt relevant i den kommunala kontexten och bör i sig vara relativt tidskrävande. Omfattande utredningar med anledning av avvikelserapporter kan göra att MAS tvingas prioritera bort andra arbetsuppgifter. Enligt många MAS finns inte tillräckligt med tid för dem att arbeta med det mer strategiska arbetet för att stärka patientsäkerheten och förbättra vårdens kvalitet.

Vidare upplevs MAS roll och inflytande i förhållande till privata vårdgivare ibland som oklart. En del MAS arbetar även mot privata vårdgivare medan vissa privata aktörer har motsvarande funktioner anställda i den egna organisationen.

Implementeringen av regelverket om verksamhetschef och ansvarets placering bidrar i vissa fall till att det uppstår oklarhet om vilket ansvar MAS egentligen har för kommunens hälso- och sjukvårdsverksamhet i förhållande den som är verksamhetschef enligt 4 kap. 2 § HSL.

Var MAS och verksamhetschefen enligt HSL är placerad påverkar i vilken utsträckning MAS kan påverka strategiska frågor som rör hälso- och sjukvård. En del MAS samverkar med regionen på vårdgivarnivå för att lösa problem och brister i den löpande verksamheten. En del MAS har på senare tid involverats även i mer central samverkan på huvudmannanivå och deltar i upphandlingar och avtalsförhandlingar med regionen.

Sammantaget kan MAS uppgifter och roll se väldigt olika ut.

Ledningsnivåerna behöver förstärkas

Hälso- och sjukvården utgör en begränsad del av kommunernas samlade uppdrag, men ställer samtidigt stora krav på de som är ansvariga givet att det är ett så kunskapsintensivt område. Det kräver ständig hantering av patientsäkerhetsfrågor och vetenskapen utvecklas

[196] Dialoger med MAS nätverk och Vård- och omsorgsanalys, *Läget för ledarna. Förutsättningar för ledarskapsutveckling i kommunal vård och omsorg*, 2021, s. 61; Nestor, *För en god och jämlik hälso- och sjukvård på särskilt boende*, 2021, s. 22 och s. 33.

kontinuerligt. Hälso- och sjukvård är ett område som kräver särskilt legitimerade professioner såväl vid dess utförande som för att kunna fatta välgrundade strategiska beslut om hur och vad som krävs för att enskilda personer ska få tillgång till rätt medicinsk kompetens.

Vi kan konstatera att många kommuner inte har tillräcklig medicinsk kompetens på ledningsnivå när strategiska beslut fattas som huvudman och vårdgivare. Det står klart att patienter med kommunal primärvård inte får tillgång till alla hälso- och sjukvårdens kompetenser i tillräcklig utsträckning. Återkommande rapporter visar att bemanningen av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal liksom den medicinska kompetensen bland dessa är för låg, se avsnitt 8.3.

Primärvårdsuppdraget är i dag mer komplext än för 30 år sedan vid Ädelreformens genomförande. Uppdraget fullgörs i dag av interprofessionella team som behöver samverka runt patienten utifrån sina olika kompetensområden. En modern kommunal primärvård består därför inte bara av sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Trots detta är det inte ovanligt att det endast är dessa medicinska kompetenser som finns tillgängliga för patienter som kommunerna ansvarar för. Samtidigt som dessa kompetenser inte är tillgängliga i den utsträckning som de behövs. Med en begränsad bemanning av hälso- och sjukvårdspersonal blir det svårt att ägna tillräckligt mycket tid åt varje patient. Bristande kompetens och tid bidrar ofta till att framför allt förebyggande insatser prioriteras bort. Det bidrar även till omfattande delegering av hälso- och sjukvårdsinsatser till omsorgspersonal som ofta saknar tillräcklig medicinsk kompetens. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal hinner inte alltid med att handleda omsorgspersonalen eller följa upp sina ordinerade insatser. Det påverkar i sin tur vårdinsatsernas kvalitet. I förlängningen kan det leda till akutinläggningar som är undvikbara, förvärrade vårdbehov, uteblivna förbättringar eller undvikbara försämringar av hälsotillstånd hos berörda patienter, se avsnitt 8.3.3.

Detta indikerar sammantaget att många kommuner i egenskap av huvudman fattar beslut i frågor utan tillräcklig tillgång till medicinsk kompetens. Den medicinska kompetensen på övergripande strategisk nivå behöver därför förstärkas i många kommuner i dag.

Det står också klart att den medicinska kompetensen behöver förstärkas på vårdgivarnivå för att säkerställa att alla patienter får en god och säker vård i den löpande verksamheten. De brister som vi tidigare redovisat förekommer oavsett regi, se avsnitt 8.3. Det finns

numera ingen anledning att krav på medicinsk kompetens i ledningen inte ska gälla alla vårdgivare som verkar inom den kommunala primärvården. I detta sammanhang bör det noteras att begreppet ”medicinsk” kan förstås på olika sätt beroende på sammanhang. Såväl i detta betänkande som i lagstiftningen på hälso- och sjukvårdsområdet är begreppet inte knutet till en specifik profession utan till samtliga legitimerade kompetenser.[197] I detta betänkande talar vi därmed omväxlande om medicinsk kompetens och hälso- och sjukvårdskompetens.

Vi bedömer att nuvarande reglering för medicinsk kompetens i kommuner inte längre är ändamålsenlig. Det krävs en reglerad ledningsstruktur som tydligt stärker såväl huvudmanna- som vårdgivarnivån.

Vårt förslag innebär att nuvarande reglering om en medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommuner ersätts med en reglerad ledningsstruktur, som adresserar såväl huvudmannanivå som vårdgivarnivå.

På huvudmannanivå föreslår vi att en särskilt utpekad person ska vara ansvarig för ledningen av kommunens primärvård, i syfte att stärka kommunens förutsättningar att ta sitt ansvar som huvudman för hälso- och sjukvård. Det ska även finnas en tydlig samverkanspart inom regionen som kan säkerställa att regionen fullgör sitt huvudmannaansvar till berörda patienter och deltar i samverkan med kommunen (se vidare avsnitt 8.8.4 och 8.8.5).

Därutöver behöver alla vårdgivare inom kommunens primärvård säkerställa att det på ledningsnivå finns kompetens inom omvårdnad och rehabilitering. Det kan vårdgivaren göra på olika sätt (se avsnitt 8.8.2 och 8.8.3).

8.8.2 Stärkt medicinsk kompetens inom omvårdnad på vårdgivarnivå

Utredningens förslag: Det ska tydliggöras att verksamhetschefen i kommunens primärvård ansvarar för att en god och säker hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivs. För att tydliggöra vårdgivarens ansvar för detta ska en bestämmelse om det placeras i 4 kap. hälso- och sjukvårdslagen.

[197] Jfr t.ex. regleringen av vårdgarantin i primärvården, som reglerar tillgång till en *medicinsk* bedömning av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (av den profession som motsvarar behoven) eller definitionen av hälso- och sjukvård vilken talar om ”… åtgärder för att *medicinskt* förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, dels sjuktransporter”.

Om verksamhetschefen i kommunens primärvård inte har den kompetens och erfarenhet som krävs för att säkerställa en god och säker vård ska ledningsuppgifter som kräver sådan kompetens fullgöras av en kvalitetsansvarig för omvårdnad. Detta ska framgå av en ny bestämmelse i 4 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen.

Ledningsuppgifter inom omvårdnad ska fullgöras av en sjuksköterska. Det kan regleras genom en ändring i 4 kap. 6 § och en ny 6 a § hälso- och sjukvårdsförordningen.

Utredningens samlade bedömning

Som framgår av avsnitt 8.8.1 bör regleringen om medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, i dess nuvarande form ersättas med en reglerad ledningsstruktur för att stärka den medicinska kompetensen i kommuner. På vårdgivarnivå bör det förtydligas att verksamhetschefen enligt HSL inom den kommunala primärvården är ansvarig för att verksamheten bedriver en god och säker vård. För att kunna ta ett sådant ansvar i kommunens primärvård krävs framför allt bl.a. kompetens inom omvårdnad. Det har den som är sjuksköterska. Rollen som verksamhetschef enligt HSL innehas i den kommunala primärvården ofta av personer som saknar hälso- och sjukvårdsutbildning. Om den som är verksamhetschef enligt HSL inte har den utbildning och erfarenhet som krävs behöver en särskild befattningshavare utses att vara kvalitetsansvarig inom kompetensområdet omvårdnad. Kravet bör gälla alla vårdgivare inom kommunens primärvård,[198] dvs. även privata utförare. En sådan roll kan kombineras med såväl andra ledningsuppgifter som kliniska uppgifter utifrån den lokala kontexten.

Skälen för utredningens förslag

Nuvarande organisering av ledningen

Verksamhetschefen enligt HSL är en vårdgivarfunktion som har det samlade ledningsansvaret för ett visst verksamhetsområde. Verksamhetschefen enligt HSL är därmed den högsta ansvariga chefen hos en vårdgivare och ska fullgöra vårdgivarens ansvar för att verk-

[198] Bestämmelsen träffar alltså inte den regionala primärvården, utan enbart den kommunala.

samheten bedriver en god och säker vård.[199] Av 4 kap. 1 § HSF framgår att det i verksamhetschefsansvaret ingår att säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. En verksamhetschef ska bl.a. ansvara för den löpande verksamheten och upprätthålla och bevaka att hälso- och sjukvårdsverksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet av vården och främjar kostnadseffektivitet inom det verksamhetsområde som bestämts.[200] I det ansvaret ingår att bestämma i frågor som rör bemanning, kompetensutveckling av personalen och deras arbetssätt och samarbetsformer. Det kräver därför att verksamhetschefen enligt HSL har tillräckliga mandat att besluta om frågor om personalens bemanning och kompetens. Det krävs också en organisatorisk placering och medicinsk kompetens som innebär att verksamhetschefen faktiskt kan fullgöra de uppgifter som den ansvarar för enligt HSL.

När regelverket om en ansvarig chef för hälso- och sjukvårdsverksamhet infördes var syftet att säkerställa en tydlig ansvarsfördelning i ledningen för att underlätta en effektiv kontroll och tillsyn av verksamheten. En tydlig ledningsfunktion krävs också för att patienter, anhöriga och andra närstående samt personal ska veta vart de kan vända sig med frågor kring verksamheten. En anmälan om vem som är ansvarig för verksamheten skulle därför ske till tillsynsmyndigheten.[201]

Med något enstaka undantag finns inga krav på att den chef som är ansvarig för hälso- och sjukvårdsverksamhet ska ha medicinsk kompetens.[202] Det är inte ovanligt att den som är utsedd till verksamhetschef enligt HSL där det bedrivs kommunal hälso- och sjukvårdsverksamhet saknar sådan kompetens. Oavsett kompetens har verksamhetschefen det ansvar som anges i 4 kap. 2 § HSL. När regelverket infördes har sannolikt regionens hälso- och sjukvårdsverksamhet varit utgångspunkt. Då hälso- och sjukvård utgör regionens huvuduppgift finns i princip medicinsk kompetens hos ledningen. Det finns därför inte samma behov av en uttrycklig reglering om medicinsk kompetens för att fullgöra detta ansvar i regionens hälso- och sjukvård. I kommunerna utgör hälso- och sjukvården däremot en mer begränsad del av kommunernas samlade ansvarsområden. Därmed är det inte lika självklart att det finns

[199] 4 kap. 2 § HSL.
[200] Se prop. 1995/96:176, *Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården*, s. 56 och 4 kap. 1 § HSF.
[201] Se prop. 1995/96:176, *Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården*, s. 56 f.
[202] Jfr 4 kap. 3 § HSL.

medicinsk kompetens på ledningsnivå. I stället finns regleringen om medicinskt ansvarig sjuksköterska i verksamheten.

Ansvarsfördelningen mellan verksamhetschefen och MAS upplevs ibland som otydlig

Implementeringen av regelverket om verksamhetschefen enligt HSL i den kommunala primärvården har på vissa håll skapat en otydlig ansvarsfördelning mellan den chefen och MAS. En del verksamhetschefer har felaktigt uppfattat att de genom regelverket om MAS har fråntagits det övergripande ansvaret för att verksamheten bedriver en god och säker vård. Samtidigt har MAS inget lagreglerat mandat att påverka bemanning och kompetenskrav på personalen.

Om samverkan inte fungerar mellan verksamhetschefen och MAS är risken uppenbar att ingen kan säkerställa att verksamheten har de förutsättningar som krävs för att bedriva en god och säker vård. Den risken realiseras på många platser i dag, se avsnitt 8.3. I vissa fall hålls MAS felaktigt ansvarig för sådana brister.

MAS-företrädare efterfrågar därför mer mandat för att kunna ta ett större ansvar. Andra efterfrågar i stället krav på att verksamhetschefen enligt HSL har medicinsk kompetens.

Vi kan konstatera att verksamhetschefsansvaret enligt HSL är placerat på olika nivåer i olika kommuner. Det kan vara naturligt med hänsyn till att kommunernas storlek och organisation skiljer sig åt. Av förarbeten framgår att verksamhetschefen alltid ska ha det samlade ansvaret för verksamheten.[203] Det framgår också att om MAS inte är verksamhetschef så kommer MAS därmed vara underställd verksamhetschefen enligt HSL.[204] Beroende på var verksamhetsansvaret är placerat kan detta bidra till en ökad otydlighet om ansvarsfördelningen mellan MAS och verksamhetschefen enligt HSL.

En del kommuner har delegerat verksamhetsansvaret enligt HSL till den enhetschef som står allra närmast hälso- och sjukvårdspersonalen. Dessa har inte alltid ett medföljande mandat att fatta nödvändiga beslut för att fullgöra verksamhetsansvaret enligt HSL. Dessa chefer har därmed inte fått ett sådant verksamhetsansvar som avses i HSL. Andra kommuner har i stället placerat verksamhetsansvaret högt upp i kommunen, ibland t.o.m. hos chefen för ansvarig

[203] Se prop. 1995/96:176, *Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården*, s. 57.
[204] Se prop. 1995/96:176, *Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården*, s. 104.

förvaltning. Ansvaret kan också vara placerat hos en avdelningschef under den förvaltning i kommunen som ansvarar för hälso- och sjukvård. Om dessa chefer är placerade för långt ifrån den löpande verksamheten bör det i praktiken bli ett tandlöst verksamhetsansvar enligt HSL. Dessa har sällan den insyn i den löpande verksamheten som krävs för att fullgöra detta uppdrag.

Verksamhetschefens ansvar för en god och säker vård bör förtydligas

Under vårt utredningsarbete har synpunkter framförts från flera håll om att nuvarande reglering av en MAS och en verksamhetschef enligt HSL inte är ändamålsenlig och att en av dessa roller bör tas bort.

Regelverket om verksamhetschef gäller all hälso- och sjukvård. Vi ser att implementeringen av regelverket spretar inom den kommunala primärvården. Det finns en motsättning i att verksamhetsansvaret enligt HSL ska vara placerat nära den löpande verksamheten, samtidigt som den chefen behöver ha mandat att påverka resurser på ett sätt som närmsta chef inte alltid har i kommunen.

Att ta bort regleringen om krav på verksamhetschef, enbart för kommunal primärvård, är inte aktuellt enligt vår mening. Det behöver vara tydligt även i kommunen vem som är ansvarig för verksamheten på det sätt som avsetts enligt förarbeten till regelverket om verksamhetschef, se ovan. Däremot anser vi att det är självklart att ledning och styrning av hälso- och sjukvårdsverksamhet även i kommunens primärvård kräver tillgång till medicinsk kompetens. Det kan finnas olika lösningar för en verksamhetschef enligt HSL att säkerställa den kompetensen i den kommunala primärvården. Vi bedömer att det inte är regelverket i sig som brister utan hur det har implementerats i kommuner. Det är dock uppenbart att ledningsansvaret på vårdgivarnivå i den kommunala primärvården behöver förtydligas och den medicinska kompetensen förstärkas.

Vi föreslår därför att ledningsansvaret enligt HSL regleras tydligare för samtliga vårdgivare inom den kommunala primärvården. Det kan göras på olika sätt.

Ett sätt är att kräva att den som är verksamhetschef enligt HSL inom kommunens primärvård har den medicinska kompetens som krävs för att fullgöra ett sådant ansvar.

Det är samtidigt viktigt att det finns utrymme att beakta även andra kompetenser än medicinska, inte minst personlig lämplighet och ledaregenskaper, när verksamhetens chef utses. Vi bedömer därför att det inte är mest ändamålsenligt att ersätta nuvarande regelverk om MAS med krav på medicinsk kompetens hos den som är verksamhetschef inom kommunens primärvård enligt HSL.

Ett annat sätt är att tydliggöra att verksamhetschefen för kommunens primärvård ansvarar för att kvaliteten i verksamheten motsvarar kraven på en god och säker vård. Om en verksamhetschef, inte har tillräcklig kompetens eller erfarenhet för att fullgöra det ansvaret, bör den utse en särskild befattningshavare som kan fullgöra vissa ledningsuppgifter. Det kan lämnas till verksamhetschefen att avgöra detta i enlighet med nuvarande regelverk i HSF eller reglera detta särskilt.

Med hänsyn till den kommunala kontexten och att kompetensen brister på ledningsnivå hos många vårdgivare i kommunens primärvård, föreslår vi att detta ska regleras uttryckligen. Det ska framgå av HSL att en verksamhetschef inom kommunens primärvård som inte har den kompetens och erfarenhet som krävs för att säkerställa en god och säker vård ska utse en särskild befattningshavare för vissa ledningsuppgifter.

För att kunna säkerställa den medicinska kvaliteten behöver man bl.a. se till att egna och andra aktörers råd, riktlinjer, rekommendationer och anvisningar förankras och efterlevs i verksamheten.[205] Det ankommer med vårt på förslag på verksamhetschefen eller den som denne utser att fullgöra detta. För att kunna göra det krävs kompetens inom omvårdnad. Det har den som är sjuksköterska. Ett sådant kompetenskrav bör framgå av HSF.

Många verksamhetschefer, även de som är sjuksköterskor, kan behöva avlastning för att kunna fullgöra ett sådant medicinskt ledningsansvar. Till exempel för att hålla sig och personalen à jour med ny kunskapsutveckling genomföra den löpande uppföljning av patientsäkerheten som krävs enligt PSL m.m. Eftersom många verksamhetschefer inom den kommunala primärvården ofta ansvarar för stora personalgrupper kan det av den anledningen vara nödvändigt att ge andra befattningshavare i uppgift att fullgöra vissa ledningsuppgifter.[206]

[205] Se SOU 2020:36, *Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter*, s. 315 f.
[206] Jfr prop. 1990/91:14, *Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.*, s. 69.

Om en verksamhetschef är sjuksköterska kan det däremot vara rimligt att den själv får avgöra om den av det skälet behöver delegera uppgifter till någon annan. Det bör därför vara upp till verksamhetschefen själv att i dessa fall avgöra hur uppgifterna ska fullgöras.

Det har i våra dialoger funnits olika uppfattning om hur en sådan funktion bör benämnas. En del anser att ett medicinskt ledningsansvar inte passar den kommunala kontexten, samt att kopplingen till sjuksköterskans primära kompetensområde, omvårdnad, bör framgå. Vi föreslår därför att funktionen benämns kvalitetsansvarig för omvårdnad. På så sätt blir det också tydligt att det inte är exakt samma roll som nuvarande MAS.

Uppgifter för kvalitetsansvariga bör regleras i förordning

Då verksamhetschefer inom kommunens primärvård sällan har den hälso- och sjukvårdskompetens som krävs finns skäl att klargöra vilka uppgifter som förväntas fullgöras av den som är medicinskt ledningsansvarig. De författningsreglerade uppgifter som MAS har i dag klargör på en mer detaljerad nivå vad som krävs för att säkerställa att verksamheten bedriver en god och säker vård i kommunens primärvård. Vi bedömer att nuvarande reglering mycket väl motsvarar de uppgifter som behöver utföras på vårdgivarnivå av den som är kvalitetsansvarig, oavsett om det är verksamhetschefen själv eller en särskild befattningshavare som denne utser.

För att tydliggöra att verksamhetschefen alltid bär det övergripande ansvaret föreslår vi att nuvarande reglering i 4 kap. 6 § HSF anpassas så att den anger vilka uppgifter som en verksamhetschef inom kommunens primärvård ska ansvara för.

Om verksamhetschefen inte utser en särskild befattningshavare kommer den själv vara ansvarig för att fullgöra dessa uppgifter.

I dessa ledningsuppgifter ingår bl.a. att på strategisk nivå löpande följa upp att patienter får tillgång till de hälso- och sjukvårdskompetenser och vårdinsatser de behöver, att de som utför vårdinsatser har den kompetens som krävs, att läkemedelshanteringen faktiskt fungerar på ett säkert sätt, att patienter får träffa läkare vid behov. För att fullgöra dessa uppgifter behöver man vara sjuksköterska. Eftersom det enligt vårt förslag på ny benämning inte framgår av titeln på rollen

behöver det framgå på annat sätt. Det kan framgå av förordning. Vi föreslår att det regleras i en egen bestämmelse i HSF.

Verksamhetschefen behöver även kompetens inom förebyggande, rehabilitering och hjälpmedelsområdet, se vårt förslag i avsnitt 8.8.3.

Vad innebär ett kvalitetsansvar för den som inte också är verksamhetschef?

Med ett kvalitetsansvar följer i sig inte mandat att fatta beslut med mer påtagliga ekonomiska implikationer utan verksamhetschefens medverkan. Om den som fullgör dessa ledningsuppgifter upptäcker strukturella brister i verksamheten bör i första hand verksamhetschefen, som har mandat att påverka detta, informeras. Om den kvalitetsansvarige inte får gehör hos verksamhetschefen för sina påpekanden eller brister upptäcks, bör ledningen hos vårdgivaren (den juridiska personen) uppmärksammas på det. Om en vårdgivare saknar strukturella förutsättningar för att bedriva en god och säker vård kan bristerna lyftas inom ramen för regelverken för Lex Maria. Brister i fråga om kommunalt finansierad verksamhet kan lyftas direkt till den som är ansvarig för ledningen av kommunens primärvård på huvudmannanivå, se vårt förslag i avsnitt 8.8.4.

8.8.3 Stärkt medicinsk kompetens inom rehabilitering på vårdgivarnivå

Utredningens förslag: Om verksamhetschefen inte har tillräcklig kompetens och erfarenhet inom rehabilitering och hjälpmedel ska ledningsuppgifter som kräver sådan kompetens fullgöras av en kvalitetsansvarig för rehabilitering. Detta ska framgå av en ny bestämmelse i 4 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen.

Ledningsuppgifter inom rehabilitering ska fullgöras av en fysioterapeut eller arbetsterapeut. Det kan regleras genom en ändring i 4 kap. 6 § och en ny 6 a § hälso- och sjukvårdsförordningen.

Utredningens samlade bedömning

Kompetens inom rehabilitering och hjälpmedelsområdet behöver finnas tillgänglig på ledningsnivå hos samtliga vårdgivare i samtliga kommuner för att säkerställa en god och säker vård på lika villkor.

Som redovisats i avsnitt 8.8.2 bör det förtydligas att verksamhetschefen enligt HSL är ansvarig för att verksamheten bedriver en god och säker vård. För att kunna ta ett sådant ansvar inom kommunens primärvård krävs även kompetens inom rehabilitering och hjälpmedelsområdet. Det har den som är fysioterapeut eller arbetsterapeut. Om verksamhetschefen inte har den utbildning och erfarenhet som krävs behöver hen utse en särskild befattningshavare som är kvalitetsansvarig inom kompetensområdet rehabilitering. Det bör regleras på motsvarande sätt som vi föreslår i avsnitt 8.8.2. Kravet bör gälla alla vårdgivare inom kommunens primärvård, dvs. även privata utförare. En sådan roll kan kombineras med såväl andra ledningsuppgifter som kliniska uppgifter utifrån den lokala kontexten.

Skälen för utredningens förslag

Nuvarande ordning

I kommunens primärvårdsansvar ingår förebyggande, rehabiliterande arbete samt ansvar för att erbjuda hjälpmedel. Kommunen står i dag för en stor del av hjälpmedelsförskrivningen och anpassningar av hemmiljön.

Som redovisats i avsnitt 8.3.2 är det vanligt att fysioterapeuter och arbetsterapeuter är anställda av kommunen, men det förekommer även att privata vårdgivare anlitas. I dag är det frivilligt för kommuner att anställa en medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR. För närvarande finns 106 stycken MAR i landet, varav flera finns i samma kommun. År 2020 hade endast 93 av 290 kommuner en anställd MAR.[207]

I de kommuner som saknar en sådan funktion, får medicinsk ansvarig sjuksköterska, MAS, enligt nuvarande regelverk ta ansvar för medicinska frågor inom samtliga kompetensområden. MAS ansvarsområde är brett och sträcker sig över en mängd kunskapsområden såsom demens, nutrition, patientens allmänna hälsotillstånd m.m.

[207] Enkätundersökning genomförd 2021 av fysioterapeuterna och arbetsterapeuternas förbund.

Kompetensområdet för rehabilitering och hjälpmedel är också såväl brett som komplext. Det är fråga om ett annat kompetensområde än det som omfattas av sjuksköterskeutbildningen. Vår utredning visar att MAS generellt inte har den tid eller kompetens om rehabilitering och hjälpmedelsfrågor som krävs för att höja kompetensen inom dessa områden i kommunens primärvård.

Kompetensen inom rehabilitering och hjälpmedel behöver stärkas i alla kommuner

Det finns ett omfattande behov av rehabilitering med anledning av vanligt förekommande sjukdomar bland bl.a. äldre personer, såsom cancer och stroke. För att ett hälsofrämjande arbetssätt med förebyggande och rehabiliterande insatser ska bli naturligt i den sociala omsorgen behövs kunskapsöverföring. För att kunna bedriva en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård krävs specifik kompetens om rehabiliterande insatser och kunskap om vilka hjälpmedel som finns och hur de ska användas.

För att nå målen för både äldreomsorgen och hälso- och sjukvården krävs mer rehabiliterande insatser särskilt för äldre personer. Hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser som bidrar till att återfå och bibehålla förmågor innebär att behovet av medicinska och sociala insatser minskar eller kan skjutas upp, vilket i sig är kostnadsbesparande. För att möta framtida utmaningar behöver takten i förbättringsarbetet öka.

Att det hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande arbetet brukar prioriteras ner när ekonomin dras åt är ett tecken på att kunskapen om sambandet mellan tidiga förebyggande och rehabiliterande insatser till sköra personer och behovet av social omsorg brister på ledningsnivå, såväl om vikten för individen för ökad livskvalitet och ett självständigt liv som den samhällsekonomiska vinsten av sådant arbete.[208]

Det bedrivs omfattande forskning på området som behöver följas, nationella riktlinjer behöver implementeras och följas upp, insatser utvärderas m.m. Många MAS upplever att de tidsmässigt har

[208] Se bl.a. Fysioterapeuternas och arbetsterapeuternas förbund, *Vardagsrehabilitering – en kunskapsöversikt*, 2015 och Fysioterapeuternas och arbetsterapeuternas förbund, *Ättestupan eller folkhälsomål*, 2011.

svårt att hinna med eller inte har rätt kompetens för att sätta sig in i komplexa frågor om t.ex. hjälpmedel.

Såväl fysioterapeuterna som arbetsterapeuterna och patientföreningar har i våra dialoger pekat på att tillgången till rehabilitering varierar stort mellan kommuner och att tillgången till evidensbaserad rehabilitering inte är jämlik i landet.[209] Det saknas kompetens hos personalen och på ledningsnivå, liksom en tydlig koppling till forskning.

Det finns en utbredd uppfattning att alla kommuner, oavsett storlek, har behov av ökad kompetens för att kunna arbeta med hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser på det sätt som krävs för att möta nuvarande och kommande vårdbehov.

Vårt utredningsarbete visar att det finns en bred samsyn om att det behövs en medicinskt ansvarig för rehabilitering och hjälpmedel i alla kommuner. Någon som kan komplettera MAS inom det kompetensområdet för att säkerställa att patienter får en god och säker vård på lika villkor. Det har bl.a. lyfts av socialchefer, professionsföreträdare, pensionärs- och patientorganisationer samt MAS/MAR-företrädare. Det råder samtidigt likvärdiga brister och otydlighet kopplat till MAR:s ansvarsområden som vi redogjort för när det gäller MAS, se avsnitt 8.8.2.

Hur bör kompetensen förstärkas?

Behovet av en medicinskt ansvarig för rehabilitering har berörts av tidigare utredningar. Hjälpmedelsutredningen ansåg att en MAR kan bidra till nödvändig kompetenshöjning på området och bidra till en säkrare och mer ändamålsenlig rehabilitering. Hjälpmedelsutredningen bedömde att funktionen är särskilt betydelsefull vid utskrivning från sluten vård.[210]

Hjälpmedelsutredningen ansåg vidare att en MAR kan främja samverkan, stärka patientsäkerhetsarbetet inom sitt område och över tid bidra med att höja kompetensen hos övrig personal inom rehabilitering och hjälpmedel.[211] Detta bekräftas av Vård- och omsorgsanalys

[209] Neuro, *Neurorapporten 2021*, *Ojämlik tillgång till rehabilitering*, 2021, 2021.
[210] SOU 2017:43, *På lika villkor! Delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen*, s. 458.
[211] Jfr SOU 2017:43, *På lika villkor! Delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen*, s. 27.

som menar att rehabiliteringsaktörer generellt behöver involveras mer i samverkan för att utskrivningsprocessen från sluten vård ska fungera. Sådan samverkan är viktig för att bedömning och planering av hemgång ska fungera väl och baseras på en helhetsbild av patientens behov. Det är också viktigt för att förebygga (åter)inskrivningar och skapa trygghet och säkerhet för patienter och brukare.[212]

Det har nu gått fem år sedan Hjälpmedelsutredningen avstod från att föreslå ett krav på en MAR i alla kommuner. Den utredningen hänvisade då till det kommunala självstyret och bedömde att önskad effekt ur kompetens- och patientsäkerhetssynpunkt kan uppnås på ett mindre ingripande sätt. I stället föreslog den utredningen en bestämmelse om att kommunen särskilt skulle beakta behovet av fysioterapeuter och arbetsterapeuter vid sin planering.[213] Förslaget har ännu inte lett till någon lagändring.

Därefter har även Utredningen Sammanhållen kunskapsstyrning bedömt att en MAR kan bidra till att säkerställa hälso- och sjukvårdskompetensen inom sitt kompetensområde på ledningsnivå. Då den utredningen saknade möjlighet att utifrån sina direktiv belysa frågan ur ett bredare perspektiv utreddes den inte vidare.[214]

Trots att det finns en utbredd samsyn om behovet av en MAR är det fortsatt mindre än hälften av kommunerna som har inrättat en sådan funktion. För att avgöra vilka åtgärder, förstärkningar och förbättringar som behövs på området krävs dock tillgång till nödvändig medicinsk kompetens på vårdgivarnivå. Det är också tydligt att kunskapsområdet behöver förstärkas även hos personalen.

Vi bedömer att fysioterapeuter och arbetsterapeuter kan skapa förutsättningar för en bättre intern samverkan i kommunerna mellan sociala insatser och medicinska insatser. De kan vara en brygga mellan olika kompetenser i verksamheten. Det behöver därför finnas någon med sådan kompetens som kan ta fram rutiner för hälsofrämjande arbetssätt och implementera forskning om förebyggande och rehabiliterande insatser på liknande sätt som inom omvårdnad. I dag finns även oundvikliga och svåra gränssnitt mellan primärvården och specialiserad vård som kräver ett nära samarbete med

[212] Vård- och omsorgsanalys, *Laga efter läge. Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården*, 2020, s. 154–155.
[213] Se SOU 2017:43, *På lika villkor! Delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen*, s. 458.
[214] Se SOU 2020:36, *Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter*, s. 316.

regionen för att vårdkedjor ska samordnas på ett effektivt sätt och skapa god kontinuitet för patienten. Det finns även behov av att ta fram välfungerande rutiner för detta tillsammans med regionen.

Vi anser att det på motsvarande sätt som redogörs för i avsnitt 8.8.2 behöver förtydligas att verksamhetschefen bär det övergripande ansvaret för en god och säker vård även inom rehabilitering och hjälpmedel. Verksamhetschefen behöver relevant medicinsk kompetens för att kunna bedöma behov av bemanning, organisering, arbetssätt och kunskapsstyrning. Det är en förutsättning för att leva upp till vårdgivaransvaret.

För att säkerställa att verksamheten är god och säker även inom rehabilitering och hjälpmedel behöver verksamhetschefens ansvar för detta förtydligas i HSL på motsvarande sätt som vi föreslår inom omvårdnad i avsnitt 8.8.2.

För att kunna ta ett kvalitetsansvar inom rehabilitering och hjälpmedel krävs att man är utbildad fysioterapeut eller arbetsterapeut. Om verksamhetschefen inte har den utbildning och kompetens som krävs ska hen utse en särskild befattningshavare som ska fullgöra ledningsuppgifter inom kompetensområdet på verksamhetschefens uppdrag. Funktionen motsvarar i princip det ansvar som MAR har i dag. Vi föreslår att den funktionen benämns på ett snarlikt sätt som motsvarande funktion inom omvårdnad och föreslår därför att den benämns kvalitetsansvarig för rehabilitering. De nya funktionerna kan regleras i samma bestämmelse i HSF.

Vi föreslår även en ny ledningsansvarig för kommunens primärvård som ska säkerställa kommunens ansvar som huvudman, se avsnitt 8.8.4.

Vissa uppgifter inom området rehabilitering och hjälpmedel bör regleras

Den som är kvalitetsansvarig för rehabilitering kommer i viss mån behöva fullgöra andra men likvärdiga uppgifter som den som är kvalitetsansvarig för omvårdnad. Det motsvarar däremot de uppgifter som en MAR fullgör i dag. Ingen av dessa kvalitetsansvariga kan ersätta den andre, utan de kompletterar varandra inom respektive kompetensområde. Vår uppfattning är att det är så MAS och MAR arbetar i dag.

Nuvarande reglering av en MAR:s uppgifter tar utgångspunkt i medicinskt ansvarig sjuksköterskas uppgifter.[215] I kombination med att vissa verksamhetschefer felaktigt uppfattar att de inte längre bär ansvar för dessa uppgifter har nuvarande reglering enligt MAS/MAR-företrädare bidragit till en osäkerhet om vad MAR ansvarar för. När vi nu föreslår att strukturen i författning ändras och att det klargörs att verksamhetschefen bär ansvar för att dessa uppgifter fullgörs bör regleringen kompletteras något för att anpassas till vad en fysioterapeut eller arbetsterapeut kan ta ansvar för.

Eftersom vi föreslår att regleringen ska ta utgångspunkt i verksamhetschefens ansvar anser vi att det inte finns skäl att dela upp regleringen i olika bestämmelser. Det skulle innebära att onödiga upprepningar behöver göras i författningen.

Den verksamhetschef som behöver utse en särskild befattningshavare inom omvårdnad eller rehabilitering kommer behöva ge denne tydliga direktiv. I det ingår att klargöra vilka uppgifter som befattningshavaren ska ansvara för att fullgöra. Vi anser därför att uppgifterna som ingår i kvalitetsansvaret för rehabilitering kan regleras i samma bestämmelse i HSF som för omvårdnad. Däremot behöver nuvarande reglering anpassas till vad en kvalitetsansvarig för rehabilitering kan ta ansvar för utifrån vilken profession som krävs för att fullgöra detta ansvar.

En fysioterapeut och arbetsterapeut får t.ex. normalt inte ordinationer från en läkare i primärvården utan arbetar i hög grad utifrån egna bedömningar. En kvalitetsansvarig för rehabilitering kommer inte arbeta med läkemedelsfrågor utan med andra frågor. Den funktionen bör i stället få uppdrag att t.ex. ta fram rutiner om rehabilitering samt förskrivning och användning av hjälpmedel. I hjälpmedel inkluderas här sådana medicintekniska produkter som förskrivs av hälso- och sjukvårdspersonal, även om dessa ibland också kan rikta sig till den vanliga konsumentmarknaden.[216] Vi föreslår att dessa uppgifter förtydligas i författningsregleringen.

På motsvarande sätt som i dag finns inget som hindrar att den befattningshavare som fullgör uppgifterna också har andra arbetsuppgifter, t.ex. arbetar kliniskt i verksamheten eller har en arbetsledande roll.

[215] Av 4 kap. 6 § HSF framgår att en medicinskt ansvarig för rehabilitering i tillämpliga delar kan fullgöra de författningsreglerade arbetsuppgifter som en medicinskt ansvarig sjuksköterska har.
[216] Se lagen (1993:584) om medicintekniska produkter.

En verksamhetschef kan i fråga om andra ledningsuppgifter ge samma eller annan befattningshavare i uppdrag att fullgöra dessa i enlighet med 4 kap. 5 § HSF.

8.8.4 Stärkt medicinsk kompetens på huvudmannanivå

Utredningens förslag: Det ska införas krav på en ledningsansvarig för primärvården i alla kommuner. Syftet är att säkerställa kommunens ansvar som huvudman för primärvård. Detta ska regleras genom en ändring av 11 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen.

Den ledningsansvariges kompetens och uppgifter kan regleras i nya bestämmelser, 4 kap. 6 b–c §§ hälso- och sjukvårdsförordningen.

Den ledningsansvarige ska vara sjuksköterska eller läkare. Denne ska ha specialistkompetens.

Den ledningsansvarige ska ha i uppgift att leda planering, samordning och uppföljning av kommunens primärvård.

Utredningens samlade bedömning

Vår samlade bedömning är att en av de grundläggande orsakerna till bristerna i den kommunala primärvården är att den medicinska kompetensen inte är tillräckligt hög på central ledningsnivå, dvs. på huvudmannanivå. Nödvändig kunskap har därmed inte kunnat beaktas inför strategiska beslut som påverkar rätten till en jämlik, god och säker vård.

Det råder en bred enighet i våra dialoger om att hälso- och sjukvårdskompetensen behöver förstärkas på ett mer strukturerat sätt även på en högre ledningsnivå än vad MAS och MAR i dag har möjlighet att åstadkomma inom ramen för sina författningsreglerade uppdrag.

Vi anser att det behövs någon som är ansvarig för ledningen av kommunens primärvård på huvudmannanivå i alla kommuner. Den personen bör ha i uppgift att leda det strategiska arbetet med att planera, organisera och utveckla kommunens primärvård samt att samordna den med socialtjänsten och regionens hälso- och sjukvård. För att kunna göra detta krävs hög medicinsk kompetens, gedigen

erfarenhet samt goda kunskaper om hälso- och sjukvårdens strukturer. Den ledningsansvarige behöver därför enligt vår mening vara sjuksköterska eller läkare. Av samma skäl krävs också att denne är specialistutbildad, helst inom ett område som är särskilt relevant för berörda patientgrupper.

Dess uppgifter bör regleras i författning. Den närmare utformningen av uppdraget kan däremot anpassas till den lokala kontexten. Det finns inte heller något hinder för t.ex. mindre kommuner att dela på en tjänst som ledningsansvarig. I större kommuner kan den som är ledningsansvarig behöva kompletteras med en underställd organisation. Det ska däremot alltid finnas en person som har det samlade övergripande ansvaret för att leda utformningen och utvecklingen av kommunens primärvård.

Skälen för utredningens förslag

Nuvarande ordning

Som vi redogjort för i avsnitt 8.8.1 finns behov att tydligare skilja på huvudmannens respektive vårdgivarens ansvar.

Som vi har redogjort för i avsnitt 8.8.2 var uppdelningen mellan dessa två ledningsnivåer inte så tydlig när bestämmelserna om medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) infördes. MAS författningsreglerade uppgifter har främst en tydlig koppling till vårdgivarens ansvar för att verksamheten bedriver en god och säker vård. Vårdgivarens och huvudmannens uppföljning av vården är i princip olika sidor av samma mynt. Den delen av nuvarande MAS och MAR uppdrag rymmer därför ansvar som båda dessa ledningsnivåer har. Det går däremot inte ur de reglerade uppgifterna eller förarbetsuttalanden härleda att dessa funktioner ska vara delaktig i övergripande strategiska beslut som rör hälso- och sjukvård i kommunen, i central samverkan med regionen eller upphandling av privata vårdgivare.

Den utveckling som skett efter Ädelreformen har föranlett att en del MAS, men inte alla, har fått ytterligare sådana uppgifter. Som vi redogjort för tidigare varierar MAS uppgifter, roll och organisatoriska placering stort mellan kommuner. I vissa kommuner med flera MAS har det utvecklats en ordning med en överordnad MAS, som fullgör andra uppgifter än de som är särskilt reglerade.

Vår utredning visar att det finns undantag, men i de flesta kommuner är inte MAS och MAR delaktiga i centrala avtalsförhandlingar med regionen om läkarinsatser eller annan regional samverkan. Ungefär hälften av MAS och MAR ingår som sakkunnig i en ledningsfunktion på någon nivå, är involverade i det strategiska förbättringsarbetet i kommunen och deltar i upphandlingar och avtalsförhandlingar på lokal nivå med regionen.[217] Av våra dialoger framgår att MAS och MAR sällan har en så central placering och roll i kommunen att funktionen ingår i ledningsgrupper och kan bidra med medicinsk kompetens i övergripande strategiska frågor som påverkar kommunens primärvård. Detta får stöd av de enkätundersökningar som Riksföreningen MAS/MAR har gjort.[218]

I vissa större kommuner som har flera MAS och MAR samt ytterligare hälso- och sjukvårdsfunktioner har man under pandemin saknat en tydligt samordnande funktion som kan säkerställa den övergripande medicinska kompetensen i kommunen.[219]

Som huvudman är kommunen skyldig att följa upp att den kommunala primärvården som bedrivs i egen eller annans regi uppfyller kraven på god och säker vård. Uppföljningen av kommunens primärvård sker huvudsakligen i samband med att nämnden får del av slutsatserna från de patientsäkerhetsberättelser som MAS och i förekommande fall MAR presenterar. Utöver patientsäkerhetsberättelserna förefaller det dock ofta saknas en mer strukturerad uppföljning av patienternas vårdbehov och samverkan med regionen kring den gemensamma primärvården. Många MAS:ar upplever samtidigt att de har svårt att få gehör för prioriteringar och svåra utmaningar inom hälso- och sjukvården på central nivå.

Den medicinska kompetensen behöver stärkas på huvudmannanivå

I våra dialoger finns en bred samsyn om att det sällan finns adekvat hälso- och sjukvårdskompetens på högsta ledningsnivå för att kunna bedöma behov och allvar i olika situationer som påverkar hälso- och sjukvården. Det har ibland lett till att kommunen fattar organisatoriska och strategiska beslut utan att ha tillräcklig förståelse för

[217] SKR, Enkätundersökning bland landets MAS/MAR, 2020.
[218] Riksföreningen *MAS/MAR, enkätundersökningen*, mars 2022.
[219] Jfr Governo, *Fördjupad analys av äldreomsorg, Utvärdering av Stockholms stads hantering av covid-19-pandemin*, 2021.

vilka konsekvenser det får för patientsäkerheten eller möjligheten att upprätthålla en god vård.

Otillräcklig hälso- och sjukvårdskompetens i ledningen medför risk för att komplexa frågor i den kommunala hälso- och sjukvården inte får det utrymme, den analys och den förståelse som skulle behövas för att kommunen ska kunna arbeta strategiskt med sitt hälso- och sjukvårdsansvar. Beslutsunderlag i hälso- och sjukvårdsrelaterade frågor blir då inte optimala.[220] För en strategisk planering av bemanning och annan kompensförsörjning behövs bred kompetens på området.[221]

Felaktigt ställda krav på egen och annans verksamhet har enligt vår mening bidragit till att kompetensnivå och bemanning av sjuksköterskor, men även andra legitimerade professioner, ofta är för låg. Likaså bemanning och medicinsk kompetens hos omsorgspersonal. I våra dialoger har framkommit exempel på att kommunens sjuksköterskor inte har möjlighet att prioritera äldre personer på särskilt boende då allt mer tid måste ägnas åt specialiserad hälso- och sjukvård i hemmet. Detta har bidragit till att tillgången till sjuksköterskor på primärvårdsnivå har minskat för den grupp som omfattas av kommunens primärvårdsansvar. Kommunen kan under sådana förhållanden inte som huvudman ta ansvar för att verksamheten bedriver en god och säker vård.

Avsaknad av hälso- och sjukvårdskompetens på central nivå i kommunen kan också medföra att beslut inte fattas. Det blev tydligt i början av coronapandemin då t.ex. myndigheters råd och rekommendationer inte kompletterades med mer detaljerade riktlinjer anpassade till kommunens primärvård, vilket hade kunnat bidra till en mer proaktiv hantering av pandemin.[222]

Privata vårdgivare som är aktiva i flera kommuner noterar även att patienternas tillgång till andra hälso- och sjukvårdskompetenser utöver sjuksköterska, fysioterapeuter och arbetsterapeuter skiljer sig åt mellan kommuner på ett sätt som innebär att tillgången till hälso- och sjukvård inte är jämlik i landet.

Under pandemin har det blivit tydligt att många kommuner inte har efterfrågat tillräcklig tillgång till läkare eller säkerställt tillgång

[220] Se SOU 2020:36, *Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter*, s. 309.
[221] Se SOU 2017:43, *På lika villkor! Delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen*, s. 27.
[222] Se Governos rapport, *Fördjupad analys av äldreomsorg, Utvärdering av Stockholms stads hantering av covid-19-pandemin*, 2021, s. 116 f.

till annan hälso- och sjukvårdskompetens till sina patienter samt att det problemet har funnits under lång tid. Planering och samordning med regionen har inte fungerat överallt.

Det saknas i dag en närmare kartläggning eller beskrivning av vårdbehoven hos personer med kommunal primärvård. Det ställer större krav på huvudmännen att klarlägga detta. Vår bild är att kommunen vid förhandlingar med regionen om övergripande läkaravtal i alltför stor utsträckning saknat adekvat medicinsk kompetens. Samtidigt har regionen haft bristande kunskap om kommunens primärvård, patienternas vårdbehov och vilka strukturer som behövs för att tillgodose dessa tillsammans med kommunens personal. Det har lett till att huvudmännen vid central samverkan har enats om avtal om läkarmedverkan som baserats på otillräcklig kunskap om vårdbehoven i kommunen. Båda huvudmännen har därmed brustit i att involvera nödvändig medicinsk kompetens inför strategiska beslut. Om kommunen i större utsträckning hade involverat medicinsk kompetens i centrala förhandlingar hade avtalen enligt vår mening kunnat se annorlunda ut. Motsvarande gäller andra samverkansforum där kommunen ofta endast är representerad med kompetens från socialtjänstens sida.

Representanter för fysioterapeuter och arbetsterapeuter anser att bristen på deras kompetenser i kommunens primärvård delvis beror på att det saknas ett sådant helhetsperspektiv som krävs när två huvudmän delar på ansvaret. Enligt såväl patientföreträdare som professionsföreträdare finns glapp i vårdkedjor mellan sluten vård, öppen vård, äldreomsorg och rehabilitering. Personer med kommunal primärvård får i dag därför inte jämlik tillgång till hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser.[223] Detta får stöd även från annat håll.[224] Bristen på kompetens återspeglas enligt representanter för fysioterapeuter och arbetsterapeuter även i ersättningssystemen. Dessa stödjer inte utvecklingen mot mer hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser. Sådana insatser prioriteras då bort i verksamheterna för att utförandet inte ger tillräcklig ekonomisk ersättning.

[223] Enkätundersökning genomförd under 2021 av fysioterapeuterna och arbetsterapeuternas förbund.
[224] Dialoger, debattartiklar m.m. Neuro, Neurorapporten 2021, *Ojämlik tillgång till rehabilitering*, s. 8 och Neuro, Neurorapporten 2022, *Allt färre får tillgång till livsviktiga hjälpmedel*.

Det behövs en ledningsansvarig för kommunens primärvård

Vi föreslår därför att det ska finnas en utpekad person som är ansvarig för ledningen av kommunens primärvård som kan säkerställa att kommunen fullgör sitt huvudmannaansvar, bidrar till att utveckla den kommunala primärvården på övergripande strategisk nivå samt bidrar i övergripande planering och samverkan med regionen och andra aktörer.

För att kunna ta ett större ansvar för kommunens primärvård och patientsäkerhets- och kvalitetsarbete behövs en länk från vårdgivarnivå upp till högsta beslutande ledningsnivå i kommunen, dvs. huvudmannanivån. Svåra beslut kan behöva fattas och nya prioriteringar kan behöva göras. Det behövs ett hälso- och sjukvårdsperspektiv på fler frågor i kommunen än de som normalt kategoriseras som hälso- och sjukvård. Flera verksamhetsfrågor kan påverka patientsäkerhets- och kvalitetsarbete på verksamhetsnivå.

Den ledningsansvarige för kommunens primärvård kan bidra till att nödvändig medicinsk kompetens finns tillgänglig inför beslut på övergripande strategisk nivå i kommunen. Därigenom kan även skapas förutsättningar för ett mer enhetligt stöd till olika chefer och hälso- och sjukvårdsverksamheter. Den ledningsansvarige behöver ha ett helhetsperspektiv och kunna bidra till att säkerställa att helheten i det kommunala primärvårdsuppdraget uppfylls.

Ledningsansvaret för kommunens primärvård bör regleras i lag

En del kommuner har på senare tid sett behovet av att höja hälso- och sjukvårdskompetensen på central ledningsnivå och har inrättat funktioner med liknande strategiska uppdrag som vi ser behov av.[225] I dessa fall har syftet framför allt varit att utreda vårdbehoven i kommunen och vilket behov av förändringar eller medicinskt stöd som behövs i framtiden. Syftet är framför allt att stödja den högsta ledningen i kommunen att säkerställa att patienter i kommunal primärvård får tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver, inklusive bevaka att läkarinsatser fungerar.

För att stärka, stödja och driva på den utvecklingen i samtliga kommuner och få en enhetlig nationell struktur som kan underlätta kommunal och regional samverkan anser vi att det behövs tydligare

[225] Stockholms stad, och Örebro kommun.

styrning. Kommunerna behöver utbyta erfarenheter sinsemellan och samverka för att höja den medicinska kvaliteten i kommunal primärvård i hela landet. Det underlättas av en enhetlig struktur i kommunerna som tydliggör vilken funktion som ska driva dessa frågor i kommunen och med andra aktörer.

Nuvarande lagstiftning och ett omfattande kommunalt självstyre har inte varit tillräckligt för att åstadkomma den utveckling av kommunens hälso- och sjukvård som är nödvändig för att kommunal primärvård ska utvecklas i den takt som krävs för att möta framtida utmaningar och uppnå en mer jämlik primärvård.

Vi föreslår därför att det ska regleras i HSL att det ska finnas en ledningsansvarig för kommunens primärvård på huvudmannanivå. Syftet ska vara att en utpekad person ska ha i uppdrag att säkerställa att kommunen uppfyller sitt ansvar som huvudman för primärvård och planering och samordning av hälso- och sjukvård med regionen och socialtjänsten. Den ledningsansvarige ska ansvara för medicinska frågor på en övergripande strategisk nivå i kommunen.

Vi föreslår inte att den ledningsansvarige får något särskilt beslutsmandat eller chefsmandat men den ska ha ett ledningsansvar. Ansvarig nämnd bär fortsatt det yttersta ansvaret för att kommunens hälso- och sjukvårdsverksamheter lever upp till kraven på god och säker vård. Nämnden ska därför fatta beslut som även grundar sig på medicinsk kompetens, vilken man säkerställer med hjälp av den ledningsvarige.

Vårt förlag innebär att det ska finnas *en* som är ansvarig för att leda planeringen och utvecklingen av kommunens primärvård. Den som är ledningsansvarig för kommunens primärvård behöver ha en central placering i kommunen där strategiska beslut som rör hälso- och vård bereds. Avsikten är att den ledningsansvarige ska ha en reell möjlighet att vara delaktig i beredningen av kommunens beslut om organisation, prioriteringar och utvecklingsarbetet m.m. Hälso- och sjukvårdsansvaret enligt HSL kan vara placerat på olika nämnder. Den som är ledningsansvarig enligt vårt förslag behöver vara placerad vid en förvaltning kopplad till den nämnd som har det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvård i kommunen.

Den ledningsansvariges uppgifter bör regleras

Den ledningsansvariges uppgifter bör regleras närmare i hälso- och sjukvårdsförordningen.

Den bör ha i uppgift att säkerställa att patienter som kommunen ansvarar för får tillgång till en god och säker vård inom ramen för kommunens ansvar. Den bör därmed vara en resurs i kommunens planering och samordning av hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Den ledningsansvarige kommer också ansvara för uppföljningen av den hälso- och sjukvårdsverksamhet som kommunen ansvarar för och att säkerställa att målen och kraven på vården i HSL uppfylls. Det innefattar uppföljning av såväl egen bedriven verksamhet som verksamhet i privat regi på kommunens uppdrag.

För att kommunen fullt ut ska kunna ta sitt huvudmannaansvar för hälso- och sjukvården så krävs också en nära samverkan med regionen om hälso- och sjukvårdsfrågor, såväl på primärvårdsnivå som på specialiserad nivå. Att säkerställa läkarinsatser och specialiserad vård är regionens ansvar. Den ledningsansvarige för kommunens primärvård behöver däremot delta i samverkan som möjliggör för regionen att fullgöra sitt huvudmannaansvar. En uppgift för den ledningsansvarige ska därför vara att bidra med kommunens medicinska perspektiv vid samverkan om läkarinsatser men även samverkan som krävs för att säkerställa hela hälso- och sjukvårdens uppdrag. Denne behöver därför fullgöra sina uppgifter i nära samverkan med motsvarande funktion i regionen, se avsnitt 8.8.5.

Den ledningsansvarige ska därför delta i såväl intern som extern samverkan som rör huvudmännens gemensamma plan för primärvårdens utformning och utveckling, se avsnitt 8.5.2.

Den bör även vara involverad i upphandlingar och lokala förhandlingar och samverkan på huvudmannanivå om läkarinsatser med regionen.

Om regionen inte fullgör sitt ansvar för läkarinsatser på en strategisk nivå, dvs. det fortsatt finns brister över tid, behöver kommunen agera på huvudmannanivå för att säkerställa att dess patienter får tillgång till läkare. Det bör lämpligen ankomma på den ledningsansvarige i kommunen att säkerställa att kommunen anlitar läkare i dessa fall. Vi utgår i från att det kommer föregås av en nära kontakt med motsvarande funktion i regionen, se avsnitt 8.8.5.

Den ledningsansvarige bör ha en naturlig roll i kommunens krisberedskapsarbete. Med hänsyn till att andra utredningar har haft uppdrag inom detta område har vi inte lämnat något särskilt förslag om det. Däremot bör det lämpligen beaktas vid den fortsatta beredningen av detta lagstiftningsärende och av kommunerna i deras fortsatta arbete.

Vilken medicinsk kompetens behöver den ledningsansvarige ha?

För att den ledningsansvarige för kommunens primärvård ska kunna bidra till att stärka den medicinska kompetensen måste dennes uppgifter fullgöras av legitimerad hälso-och sjukvårdspersonal. För att kunna säkerställa hela kommunens primärvårdsansvar kommer denne behöva ha tillgång till alla primärvårdens kompetenser i olika frågor och sammanhang. Det anser vi kan göras olika sätt. Det är inte rimligt att i fråga om medicinsk kompetens på strategisk nivå ställa krav på att alla kommuner ska organisera ledningen på samma sätt.

En större kommun kan ha möjlighet och skäl att bemanna en organisation med flera medicinska kompetenser, som leds av den som är ledningsansvarig. I en mycket liten kommun kan medicinska kompetenser på vårdgivarnivå knytas även till olika frågor på huvudmannanivå. Avsikten är dock att det ska finnas en utpekad person i varje kommun som ska ha ett övergripande ledningsansvar för kommunens primärvård. Denne kan behöva ta hjälp av andra medicinska kompetenser i kommunen i olika sammanhang. Den ledningsansvariges kompetens bör dock så långt möjligt vara samma i hela landet.

Den ledningsansvarige kommer i många fall vara den enda som fullgör reglerade uppgifter. Den personen behöver därför ha en gedigen medicinsk kunskap och erfarenhet samt med fördel även annan övergripande tvärprofessionell kompetens, t.ex. inom juridik eller ekonomi. Då den personen ska säkerställa att kommunen fullgör sitt ansvar som huvudman är det naturligt att den har kompetens inom de medicinska frågor som aktualiseras i kommunens hälso- och sjukvårdsverksamhet. För att ha den kompetens och erfarenhet som krävs för att fullgöra uppgifter som omfattas av uppdraget bör det enligt vår mening förutom tidigare ledarerfarenhet, krävas att denne också har en sådan specialistkunskap som är relevant för majoriteten av kommunens patienter. Uppgifterna förutsätter att personen har

systemkunskap om hälso- och sjukvårdens strukturer och erfarenhet av samverkan mellan olika kompetenser och delar av systemet. Den ledningsansvarige ska inte utföra kliniska uppgifter, men det finns inget hinder för att denne även arbetar kliniskt, om rollen som ledningsvarig inte upptar hela dennes tjänst. Det finns inte heller något hinder för att fullgöra likvärdiga uppdrag på vårdgivarenivå, se avsnitt 8.8.2. Det kan t.ex. vara en lämplig lösning i en liten kommun, men förutsätter förstås att det är rimligt att en person fullgör flera sådana roller.

I vårt uppdrag ingår att överväga om det bör krävas att den ledningsansvarige är läkare. Som nämnts tidigare har Stockholms Stad och Örebro kommun under en tidsbegränsad period valt att anställa en läkare för liknande strategiska uppgifter. Om det finns behov av läkarkompetens i kommunen på längre sikt har de kommunerna ännu inte tagit ställning till.

I våra dialoger har olika uppfattningar framförts om vilken kompetens som den ledningsansvarige måste eller bör ha. Kompetensfrågan har engagerat många och vi ser att det finns flera alternativa lösningar att överväga.

Läkarföreträdare och vissa politiska företrädare har ansett att det bör vara ett krav att den ledningsansvarige ska vara läkare. Det främsta skälet för ett sådant förslag är att det är den högsta medicinska kompetensen. Den behövs för att kommunen ska kunna samverka på samma medicinska nivå som regionen. Vidare anses endast läkare kunna bedöma vilket behov av medicinska bedömningar av läkare som patienter i kommunen behöver. De behöver därför involveras i kommunens kravställning mot regionen.

Det främsta skälet som framförts av ett brett antal aktörer mot ett krav på läkarutbildning är att den ledningsansvarige lämpligen bör har en medicinsk kompetens som omfattas av kommunens ansvarsområde. I dag ansvarar kommunen inte för läkarinsatser utan för andra medicinska kompetenser. Det talar för att en sjuksköterska mycket väl kan fullgöra uppgifterna, men även någon med annan legitimerad hälso- och sjukvårdskompetens.

Representanter för sjuksköterskor förespråkar att den ledningsansvarige ska vara sjuksköterska. Det främsta skälet för det är att det anses vara den högsta medicinska kompetensen inom kommunens hälso- och sjukvårdsverksamhet. Eftersom läkare inte är kliniskt verksamma inom kommunerna anses de sakna nödvändig kunskap

om den kommunala hälso- och sjukvårdskontexten, vilken skiljer sig väsentligt från den regionala.

Som vi nämnt ovan är syftet i första hand inte att den som är ledningsansvarig för kommunens primärvård ska säkerställa patientens tillgång till läkarinsatser. Det är något som faller inom regionens ansvar. I stället ska denne i första hand säkerställa att kommunen fullgör sitt huvudmannaansvar. För att regionen ska ha förutsättningar att säkerställa sitt ansvar krävs samtidigt att kommunen och regionen gemensamt kan beskriva det medicinska behov som föreligger hos kommunens patienter, och planera utifrån det. Det innebär att även kommunen har ett visst ansvar för detta. I det arbetet kommer den ledningsansvarige i kommunen att få en central roll. Vi är dock tveksamma till att detta ansvar endast kan fullgöras av någon med läkarutbildning.

Enligt vår mening bör andra kompetenser än läkarkompetensen ha förutsättningar att kunna fullgöra sådana strategiska uppgifter i kommunen. Ett alternativ skulle därför kunna vara en professionsneutral reglering. Det alternativet utesluter inte väl lämpade personer och utgör ett mindre intrång i den kommunala självstyrelsen. Denna uppfattning delas av många aktörer som vi har fört dialog med kring denna fråga.

Som anges inledningsvis är det dock centralt att den ledningsansvarige har hög och bred medicinsk kompetens och kunskap om hälso- och sjukvårdens strukturer och ledning. Den typen av kunskapsmoment ingår i dag endast i examensmålen för sjuksköterskor och läkare.[226] Såväl sjuksköterskor som läkare är sådana medicinska kompetenser som står för en stor del av primärvårdens samlade insatser till berörda patienter. I deras utbildningar ingår även moment inom ledarskap och interprofessionellt samarbete. Vi anser därför att det främst är dessa professioner som bör komma i fråga för ett så brett och strategiskt ledningsansvar som vi anser behöver finnas i samtliga kommuner. Mot bakgrund av den ledningsansvariges uppgifter anser vi att det inte finns skäl att utesluta någon av dessa kompetenser för att leda kommunens primärvård.

I uppdraget ingår komplexa uppgifter, bl.a. att leda utvecklingen av kommunens primärvård. Uppdraget kräver därför enligt vår mening gedigen erfarenhet och kompetens. Det bör därför krävas att personen även är specialistutbildad, lämpligen inom ett område som

[226] Högskoleförordningen (1993:100), bilaga 2.

är särskilt relevant för berörda patientgrupper. Stor vikt bör läggas vid de personliga egenskaper som krävs för att kunna ta ett helhetsansvar och bidra till att säkerställa helheten i kommunens primärvårdsuppdrag.

Vi anser att det bör framgå av författning att den som är ledningsansvarig för kommunens primärvård ska vara sjuksköterska eller läkare, som har specialistkompetens. Det finns annars en risk att kommunen av ekonomiska skäl väljer att anställa en mindre erfaren eller mindre utbildad sjuksköterska eller läkare till ledningsuppdraget. Det kan i sig bidra till att den ledningsansvarige inte får den tyngd i organisationen som behövs. Vi utgår däremot ifrån att kommunen inom dessa ramar, väljer den person som är bäst lämpad för uppdraget, och med en specialistkompetens som är ändamålsenlig för den kommunala hälso- och sjukvården.

8.8.5 Medicinsk ledningsfunktion i regionen

Utredningens förslag: Det ska införas krav på en ledningsansvarig på huvudmannanivå i alla regioner för planering, uppföljning och samordning av hälso- och sjukvårdsinsatser i kommunens primärvård. Detta ska framgå av en ny bestämmelse i 7 kap. 3 d § hälso- och sjukvårdslagen.

Den ledningsansvarige ska säkerställa att regionerna fullgör sitt huvudmannaansvar för hälso- och sjukvård i den kommunala primärvården.

Den ledningsansvarige ska ha i uppgift att ansvara för samordningen av regionens medicinska insatser i kommunens primärvård samt svara för strategisk planering av läkarinsatser i kommunens primärvård i samråd med ledningsansvariga i kommunerna.

Skälen för utredningens förslag

Ledningsansvaret för regionens insatser i den kommunala primärvården behöver förtydligas

Utredningens samlade bild är att samverkan på lokal nivå mellan kommun och ansvarig vårdgivare ofta fungerar ganska bra. Hos vårdgivaren finns en verksamhetschef eller en medicinskt ledningsansvarig

läkare som naturlig kontaktpunkt. På central regional nivå saknar däremot de flesta regioner en tydlig ledningsansvarig med uppgift att säkerställa läkarinsatser till den kommunala primärvården på huvudmannanivå.

När läkarinsatsen brister i en kommun saknas en tydlig motpart dit kommunen kan vända sig. Det saknas också en tydlig länk mellan regionens huvudmannanivå och vårdgivare i regionens primärvård i detta avseende. Företrädare för kommuner och MAS/MAR-företrädare efterfrågar en tydligare motpart i regionen som en ledningsansvarig för kommunens primärvård kan samverka med på huvudmannanivå, när den lokala samverkan inte fungerar på vårdgivarnivå.

Som vi redovisat tidigare får personer med kommunal primärvård inte samma tillgång till läkare och specialiserad vård från regionen som resten av befolkningen. Av det skälet behövs någon som är ansvarig för att säkerställa detta och samordna regionens resurser på en övergripande nivå till berörda grupper. Det behövs därför en ledningsansvarig även på den regionala sidan, som kan säkerställa att planering, organisering och samordning skapar de förutsättningar som krävs för att regionen ska fullgöra sitt huvudmannaansvar i förhållande till patienter i kommunens primärvård. Uppgifterna behöver fullgöras i nära samverkan med de ledningsansvariga i kommunerna.

I Region Örebro län prövas en likvärdig överläkartjänst som ska säkerställa att regionen fullgör sitt ansvar till framför allt äldre personer. Vår utredning visar att flera efterfrågar en sådan tjänst i samtliga regioner.

Med utgångspunkt i att regionerna även fortsatt ska ansvara för alla kliniska läkarresurser, att regionerna brustit i att leverera läkarinsatser under en lång tid och det finns behov av en motpart i samverkan med kommunen bedömer vi att det behövs en utpekad ledningsansvarig i regionen på motsvarande nivå som vi föreslår för kommuner, se avsnitt 8.8.4. Syftet är att den ledningsansvarige ska bidra till att säkerställa att regionen lever upp till sitt huvudmannaansvar och skapa nödvändiga förutsättningar för samverkan mellan huvudmännen.

Den ledningsansvarige behövs för att säkerställa att regionen tillhandahåller läkarinsatser av god kvalitet och som svarar mot patienternas behov. Denne behövs även för att säkerställa att personer med kommunal primärvård får tillgång till regionens specialiserade hälso- och sjukvård.

En ledningsansvarig i regioner

För att skapa en enhetlig och tydlig struktur samt nödvändiga förutsättningar för samverkan mellan huvudmännen är det nödvändigt att reglera ledningsansvaret i lag.

Det bör därför regleras ett krav i HSL på att det finns en ledningsansvarig för regionens hälso- och sjukvårdsinsatser i kommunens primärvård i samtliga regioner. Den ledningsansvarige ska säkerställa att regionen uppfyller sitt huvudmannaansvar för hälso- och sjukvård till personer som har primärvård från både kommun och region. Denne ska dels se till att patienter får tillgång till läkare inom primärvården, dels till andra specialiserade kompetenser som regionen ansvarar för. I uppdraget ingår att säkerställa att tillgången motsvarar patienternas behov. Denne bör ansvara för att lösa permanent och tillfällig läkarbrist på lokal nivå. Denne bör ha ett utpekat ansvar att följa upp att regionen fullgör sitt hälso- och sjukvårdsansvar till patienter som får primärvård från båda huvudmännen.

Vissa uppgifter bör motsvara de som ledningsansvariga i kommunerna ska ha i tillämpliga delar. Det innebär att den ledningsansvarige i regionen bör delta i huvudmännens centrala planering, samordning och samverkan av hälso- och sjukvården. I det uppdraget ingår att vara delaktig i arbetet med den gemensamma planen för primärvårdens former och utveckling, se avsnitt 8.5.2, men även annan central samverkan.

Vi bedömer i detta fall att det är tillräckligt med en övergripande beskrivning av den ledningsansvariges ansvar i HSL och föreslår därför inte närmare reglering i förordning.

För att fullgöra dessa uppgifter behöver funktionen ha en central placering på hög ledningsnivå.

Vilken medicinsk kompetens bör den ledningsansvarige ha?

Även här behöver man överväga om det finns skäl att i lag reglera vilken profession som ska fullgöra detta ledningsansvar i regionerna. Att reglera ett kompetenskrav är i sig ett relativt stort ingrepp i den kommunala självstyrelsen och får bara göras om det är nödvändigt för att uppnå syftet med en bestämmelse. Här bedömer vi att det finns skäl att göra en lite annorlunda bedömning jämfört med motsvarande roll i kommuner.

Ett grundläggande skäl till att vi ser behov av en tydlig ledningsansvarig i regionen är för att säkerställa att läkarinsatser levereras efter behov. Att huvudmännen har ett delat ansvar för primärvården till delar av befolkningen och därvid ansvarar för olika medicinska kompetenser kräver att läkarresursen integreras med övriga delar av teamet som finns i kommunen. Bakgrunden till vårt uppdrag att överväga behovet av en medicinskt ledningsansvarig läkare i kommuner är att det finns behov av att få in läkarkompetens i den vårdkedjan som kan bedöma hur regionen ska prioritera sina resurser för att leva upp till sitt huvudmannaansvar. Som vi redogjort för i föregående avsnitt bedömer vi att en mer ändamålsenlig placering för en sådan kompetens är i regionen. Den ledningsansvariges uppdrag talar starkt för att det ledningsansvaret bör fullgöras av en erfaren läkare med specialistkompetens. För detta talar även det faktum att den ledningsansvarige även ska samordna primärvården med regionens specialiserade vård, som i sin tur består av en mängd olika professioner.

Den regionala kontexten skiljer sig dock åt från den kommunala. Hälso- och sjukvården utgör en stor del av regionernas uppdrag och det finns därför normalt redan hög medicinsk kompetens på ledningsnivå. Det är också vanligt att läkare fullgör högre ledningsuppgifter. Vi bedömer att regionerna självmant kommer att välja en läkare som ledningsansvarig för regionens insatser i kommunens primärvård. Därmed är det inte nödvändigt att reglera detta i författning.

9 Konsekvensanalyser

En redovisning av förlagens konsekvenser ska lämnas i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474).

I de föregående kapitlen har vi redogjort för de utmaningar och strukturella brister som äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård står inför, samt lagt fram och motiverat förslag på lagstiftning för att åtgärda dessa. I detta kapitel redogör vi för de förväntade konsekvenserna av våra förslag.

Inledningsvis resonerar vi kring hur den förväntade utvecklingen inom äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård ser ut i dagsläget. Dvs. den förväntade utvecklingen om våra förslag inte skulle genomföras (det s.k. nollalternativet).

Därefter beskriver vi övergripande samhällsekonomiska konsekvenser som utredningens samlade förslag kan förväntas medföra. Framför allt genom en kvalitativ beskrivning av de förväntade nyttorna men även några beräkningar kring möjliga besparingar kopplat till t.ex. förebyggande åtgärder.

Vidare beskrivs förväntade konsekvenser av de olika förslagen. Dels anges kvantitativa skattningar av de kostnader förslag om nya åtaganden innebär för kommuner, regioner och staten, dels anges icke-monetära konsekvenser såsom konsekvenser för äldre personer och anhöriga, konsekvenser för personal inom berörda yrkesgrupper, konsekvenser för det kommunala självstyret, konsekvenser för företag, konsekvenser för kompetensförsörjningen, konsekvenser för rättsliga åtaganden samt konsekvenser för jämställdhet mellan könen.

Avslutningsvis lämnar vi förslag på hur de nya åtaganden som medför ökade kostnader för staten ska finansieras.

9.1 Utgångspunkter

9.1.1 Det behövs investeringar i vård och omsorg för äldre

Sverige har liksom stora delar av världen den positiva demografiska utvecklingen att vi lever längre och därmed har en allt äldre befolkning. Även om svenskarna samtidigt blir friskare och hjälpbehoven skjuts framåt så innebär de stora årskullarna som nu närmar sig 80-årsåldern stora behov av vård och omsorg. Dessa behov är ett faktum, frågan är hur och i vilken omfattning behoven möts och finansieras. Vad välfärden ska omfatta och hur den ska finansieras har varit och är i slutändan politiska frågor för samhället att besvara och vi har som samhälle under lång tid hanterat den demografiska utvecklingens konsekvenser.

Den offentliga debatten om den demografiska utvecklingen tenderar dock att hamna i att enbart beskriva ”äldre” och ”åldrande” som en kostnad. Inte som ett område för investeringar.

Sverige har ett offentligt finansierat universellt välfärdssystem, som inkluderar såväl äldreomsorg som hälso- och sjukvård. Det är en lösning som bidrar till den formella ekonomin med hög sysselsättningsgrad, högt antal arbetade timmar och hög BNP. Denna typ av kollektiva lösningar är effektiva. Att lösa omsorgen informellt är en dyr form av omsorg.[1]

Om Sveriges välfärdssystem inte klarar av att möta de vård och omsorgsbehov som finns hos den äldre befolkningen får vi effekter som blir kostsamma för samhället, t.ex. i form av lägre sysselsättningsgrad, inte minst för kvinnor.[2] Det riskerar även att urholka stödet för den offentligt finansierade välfärden.

Vår utgångspunkt är därmed att de kostnader som våra förslag medför behöver ses som investeringar i allas, även äldre personers delaktighet i samhället och rätt till integritet och trygghet. Det som ofta beskrivs som kostnader för vård och omsorg kan på samma gång ses som investeringar i hälsa, en fungerande vardag och en delaktighet i samhället för alla, som gäller även när vi kommer upp i högre ålder.

[1] Kommittén för socialt skydd och EU-kommissionen, *2021 Long- term care report*, 2021.

[2] Enligt Nationellt kompetenscentrum anhöriga har ca 100 000 personer av de 900 000 anhöriga som förvärvsarbetar behövt minska sin arbetstid eller sluta arbeta på grund av sitt omsorgsgivande. Av dessa har närmare 70 000 känt sig tvingade att gå ner i arbetstid (fler kvinnor än män), medan drygt 29 000 personer har blivit tvungna att lämna sitt arbete som en följd av att de regelbundet hjälper en närstående. Bland anhöriga i åldern 45–66 år som ger daglig hjälp har 32 procent av kvinnorna och 27 procent av männen minskat sin arbetstid, sagt upp sig eller gått i pension tidigare än planerat som en konsekvens av omsorgsgivandet.

9.1.2 Begränsat underlag för konsekvensanalyser

En försvårande faktor för att beskriva förslagens effekter inom såväl äldreomsorgen som primärvården är att vi inom dessa områden inte har samma välutbyggda statistik att falla tillbaka på som inom t.ex. den specialiserade hälso- och sjukvården. Eftersom dessa områden inte i samma utsträckning varit föremål för systematisk uppföljning på nationell nivå (jfr avsnitt 3.3.4).

Rent konkret saknas det t.ex. offentlig nationell statistik över den kommunala hälso- och sjukvårdens kostnader på kommunnivå samt vilka medicintekniska hjälpmedel som används i den kommunala hälso- och sjukvården. Vårdtyngd mäts inte alls. Nationella patientenkäter eller brukarundersökningar görs inte för patienter som får kommunal hälso- och sjukvård.[3]

Ännu ett försvårande faktum är avsaknaden av statistik på nationell nivå över hur bemanningen de facto ser ut inom äldreomsorg och socialtjänst. SCB:s yrkesregister visar hur många som arbetar inom olika typer av yrken och SKR har viss statistik för kommunalt anställd personal men ej för privat anställda. Helhetsbilden saknas dock i hög grad.

Detta leder sammantaget till att flera av våra beräkningar för ekonomiska konsekvenser måste baseras på mycket grova antaganden, med stora osäkerhetsgrader.

9.1.3 Vad innebär ett noll-alternativ i vårt fall?

För att på ett adekvat sätt kunna beakta de förväntade konsekvenserna av våra förslag behöver dessa också kunna jämföras med den förväntade utvecklingen om läget fortsätter som i dag och utan att våra förslag genomförs (det s.k. nollalternativet).

I detta sammanhang bör noteras att det på senare år har gjorts omfattande satsningar, både lokalt och på statlig nivå, för att förbättra kvaliteten i äldreomsorgen. Dvs. det s.k. nollalternativet innebär inte att ingenting görs. Satsningarna har dock inte fullt ut gett de önskade resultaten. Som vi har sett i tidigare kapitel kvarstår brister som identifierats sedan lång tid tillbaka.

[3] FoU i Väst och Göteborgsregionen, *Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?*, 2021, s. 11.

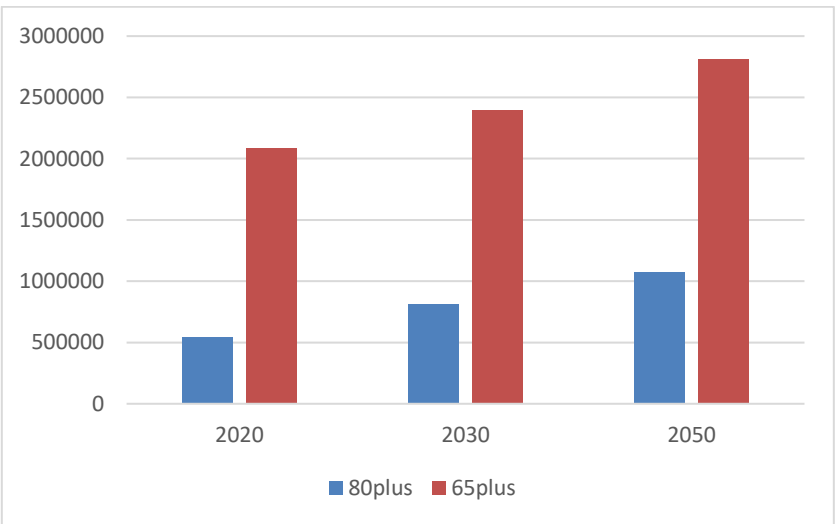
Det faktum att vårt uppdrag täcker så breda och komplexa områden, där många initiativ pågår på olika nivåer, innebär att nollalternativet inte är direkt kvantifierbart. I stället får vi beskriva vad en fortsatt utveckling utifrån nuvarande praxis och prioriteringar kan antas leda till. Inledningsvis kommer vi därför här att visa på den förväntade demografiska utvecklingen samt kostnadsutvecklingen för äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård.

9.1.4 Förväntad utveckling utifrån demografi

I avsnitt 3.3.1 har vi beskrivit den demografiska situationen och den förväntade utvecklingen. Antalet personer 65 år och äldre förväntas öka med ca 700 000 individer fram till 2050. Det skulle motsvara ca 24 procent av befolkningen, jämfört med ca 20 procent i dag (se figur 9.1).

Figur 9.1 Framskrivning av antal individer 65 år och 80 år eller äldre

Åren 2020–2050



Källa: SCB Befolkningsprognoser.

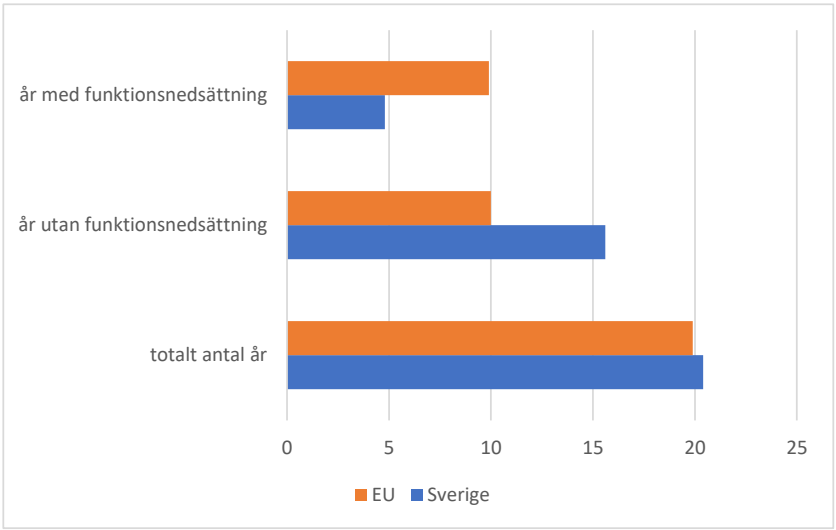
Särskilt kraftig beräknas ökningen bli bland personer över 80 år. År 2050 räknar man med att antalet personer över 80 år nästan kommer att ha fördubblats jämfört med 2020 (ökning med 97 procent).

Som andel av befolkningen 65 år eller äldre ökar individer 80 år eller äldre från 26 procent år 2020 till 38 procent år 2050[4].

Det kraftigt ökade antalet äldre i de övre åldersgrupperna beror i huvudsak på en fortsatt minskad dödlighet bland äldre p.g.a. bättre hälsa, som figur 9.2 visar. Sedan 2010 har Sverige haft den största ökningen i förväntat antal friska levnadsår vid 65 års ålder (ca 3,5 år) och är det land inom EU där befolkningen har flest antal förväntade friska levnadsår kvar vid 65 års ålder (ca 16 år).

Figur 9.2 Förväntad återstående medellivslängd vid 65 års ålder

Jämförelse med EU



Källa: OECD, Sverige: Landprofil hälsa 2019.

SCB:s prognos om återstående livslängd efter 65 år tyder på att många fler lever längre och att utvecklingen fortsätter framöver.

Den demografiska utvecklingens påverkan på hälso- och sjukvård samt på äldreomsorg beror på samverkan mellan dessa två trender; allt fler lever längre samtidigt som äldre generellt blir friskare och då kan behoven vid en viss ålder minska.

[4] SCB, *befolkningsmängd år 2020 samt aktuella befolkningsframskrivningar: Folkmängd 31 december efter inrikes/utrikes född och år från 2022.*

Behov av äldreomsorg

I avsnitt 3.2.2. har vi beskrivit vård och omsorgsbehov hos äldre personer och i avsnitt 5.2.6 utvecklingen när det gäller insatser som klassas som äldreomsorg.

Ca 401 000 personer 65 år och äldre hade enligt Socialstyrelsen minst en pågående insats enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, under 2020. Detta motsvarar 19 procent av befolkningen 65 år och äldre; 23 procent av kvinnorna och 15 procent av männen. Bland personer 80 år och äldre hade 54 procent av kvinnorna och 37 procent av männen någon insats under året.[5] Om behoven inom åldersgruppen 80 år eller äldre skulle fortsätta vara desamma, och tillgängligheten till insatser oförändrad, innebär den demografiska utvecklingen en ökning med drygt 57 procent i antal med SoL insatser år 2030 jämfört med 2020[6].

Detta kommer att ske samtidigt som den yrkesverksamma delen av befolkningen (20–64 år) minskar något i andel, från knappt 57 procent år 2020 till drygt 55 procent år 2030.[7]

Behov av hälso- och sjukvård

I avsnitt 3.2.2. har vi beskrivit vård och omsorgsbehov hos äldre personer och i avsnitt 6.2.4 har vi beskrivit de patientgrupper som får hälso- och sjukvård från såväl kommun som region.

Andelen personer 65 år och äldre motsvarade 20 procent av befolkningen år 2020 men stod för 43 procent av antalet vårdtillfällen i sluten vård år 2020, samt för 53 procent av den totala kostnaden för sluten vård. Motsvarande för populationen 85 år eller äldre var att de utgjorde 3 procent av befolkningen men 12 procent av vårdtillfällen samt 11 procent av totala kostnaden för sluten vård.[8] Som beskrivits förväntas andelen 65 år eller äldre och särskilt andelen 80 år och äldre, öka mellan år 2020 och 2050. Givet att åldersgruppens andel av vårdtillfällen och vårdtid kvarstår innebär detta scenario ett ökat tryck på sluten vård

[5] Socialstyrelsen, *Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2020*, 2021.
[6] Egna beräkningar utifrån SCB:s demografiska framskrivning.
[7] Egna beräkningar utifrån SCB:s demografiska framskrivning samt Socialstyrelsen, *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2020*, 2020.
[8] SKR, *KPP databas, Basrapport slutenvård*.

Tack vare bl.a. bättre hälsa, bättre behandlingsmetoder och den medicintekniska utvecklingen kan allt fler vårdbehov nu hanteras i öppen vård, inklusive i kommunal primärvård i ordinärt och särskilt boende. Inte minst åtgärder för rehabilitering och habilitering sker i större utsträckning i den kommunala hälso- och sjukvården.

Under 2020 fick omkring 387 000 personer insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Av dessa var drygt 316 000 personer 65 år och äldre.[9] Under perioden 2010–2020 har antalet personer med kommunal hälso- och sjukvård ökat med 20 procent, 65 000 personer totalt. Ökningen har procentuellt varit störst bland individer under 65 år, en ökning med 43 procent, ca 21 000 individer[10]. Enligt Socialstyrelsen har antalet personer 80 år eller äldre med kommunal hemsjukvård mer än fördubblats under de senaste 8 åren.[11]

Trenden förväntas fortsätta öka i framtiden, vilket medför att alltmer omfattande vårdbehov hanteras i den kommunala hälso- och sjukvården.[12]

9.1.5 Kostnaderna för vård och omsorg för äldre

Äldreomsorg

Att prognosticera framtida kostnader för äldreomsorg är svårt. Att bara göra en framskrivning från demografi, och anta att framtidens 70- eller 80-åringar kommer ha samma behov som i dag riskerar att bli felvisande. Eventuella förändringar i de äldres hälsa kan t.ex. också få effekter på omsorgsbehoven. Ändrade arbetssätt och medicinskteknisk utveckling är exempel på faktorer som kan påverka kostnader.

Som ovan visats läggs fler friska år till våra liv, vilket kan leda till att framtidens 80-åringar kan ha lägre omsorgsbehov, men även om det kan vara fallet så beräknas gruppen vara större, därmed blir det svårt att uppskatta huruvida volymökningen är större än behovsförändringen.

Kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre uppgick år 2020 till 135 miljarder kronor, varav 57 procent var kostnader för särskilt boende och 42 procent för hemtjänst. I dessa kostnader in-

[9] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2021*, 2021.
[10] Egna beräkningar gjorda på tidserier från Socialstyrelsen.
[11] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2020*, 2020.
[12] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2020*, 2020.

går även kostnader för kommunal hälso- och sjukvård, vilken i dagsläget inte redovisas separat.[13]

Kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre har sedan 2016 ökat med 6 miljarder kronor, vilket motsvarar en ökning med 4,6 procent. Jämfört med 2019 var kostnadsökningen 1,6 procent i fasta priser.[14] Ökningen beror på att kostnaden per hemtjänsttagare och kostnaden per person i särskilt boende för äldre har ökat under senare tid. År 2020 var kostnaden per person i särskilt boende årligen 964 908 kronor och per person med hemtjänst 313 700 kronor årligen.[15]

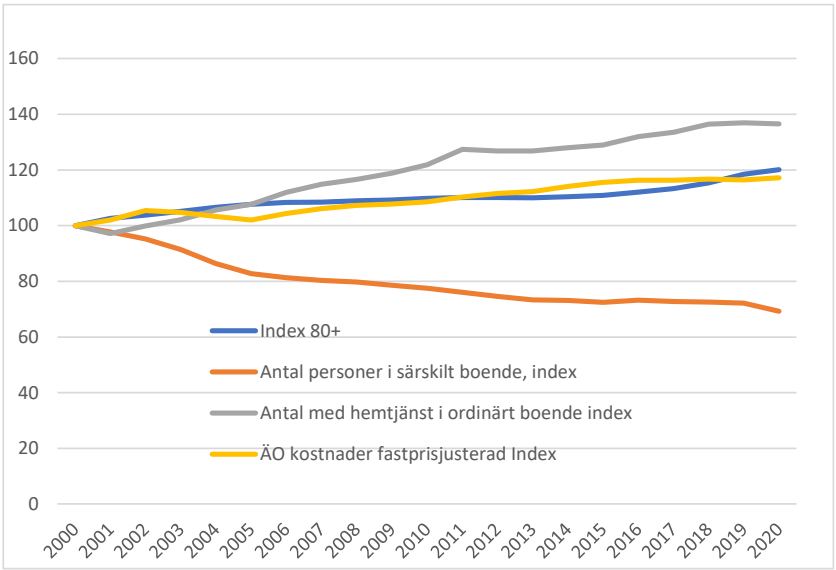
Enligt SKR:s ekonomirapport från maj 2020 har kostnaden per person inom ordinärt boende (hemtjänst) ökat med 21 procent mellan 2000–2018 och kostnaden per person inom särskilt boende ökat med 24 procent under samma period.[16] Samtidigt pekar granskningar på att om kommunerna avsatte lika stor andel till äldreomsorgen i dag som för 20 år sedan skulle det tillföras 13,5 miljarder kronor mer till äldreomsorgen i dag.[17]

Det har skett en förskjutning av insatserna till senare i livet, och det är fler som bor hemma längre. Enligt statistik från SKR för åren 2010–2020 har antalet brukare i hemtjänst ökat med 37 procent och antalet personer i särskilt boende minskat med 31 procent, se figur 9.3 nedan.

[13] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*, 2022.
[14] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*, 2022.
[15] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*, 2022.
[16] SKR, *Ekonomirapporten, maj 2020 – Om kommunernas och regionernas ekonomi*, 2020.
[17] Kommunalarbetaren, *Miljardtapp för äldreomsorgen trots rekordökning av äldre.*

Figur 9.3 Äldreomsorg, kostnader och antal personer

Indexerad, år 2010–2020



Källa: SKR.

Hälso- och sjukvård

Som vi ovan beskrivit har vi inte på nationell nivå något system som fångar kostnadsutvecklingen i den kommunala hälso- och sjukvården.

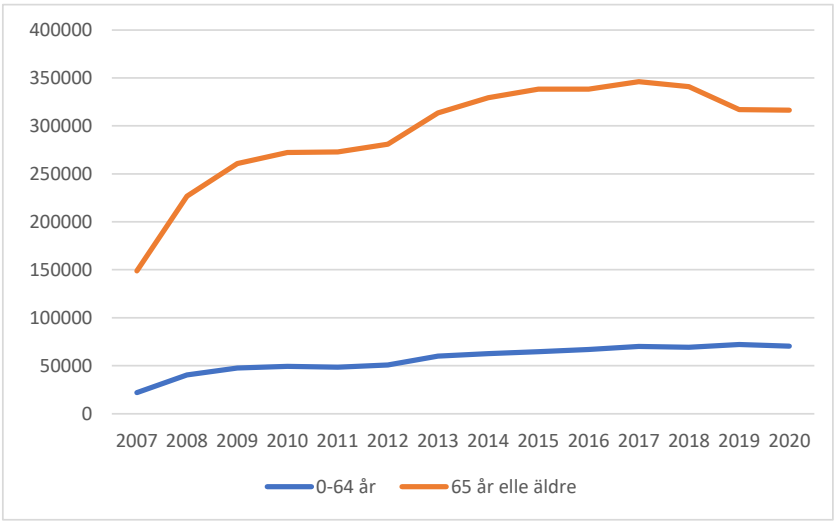
I kapitel 6 har vi redogjort för omfattningen av den kommunala hälso- och sjukvården utifrån antal patienter och den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal som jobbar där.

Vi ser en trend där allt fler individer får kommunal hälso- och sjukvård, se figur 9.4 nedan. Det gäller både för individer 0–64 år och individer 65 år eller äldre. År 2010 hade 91 660 personer 80 år och äldre kommunal hemsjukvård, och antalet ökade till 191 000 personer 2018. Det innebär att antalet personer 80 år och äldre med kommunal hemsjukvård mer än fördubblats mellan de åren[18]. Andel individer 65 år eller äldre som har erhållit kommunal hälso- och sjukvårdsinsatser var som högst år 2015, 13,9 procent men har minskat till 9,6 procent till 2020.

[18] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2020*, 2020.

Figur 9.4 Antal personer med kommunal hälso- och sjukvård

Perioden 2007–2020



Källa: Socialstyrelsen.

Det är tyvärr svårt att utvärdera effekterna av denna ökning i antal personer på själva kostnadsutvecklingen av kommunal hälso- och sjukvård. Det finns i dag inga säkra siffror på hur mycket hälso- och sjukvård som kommunerna utför. Såväl i kommunernas egna budgetar och årsredovisningar som i SKR:s ekonomirapporter redovisas kommunernas hälso- och sjukvårdskostnader inte separat utan inbakade i en eller flera poster som redovisar kostnader för olika delar av socialtjänsten.

Officiell statistisk i hälsoräkenskaperna

De totala hälso- och sjukvårdsutgifterna enligt SCB:s hälsoräkenskaper uppgick år 2020 till 573,3 miljarder kronor. Regioner och kommuner står tillsammans för 481 miljarder kronor. Kommunal hälso- och sjukvård uppskattas stå för ca 145 miljarder av detta, dvs. ca 30 procent. Av dessa 145 miljarder, går ca 138 miljarder (95 procent) till kommunal hälso- och sjukvård inom omsorg för äldre och personer med funktionsnedsättning, varav i sin tur 88 miljarder (65 procent) till personer inom särskilda boendeformer, och 43 mil-

jarder (31 procent) till personer i ordinärt boende. Utöver dessa direkta kostnader, kan man lägga på andra hälsorelaterade utgifter inom vård och omsorg hos både regioner och kommuner, eller så kallad IADL tjänster[19], som totalt uppgick till 27,8 miljarder, varav kommunerna står för ca 26 miljarder.

Skattningar från Vård- och omsorgsanalys

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, förkortad Vård- och omsorgsanalys, har nyligen presenterat siffror specifikt kring utvecklingen av primärvårdkostnader för både regioner och kommuner. Kostnaderna för regional hälso- och sjukvård har legat relativt konstant under de senaste åren, och primärvårdens andel av regionernas totala hälso- och sjukvårdskostnader har ökat långsamt. Variationer mellan regioner är stora. År 2020 kostade regional primärvård ca 50 miljarder kronor. Vård- och omsorgsanalys har gjort egna skattningar kring kommunernas primärvårdkostnader, baserat på ett urval av 29 kommuner. De uppskattar att kommuner står för 37 procent av primärvårdskostnaderna medan regionerna står för resten (total kostnad för primärvården uppskattas vara ca 80 miljarder kronor).[20]

Vård- och omsorgsanalys visar även på en skattad utveckling av primärvårdkostnad per invånare sedan 2017. Kostnad per invånare exkl. läkemedel är i dag ca 5 000 kronor/invånare och år för regional primärvård. Kostnaden har ökat marginellt över de senaste åren (ca 1 procent i snitt). Kostnaden för kommunal primärvård uppskattas till 2 770 kronor/invånare och år för kommunal hälso- och sjukvård. För de 29 kommunerna i urvalet har kostnaderna för kommunernas hälso- och sjukvård ökat mycket snabbare än för både den regionala primärvården och hälso- och sjukvården i stort. Variationen är dock återigen stor. Ökningen per invånare i kommunal hälso- och sjukvården beräknas ha varit ca 9 procent 2017–2019, efter att man tar hänsyn till prisutvecklingen och befolkningsutveckling. Det kan tyda på att kommunerna inte bara har fått flera patienter att ta hand om utan också nya uppgifter, såsom ett större ansvar för vården av patienter med mer omfattande och komplexa behov och mer avan-

[19] IADL, står för ”instrumental activities of daily living restrictions”, och kostnaderna motsvarar städning, hjälp med inköp m.m.
[20] Vård- och omsorgsanalys, *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport*, 2021.

cerad vård i samband med utskrivning från sluten vård. Samtidigt var kostnaderna per invånare i den regionala primärvården i princip oförändrade under perioden, och minskade med 1 procent i hälso- och sjukvården totalt[21].

Detta tyder på att kostnaderna för den kommunala hälso-och sjukvård kan fortsätta växa mer än för den regionala kostnader, allt annat likt.[22]

9.1.6 Ytterligare åtgärder behövs

Trots omfattande satsningar, både lokalt och på statlig nivå, för att förbättra kvaliteten i vård och omsorg för äldre personer så kvarstår alltså i alltför stor utsträckning strukturella och sedan länge kända brister. Även om det i hög grad finns samsyn kring vad som behöver åtgärdas har inte de olika typerna av satsningar fått ett samlat genomslag som lett till en likvärdigt god kvalitet i vård och omsorg för äldre personer.

Sammantaget tyder mycket på att det sätt vi i dag organiserar vård och omsorg för äldre personer inte är optimalt, vare sig sett till kvalitet och värde för individer eller till kostnadseffektiviteten för samhället (se våra analyser i kapitel 7 och 8).

Det är t.ex. fortsatt en stor spridning på flera av de indikatorer vi använder för att mäta kvalitet, Socialstyrelsens öppna jämförelser, visar på stora kvalitetsskillnader mellan kommuner. En spridning som inte kan förklaras enbart av olika förutsättningar i kommuner vad gäller t.ex. storlek eller geografi. Här kan det antas att det finns ett utrymme att hämta hem kostnader kopplade till väsentliga kvalitetsbrister i vård och omsorg för äldre personer.

Kommuner och regioner behöver förändra sina arbetssätt och fortsätta utveckla sina organisationer, bl.a. genom ett innovativt, personcentrerat och ändamålsenligt nyttjande av teknik och digitala tjänster. Ett mer hälsofrämjande och proaktivt arbetssätt är också en utveckling som kan ge ett mer ändamålsenligt och effektivt resursutnyttjande. Flera sådana initiativ har påbörjats, bl.a. utifrån arbetet med en omställning mot en god och nära vård.

[21] Vård- och omsorgsanalys, *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport*, 2021.
[22] Vårdanalys, *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport*, 2021.

Utvecklingen hittills pekar dock sammantaget på att det inte är tillräckligt att fortsätta arbeta på det sätt vi hittills gjort. Det krävs en tydligare nationell styrning för att få ett starkare genomslag i arbetet med att ställa om mot nödvändiga förändringar i arbetssätt och organisation och därigenom åstadkomma en likvärdig äldreomsorg.

9.2 Övergripande samhällsekonomiska konsekvenser av utredningens samlade förslag

Utredningens bedömning: Utredningen förslag utgör ett paket, där de olika delförslagen förstärker varandra och som sammantaget förväntas leda till positiva samhällsekonomiska konsekvenser.

Förslagens fokus på förebyggande och hälsofrämjande, på ökat stöd att kunna leva självständigt och klara sin vardag samt dess bidrag till god hälsa och livskvalitet för såväl den enskilde som anhöriga och andra närstående ger sammantaget en positiv effekt även på samhällsnivå, ekonomiskt såväl som socialt. Lagstiftningen adresserar kvalitets- och patientsäkerhetsproblem, som i dagsläget orsakar kvalitetsbristkostnader. Satsningar i kvalitetsförbättrande åtgärder kan leda till positiva ekonomiska konsekvenser.

9.2.1 Att kvantifiera positiva samhällsekonomiska konsekvenser

Utredningens samlade förslag syftar till att åtgärda flera kvarstående och välkända brister inom både äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård till äldre. I kapitel 7 och 8 har vi beskrivit och motiverat våra olika förslag.

Vår bedömning är att de sammantagna konsekvenserna av våra förslag blir en utveckling mot en mer jämlik vård och omsorg och en generell förbättring av kvaliteten inom äldreomsorg och hälso- och sjukvård för patienter med kommunal primärvård. Inget förslag är dock tillräckligt var för sig, utan det är just det sammantagna paketet av olika förslag som tillsammans kan bidra till att åtgärda bristerna samt höja kvaliteten och uppnå lagstiftningens mål.

Våra förslag bedöms alltså leda till positiva samhällsekonomiska konsekvenser. Nyttorna för samhället blir dock i många fall svåra att

kvantifiera i monetära termer eller att koppla direkt till ett visst förslag. De är snarare att se som den sammanlagda effekten av olika förslag i vårt samlade paket.

9.2.2 Förväntade positiva samhällsekonomiska konsekvenser

Det är alltså inte möjligt att beskriva att ett visst förslag med säkerhet leder till en viss besparing för samhället. Genom att styra mot förändringar inom verksamheter, t.ex. i form av mer förebyggande och rehabiliterande arbetssätt, förstärkt samverkan, högre kompetens eller tätare bemanning är det dock möjligt att bidra till en utveckling mot bättre kvalitet i både äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård.

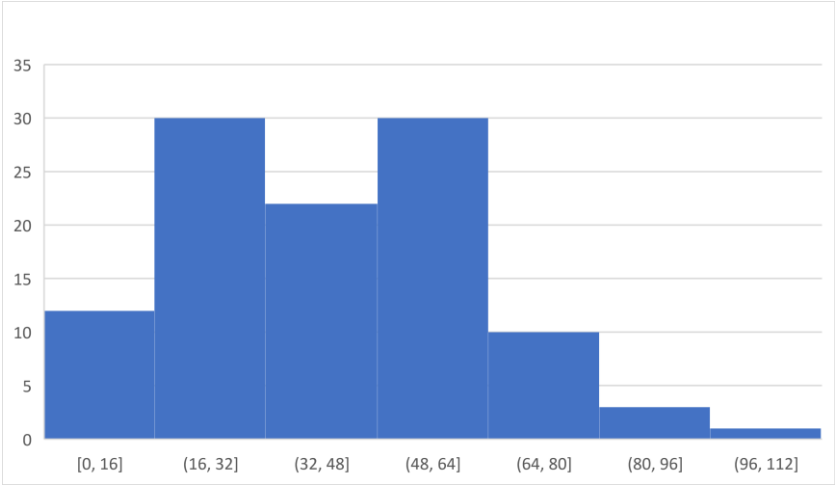
Sådana förändringar har en kostnad men de förväntas bidra till ett ökat välbefinnande, bättre hälso- och funktionstillstånd och en högre grad av oberoende för äldre personer som får vård och omsorg från kommunen. De borde därför ses som investeringar för samhället. De kan leda till resurseffektivisering och till och med möjliga finansiella nettobesparingar för samhället, t.ex. genom tidigare upptäckt av behov, tidigare åtgärder och bättre uppföljning av olika insatser, vilket i sin tur kan förebygga en del händelser som är kopplat till undvikbara kostnader. Det kan t.ex. röra sig om fallolyckor, läkemedelsbiverkningar, besök till akutmottagningar osv. En förbättring av hälsa och självständighet skulle i sin tur kunna leda till ett något minskat eller uppskjutet behov av äldreomsorg, vilket är positivt för både individen och samhället.

När vi ser på några av de indikatorer som i dag används för att mäta kvalitet inom kommunal hälso- och sjukvård samt äldreomsorg ser vi att det finns stora, omotiverade variationer mellan olika delar av landet. Ett exempel är indikatorn ”Åtgärder mot fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa för personer med hemsjukvård i ordinärt boende, andel (procent)”. Genomsnittlig andel med åtgärder i riket var 42 procent, men det är stora skillnader mellan kommunerna. I en del kommuner har alla som bor i ordinärt boende med hemsjukvård, och bedöms vara i riskzonen för något av dessa fyra områden, fått en förebyggande åtgärd. I andra kommuner har

ingen fått det.[23] Figur 9.5 visar spridningen bland kommuner när det gäller åtgärder mot välkända risker inom den kommunala hemsjukvården.

Figur 9.5 Andel individer med åtgärder mot fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa för personer med hemsjukvård i ordinärt boende (procent)

Histogram över andel åtgärder, fördelning i olika kommuner



Källa: Kolada.
På y-axeln visas antal kommuner som har motsvarande andel individer med åtgärder.

Om de kommuner som har sämst resultat skulle höja sig till snittet för riket, eller t.o.m. till den nivå som de med bäst resultat, skulle det medföra väsentliga besparingar. Både i mänskligt lidande och samhällsekonomiskt.

Nedan beskrivs möjliga besparingar inom ett urval av sådana områden, där våra förslag förväntas bidra till en positiv utveckling. Inom samtliga dessa områden (och flera andra) finns evidens och beprövad erfarenhet för vad som ger resultat. Våra räkneexempel bygger dock inte på att det är en eller annan särskild metod som ska införas. De utgår i stället från att vi genom våra olika förslag bygger ett system som ger medarbetare och verksamheter bättre förutsättningar att arbeta utifrån evidens och beprövad erfarenhet.

[23] Kolada, 2021: *Andel personer i ordinärt boende med hemsjukvård som har bedömts ha risk för fallskada, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa och där minst en åtgärd mot riskområdet utförts*. Detta är ett utvecklingsnyckeltal, se frågor och svar på kolada.se för mer information.

Fallolyckor

Förekomst

Det är ungefär en tredjedel av befolkningen över 65 år i eget boende som varje år råkar ut för en fallolycka. För de äldre som bor i särskilda boendeformer är andelen som ramlar mycket hög. Dessutom beräknas varannan kvinna över 50 år få en fraktur under sin livstid, samma andel hos männen är 20 procent.[24]

Fallolyckor är förknippat med stora kostnader och negativa konsekvenser för både samhället och individen. Enligt Socialstyrelsen vårdades totalt 112 549 personer 65 år och äldre i sluten vård eller specialiserad öppen vård för fallolyckor år 2021. Det motsvarar 5 311 vårdade per 100 000 invånare 65 år och äldre. Enligt samma databas vårdades 50 022 äldre över 65 år i sluten vård p.g.a. fallskador, varav 15 422 var höftfrakturer.[25]

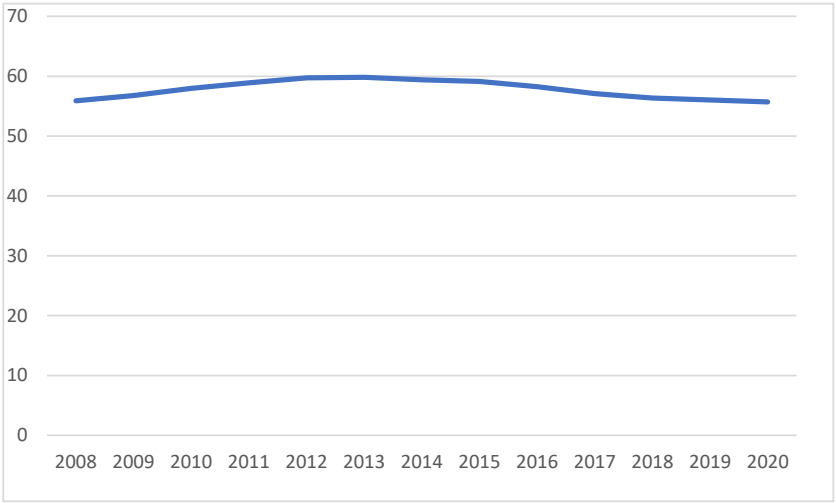
Flertalet äldre personer som vårdas i sluten vård för fallskada är personer med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser. Majoriteten av alla dessa fall sker i den egna bostaden.

Enligt SKR:s statistikdatabas Kolada drabbades år 2020 i genomsnitt 59 personer per 1 000 invånare 80 år eller äldre av en fallskada som resulterade att man vårdades inom sluten vård. Detta antal har minskat något mellan åren 2008–2020, se figur 9.6 nedan, men kan med rätt insatser minska ännu mer.

[24] SKL, *Fallskador bland äldre- en sammanfattning av en kunskapsöversikt om fallskador*, 2009.
[25] Socialstyrelsens databas för fallolyckor bland äldre, Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022, 2022.*

Figur 9.6 Fallskador bland personer 80 år eller äldre, 3-årsmedelvärde, antal/1 000 invånare 80 år eller äldre

År 2008–2020



Källa: Kolada, 2021.

Spridningen är dock mycket stor mellan kommuner, från 16 fallolyckor per 1 000 invånare som lägst (Bjuv kommun) till 87 fallolyckor i genomsnitt (Munkfors kommun). Att spridningen är så stor indikerar att förebyggande insatser kan bidra till att minska fallolyckor i de flesta kommuner.

Om alla kommuner skulle lyckas lika bra med sitt förebyggande arbete som den kommun som har det lägsta antalet fallskador skulle antalet fallolyckor som resulterar i sluten vård minska med ca 73 procent, eller ca 22 500 färre fallolyckor med sluten vård som resultat. Skulle kommunerna som har fler antal fallskador än genomsnittet lyckas minska antalet till dagens genomsnitt skulle det medföra en minskning av fallolyckor som resulterar i sluten vård med ca 59 procent, ca 19 400 färre fallolyckor.

Ett delmål i SKR:s nationella strategi för hälsa är att årligen minska antalet fallskador bland personer 80 år och äldre med 10 personer per 1 000 invånare över 80 år. År 2020 fanns det i Sverige drygt 543 700 personer 80 år och äldre. Det innebär att målnivån 2020 var att minska antalet fallskador med drygt 5 400 för målgruppen 80 år och äldre. Detta motsvarar ca 28 procent av den minskningen som

skulle ske om alla kommuner med fler antal fall än dagens genomsnitt förbättrade sina resultat till genomsnittet. Det skulle i så fall ta nästan 4 år för att alla kommuner att nå den nivå som riket i genomsnitt har i dag.

Så förväntas våra förslag bidra till en minskning av fallolyckor

Sammantaget bedöms våra förslag bidra till bättre förutsättningar att arbeta evidensbaserat för att tidigt upptäcka risker för fall och vid behov sätta in adekvata åtgärder och därmed minska risken för fallolyckor.

Flera av våra förslag i såväl äldreomsorgslagen som hälso- och sjukvårdslagen bidrar till ett förstärkt förebyggande och rehabiliterande perspektiv generellt och i ett sådant arbetssätt är t.ex. riskbedömningar och åtgärder utifrån identifierade risker en väsentlig del.

Ett exempel är det nya mål vi föreslår i äldreomsorgslagen, om att äldreomsorgen ska ha ett förebyggande perspektiv och inriktas på att vara hälsofrämjande och stödja personers funktionsförmåga samt vara tillgänglig. Målet i sig fastslår ett perspektiv som ska genomsyra hela äldreomsorgen. Det konkretiseras sedan i t.ex. den äldre personens genomförandeplan och individuella plan. Där uppmärksammas det förebyggande perspektivet utifrån individens hälso- och funktionstillstånd samt hur personal ska arbeta med det och följa upp det. Detta perspektiv förstärks ytterligare av att vi i bestämmelserna om individuell plan enligt 2 kap. 7 § SoL och 16 kap. 4 § HSL förtydligar att det av planen ska framgå vilka förebyggande och rehabiliterande insatser som behövs.

För att upptäcka om en person t.ex. äter mindre, drabbas av yrsel eller har andra förändringar i sitt hälsotillstånd som kan påverka risken för fallolyckor är personalkontinuitet viktigt. Det krävs för att upparbeta den nödvändiga personkännedomen. Våra förslag om såväl fast omsorgskontakt som fast vårdkontakt i kommunens primärvård och fast läkarkontakt förväntas bidra till förbättrad kontinuitet i relationen till den enskilda, och mellan de olika professioner som finns runt individen och behöver samarbeta kring dess vård och omsorg

Ett ytterligare förslag som stärker fokus på det hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande arbetet är kravet på att verksam-

hetschefer i kommunal primärvård ska utse en kvalitetsansvarig för rehabilitering om verksamhetschefen själv saknar den kompetensen, samt en tydlig reglering av vad som förväntas av den. Tillgången till rätt kompetens inom detta område är centralt för att säkerställa att verksamheterna har adekvata strukturer och riktlinjer för att kunna arbeta evidensbaserat med förebyggande och rehabiliterande arbete, hjälpmedel mm.

Även förslaget om en gemensam plan för primärvården är av relevans för möjligheten att ha rätt förutsättningar att arbeta med primärvårdens förebyggande och rehabiliterande uppdrag. Genom att huvudmännen åläggs att i den lokala kontexten gemensamt planera för formerna för och utvecklingen av primärvården ska tillgång till samtliga relevanta kompetenser i primärvården säkerställas. Dietister och farmaceuter är exempel på professioner som i dag sällan nyttjas för patienter i den kommunala primärvården men vars kompetens är viktig för att t.ex. säkerställa adekvat näringsintag och läkemedelshantering, vilket i sin tur påverkar fallrisker.

Kostnader och besparingar för samhället

De faktorer som framkallar fallskador är välkända och påverkbara, det går alltså i hög utsträckning att förebygga fall och fallskador (se även avsnitt 3.2.2).

Ett förebyggande arbetssätt kan medföra kostnader, men bör ses som en investering för framtiden. Enligt MSB:s beräkningar från 2010 bekostade samhället det förebyggande arbetet mot fallolyckor bland äldre med ca 1,5–1,7 miljarder kronor årligen[26]. Detta kan räknas upp med KPI till 1,7–2 miljarder kronor årligen, givet samma ambitionsnivå. Detta kan sättas i relation till samhällets kostnader för fallolyckor.

Enligt Socialstyrelsen uppskattades samhällets kostnader till följd av fallolyckor 2020 till 16,8 miljarder kronor, varav 11,3 miljarder kronor avser direkta kostnader för hälso- och sjukvården och omsorgen[27]. Av direkta kostnader uppgick kommunala kostnader till 6,5 miljarder kronor för omsorg, kommunal hälso- och sjukvård, rehabilitering och hjälpmedel. Regionala kostnader uppgick till 4,8 mil-

[26] MSB, *Samhällets kostnader för att förebygga fallolyckor*, 2012.
[27] Socialstyrelsen, *Fallprevention – en kostnadseffektiv åtgärd? Hälsoekonomiska beräkningar av fallpreventiva åtgärder för äldre*, 2022.

jarder kronor för hälso- och sjukvård, rehabilitering, läkemedel, transport och obduktioner. Indirekta kostnader uppgick till 5,6 miljarder kronor, och avser kostnader relaterade till informell vård av anhöriga och QALY-förluster för den enskilde[28].

En lindrig fallskada, för personer 65 år och äldre, kostar i genomsnitt 7 470 kronor (7 316 kronor för 65–69 år och 8 073 kronor för 95 år och äldre). Kostnader för en svår fallskada, för personer 65 år och äldre, uppgår till i genomsnitt 273 600 kronor (184 600 kronor för 65–69 år och 336 400 kronor för 95 år och äldre). Kostnader för personer som avlider till följd av fallolycka uppgår i genomsnitt till 106 079 kronor per person (127 275 kronor för 65–69 år och 69 619 kronor för 95 år och äldre).[29]

Räkneexempel

I vårt räkneexempel tar vi hänsyn till kostnader för både regioner (i form av besparingar inom öppen och sluten vård) och kommuner (i form av besparingar inom äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård).

Vi utgår från Socialstyrelsens databas som anger 50 022 individer 65 år eller äldre i sluten vård (3 års glidande medelvärdet mellan 2018 och 2020) till följd av fallskador. Enligt Socialstyrelsen blev 30 900 personer 80 år och äldre inlagda på vårdavdelning med en medelvårdtid på drygt sex dagar, medan 21 600 personer erhöll vård på akutmottagning eller i öppen specialiserad vård. Drygt 760 personer avled till följd av fallet.[30] Vi utgår från tidigare angivna kostnader för dessa olyckor.

Hur mycket skulle vi kunna spara om våra förslag bidrog till att fallolyckor bland personer 80 år och äldre minskade med 30 procent (min. scenario) eller 60 procent (max. scenario) över en period av 3 till 5 år? Vårt min. scenario byggs upp från SKR:s mål om 10 procents minskning bland 80 år och äldre, där detta antas vara ett årligt mål som kan uppnås inom en treårsperiod (därav 30 procent minsk-

[28] Socialstyrelsen, *Fallprevention – en kostnadseffektiv åtgärd? Hälsoekonomiska beräkningar av fallpreventiva åtgärder för äldre*, 2022.
[29] Socialstyrelsen, *Fallprevention – en kostnadseffektiv åtgärd? Hälsoekonomiska beräkningar av fallpreventiva åtgärder för äldre*, 2022.
[30] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*, 2022.

ning här). Detta innebär ca 9 270 färre fallolyckor bland 80 år och äldre över en treårsperiod.

Vårt max. scenario antar en fördubbling av ambitionsnivå jämfört med min scenariot, dvs. en minskning med ca 18 500 fallolyckor i samma tidsperiod. Detta kan motiveras med att våra förslag riktas specifikt till den grupp som är skörast i samhället (dvs. de äldre som får insatser från äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård) där riskerna för fallskador är högst och där insatserna kan tänka sig generera en större effekt.[31]

Vi använder oss av de snittkostnader per typ av skada som anges av Socialstyrelsen (se tidigare avsnitt). Potentiella bruttobesparingar av direkta kostnader inom sluten och öppen vård (regionernas kostnader) skulle då enligt min. scenariot kunna hamna på ca 2,5 miljarder kronor över en möjlig 3–5-årsperiod, dvs. ca 0,8 miljarder per år över en treårsperiod. Motsvarande besparingar enligt max-scenariot kan hamna på ca 5,1 miljarder kronor, dvs. ca 1,7 miljarder kronor per år över en treårsperiod.

Förutom kostnader för sluten och öppenvård (som träffar regionerna) bör man också beakta kostnader för fortsatta vård och omsorgsbehov både i ordinärt boende och på särskilt boende (en kostnad som framför allt belastar kommunerna). Enligt Socialstyrelsen uppskattas kostnaden för omsorg (hemtjänst och särskild boende) under 1 år efter fallolycka för svårt skadade till ca 6 miljarder kronor år 2020, medan den informella vård som ges av anhöriga uppskattas ligga på ca 0,3 miljarder kronor (upp till ett år efter fallolycka).[32]

Om man applicerar vårt antagande om en potentiell minskning av fallskador mellan 30 och 60 procent på kostnaden för vården som ges av kommuner och anhöriga skulle vi kunna addera mellan ca 2 och 3,6 miljarder i ytterligare besparing inom äldreomsorg över 3 år, dvs. mellan ca 0,6 och 1,2 miljarder årligen. Sammanlagt skulle en minskning av fallskador enligt de antagande som vi har räknat fram kunna medföra en bruttobesparing för både hälso- och sjukvård (regioner) och äldreomsorg (kommuner/anhöriga) på mellan 4,2 och 6,2 miljarder kronor, dvs. mellan 1,4 och 2,9 miljarder kronor per år.

[31] Räkneexemplet kan leda till en marginell överskattning av besparingarna då vi utgår från hela populationen som är 80 år och äldre och inte bara de som får insatserna.
[32] Socialstyrelsen, *Fallprevention – en kostnadseffektiv åtgärd? Hälsoekonomiska beräkningar av fallpreventiva åtgärder för äldre*, 2022.

Med de underlag vi har tillgängliga är det inte möjligt att räkna på en nettobesparing dvs. besparingarna minus investeringskostnaden för förebyggande åtgärder.

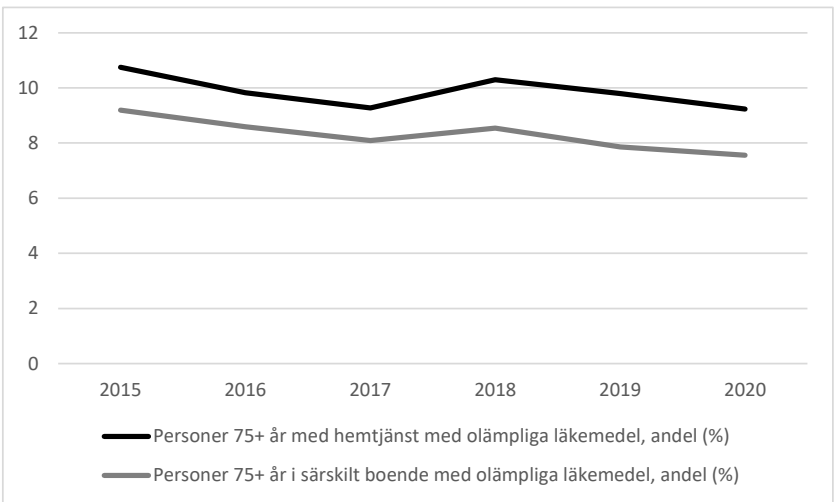
Läkemedelshantering och olämpliga läkemedel

Förekomst

Enligt Socialstyrelsens senaste statistik var andelen äldre med olämpliga läkemedel i snitt 7 procent på särskilt boende och 8,9 procent i hemtjänsten (2021).[33] Variationen mellan kommuner är dock återigen stor, särskilt bland hemtjänsttagare där spridningen ligger mellan noll och 22 procent. Andelen med olämpliga läkemedel i hemtjänst är lite högre än i särskilt boende, den har dock minskat något sedan 2018, se figur 9.7 nedan. Enligt Koladas statistik minskade andelen äldre, 75 år eller äldre, med olämpliga läkemedel något mellan åren 2015–2021.

Figur 9.7 Andel personer i hemtjänst och särskilt boende med olämpliga läkemedel bland individer 75 år eller äldre

2015–2021



Källa: Kolada.

[33] Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser 2021. Vård och omsorg för äldre*.

Enligt Socialstyrelsen läggs varje år ca 35 000 äldre personer in på sjukhus p.g.a. tillstånd helt eller delvis orsakade av läkemedelsbiverkningar, varav 20 000–25 000 är förebyggbara (motsvarar en möjlig minskning mellan 57 och 71 procent).[34] Drygt 8 procent av akuta inläggningar av äldre på sjukhus orsakas av läkemedelsbiverkningar, och ca 60 procent av dem bedöms vara möjliga att förebygga enligt Socialstyrelsen.

Om alla kommuner som ligger över genomsnittet skulle lyckas minska andelen äldre med olämpliga läkemedel till nuvarande genomsnitt, skulle minskningen bli 77 procent.

Läkemedelsbiverkningar behöver fångas upp innan de orsakar svårare skada. Detta kan göras genom olika preventiva åtgärder, framför allt genom kunskap om biverkningar hos personalen både inom omsorg och sjukvård på olika nivåer, samt tydligt ansvar för läkemedelsuppföljning och samverkan mellan olika professioner som jobbar med patienten. Enligt Socialstyrelsen har andelen personer med olämpliga läkemedel i hemtjänsten minskat i 178 kommuner, men ökat i 97 kommuner under 2020, jämfört med föregående år. I särskilt boende har andelen personer med olämpliga läkemedel minskat i 152 kommuner, men ökat i 108 kommuner. Dessa skillnader kan bl.a. bero på i vilken utsträckning läkemedelsgenomgångar genomförs och i vilken utsträckning läkare förskriver olämpliga läkemedel till äldre.[35]

Så förväntas våra förslag påverka

Flera av våra förslag förväntas bidra till en bättre läkemedelshantering hos äldre patienter med kommunal primärvård. Det handlar framför allt om olika förslag som bidrar till att stärka tillgången till medicinsk kompetens för dessa patienter. Det görs t.ex. genom en tydligare reglering av uppdraget som fast läkarkontakt till personer med kommunal primärvård där det tydliggörs att den fasta läkarkontakten ska delta i planering, samordning och uppföljning av patientens vård. En del som bör ingå i detta är genomgång av läkemedelslistor. Att patienter i kommunernas primärvård ska erbjudas en fast läkarkontakt, knuten till boendet eller hemsjukvårdsområdet,

[34] Socialstyrelsen, *Läkemedelorsakad sjuklighet hos äldre*, 2014.
[35] Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser 2021.Vård och omsorg för äldre.*

förväntas bidra till en bättre personalkontinuitet vilket är av betydelse för relationen såväl mellan patient och läkare som mellan läkare och andra professioner. Med bättre kännedom om patienten har man bättre kunskap om vilka läkemedel hen använder och även bättre förutsättningar att upptäcka t.ex. förändringar i hälsotillstånd p.g.a. läkemedelsbiverkningar.

På motsvarande sätt förväntas kravet på att patienter som är inskrivna i kommunens primärvård ska ha en fast vårdkontakt i kommunens primärvård, som är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (ofta sjuksköterska) också bidra till stärkt personkontinuitet och motsvarande förbättringar som beskrivits ovan.

Våra förslag som helhet förväntas också bidra till bättre närvaro av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i kommunens primärvård, vilket ger ett bättre stöd för omsorgspersonal i samband med delegeringar, där avvikelser ofta uppstår i samband med läkemedelshantering. Det ger även bättre förutsättningar för ett nära teamarbete mellan läkare, övrig hälso- och sjukvårdspersonal samt omsorgspersonal, och då framför allt mellan personens fasta kontaktpersoner; fast läkarkontakt, fasta vårdkontakter och fast omsorgskontakt.

På mer övergripande nivå finns det också ett kontinuerligt behov av kompetensutveckling inom läkemedelsområdet. Där blir det en viktig uppgift för kvalitets- och ledningsansvariga att säkerställa en fungerande kunskapsstyrning, rutiner m.m. Våra förtydligande av behov av medicinsk kompetens på ledningsnivå kan bidra till detta.

Kostnader för läkemedel till äldre

Antal expedieringar av läkemedel till personer som är 75 år och äldre har ökat med ca 30 procent de senaste 16 åren[36].

Enligt statistik från E-hälsomyndighetens databas över expedierade läkemedel var kostnaden för läkemedel för individer 75 år eller äldre ca 9,7 miljarder kronor år 2021 varav 7,7 miljarder bekostades av staten via förmånsystemet. Mellanskillnaden var individens egen kostnad, egenavgiften samt eventuella merkostnader för läkemedel utanför förmånssystemet. Bara under perioden 2017–2021 har kostnaden ökat med drygt 51 procent till följd bland annat av nya dyrare läkemedel för behandling av olika cancerformer. Förmånsvärdet har

[36] Socialstyrelsen, *Statistikdatabasen.*

ökat med 61 procent medan antalet expedierade doser har ökat med 31 procent.

Räkneexempel

Hur mycket skulle vi kunna spara om läkemedelsbiverkningarna minskade, med 30 eller 60 procent? Vi utgår från att 20 000–25 000 vårdbesök av äldre p.g.a. läkemedelsbiverkningar är förebyggbara (se ovan). Vi tar ett snitt på 22 500.

En minskning med 60 procent (max-scenario) skulle leda till en minskning med 13 500 inläggningar på sjukhus per år, medan en minskning med 30 procent (min-scenario) skulle innebära 6 750 färre inläggningar per år.

Enligt Socialstyrelsen kostar varje vårdtillfälle som är kopplat till läkemedelsbiverkningar hos äldre ca 25 000 kronor (2014).[37] Uppräknat till 2022 års priser skulle det motsvara en ökning med 12,79 procent dvs. ca 28 000 kronor.

Bruttobesparingarna av att förebygga inläggningar orsakade av läkemedelsbiverkningar med 30 procent skulle då motsvara ca 189 miljoner kronor per år (min-scenario) och med 60 procent ca 378 miljoner kronor.

Förutom minskade biverkningar kan eventuella minskade kostnader för läkemedel tillkomma i de fallen individerna får bättre lämpade läkemedel och kanske även färre till antal när vi kunnat behandla sjukdomar tidigare eller mer effektivt.

Oplanerade återinskrivningar och undvikbara besök på akutmottagningar

Förekomst

Återinskrivningar av äldre på sjukhus inom 30 dagar är en relativt vanlig händelse. Spridningen mellan olika regioner varierar från 15 till 22 procent av alla äldre som varit inlagda.[38] Enligt Socialstyrelsen var andelen återinskrivningar under perioden 2010–2019 för multisjuka äldre respektive mest sjuka äldre ungefär dubbelt så hög som i

[37] Socialstyrelsen, *Läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre*, 2014.
[38] Nyckeltal Kolada, ”*Patienter med oplanerad återinskrivning inom 30 dagar, andel %*” 2020. Avser patienter 65 år och äldre.

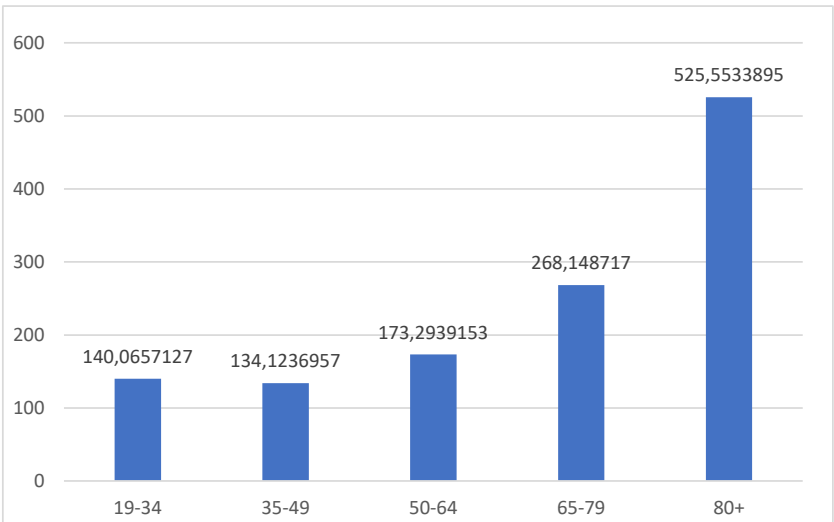
hela gruppen äldre 65 år och äldre (13,6–14,7 procent). För patienter 65 år och äldre som helhet, liksom för gruppen multisjuka äldre, sågs inte någon betydande förändring under den studerade tidsperioden.[39]

Besöken av äldre patienter till akutmottagningar har minskat med ca 13 procent sedan år 2016.[40] Enligt Socialstyrelsens statistikdatabas för akutmottagningar, väntetider och besök var det ca 1,6 miljoner vuxna (19 år eller äldre) som besökt akutmottagningarna år 2020. Individer i åldrarna 65 år och äldre stod för ca 707 000 besök (44 procent). Individer i åldrarna 80 år och äldre stod samma år för ca 300 000 besök på akutmottagningarna (18 procent). 36 procent av besöken görs av personer 70 år och äldre.

Antalet akutbesök relaterat till befolkningens storlek i samma ålder visar att i åldersgruppen personer från 80 år och äldre görs ca 526 besök per 1 000 invånare och i gruppen 65–79 år görs ca 268 besök per 1 000 invånare i respektive åldersgrupp.[41]

Figur 9.8 Antal besök per åldersgrupp på akutmottagningar per 1 000 invånare

År 2020, åldersstandardiserat



Källa: Socialstyrelsens databas.

[39] Socialstyrelsen, *Återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre, 2021.*
[40] Socialstyrelsen, *Statistikdatabasen*.
[41] Socialstyrelsens databas och SCB:s befolkningsdatabas, samt egna bearbetningar, åldersstandardiserat värde.

Så förväntas våra förslag påverka

En viss andel av besöken till akutmottagningar skulle kunna undvikas, t.ex. genom förebyggande arbete och ett adekvat omhändertagande av patienten i dess ordinära eller särskilda boende.

Våra förslag förväntas skapa bättre förutsättningar för att de behov som faktiskt kan och bör omhändertas i patientens boende blir omhändertagna där. Detta bl.a. genom bättre samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård, vilken underlättas av våra förslag om fasta kontaktfunktioner i form av fast vårdkontakt i kommunens primärvård, fast läkarkontakt och fast omsorgskontakt samt om individuell plan.

När det gäller individuell plan är förslagen om att det ska framgå vilka förebyggande och rehabiliterande insatser som ska ingå, samt kravet på att hälso- och sjukvården ska planera framåt för möjliga förändringar, av särskild betydelse. Även det faktum att alla patienter i kommunal primärvård som utgångspunkt ska ha en individuell plan förväntas bidra till bättre förutsättningar att på plats ta om hand de förändrade hälsotillstånd som lämpligen bör tas om hand i boendet.

Detta förstärkts ytterligare av våra förslag om att såväl läkare som sjuksköterska ska finnas tillgängliga för medicinsk bedömning i den kommunal primärvården, dygnet runt. Därmed ges förutsättningar för att det som går att hantera i boendet hanteras där, men också att det görs en medicinsk bedömning av om det faktiskt behövs specialiserad vård på sjukhus, så att sådan kan säkerställas vid behov.

Räkneexempel

Hur mycket skulle vi kunna spara om besök på akuten av äldre patienter kunde minska ytterligare? Antal besök på akutmottagningar för individer 80 år och äldre varierar mycket mellan regioner, där det minsta antalet återfinns i Blekinge med 373 besök per 1 000 invånare 80 år och äldre och flest antal besök i Västmanland med 708 besök per 1 000 invånare 80 år äldre.

Enligt SBU kostar ett besök på akutmottagning mellan 4 000 och 12 000 kronor i snitt. Om vi utgår från denna kostnad beräknar vi att en minskning av antalet besök till genomsnittet, som är 526 besök per 1 000 invånare 80 år och äldre, medför en besparing mellan 85 miljoner och 254 miljoner beroende på kostnaden för besöket.

Om vi minskar antalet besök till det lägsta antalet i dag, dvs. 373, så blir besparingen mellan 393 miljoner och 1 178 miljoner kronor under perioden.[42]

9.2.3 Sammanfattande reflektioner

Sammanfattning av skattade bruttobesparingar från våra förslag

Tabell 9.1 Skattade bruttobesparingar till följd av våra förslag

Miljarder kronor/år

	Min	Max
Minskade fallskador	1,4	2,9
Minskade läkemedelsbiverkningar	0,2	0,4
Minskade akuta besök	0,1–0,3	0,4–1,2

Källa: Egna beräkningar.

Några slutliga reflektioner

De räkneexempel vi redogjort för och som presenteras i tabell 9.1 är några exempel på möjliga bruttobesparingar för samhället. Till dessa skulle man kunna lägga flera andra besparingar vilka vi inte har kostnadsberäknat här. Till exempel minskade behov i antal timmar med hemtjänst tack vare en bättre hälsa, eller mindre behov av informell vård från anhöriga och möjligheten till en högre sysselsättning bland anhöriga – särskilt bland kvinnor. Mindre sjukfrånvaro i vissa yrken är en annan möjlig besparing, tack vare bättre förutsättningar för de som jobbar inom äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård osv.

Tabellen är ett försök att ange möjliga bruttobesparingar per år. Vi räknar på en treårs-horisont. Det är tänkbart att vissa nyttor kommer att minska på längre sikt. Fallolyckor fortsätter kanske t.ex. inte minska i samma takt flera år i rad. Samtidigt kan och måste vinsterna med ett förebyggande perspektiv ”hämtas hem” för varje ny generation, annars ökar samhällskostnaderna igen.

Våra exempel visar storleksordningen på några möjliga besparingar, både för regioner och kommuner. Detta kan inte tas för en prognos. Det går inte heller att rakt av summera ihop belopp i tabellen.

[42] Obs att det finns en viss risk för dubbelräkning i förhållande till tidigare exempel eftersom en del av besöken kan bero på fallskador och läkemedelsbiverkningar.

Vi kan inte med säkerhet utesluta dubbelräkningar. För beräkningar av kostnader för våra olika förslag se vidare avsnitt 9.4 5–6 samt 9.5.5–7.

9.3 Utgångspunkter för kostnadsberäkningar

9.3.1 Beskrivning av målgrupper för konsekvensanalyser

Det finns i dag ca 2 miljoner personer över 65 år i Sverige. Utredningens förslag kommer förr eller senare att beröra de flesta av dem och de flesta av oss alla, dock inte samtidigt.

När vi räknar på kostnader av våra förslag behöver vi avgränsa målgruppen till de äldre personer som har insatser från äldreomsorg, kommunal primärvård (i särskilt eller ordinärt boende) eller båda, vid en särskild tidpunkt.

Dessutom berörs även individer under 65 år som har insatser enligt SoL eller enligt HSL i vissa av våra förslag och inkluderas i målgruppen för våra konsekvensanalyser.

Vi utgår från data från 2020.[43] En bra utgångspunkt är att beskriva den officiella statistik som finns kring mottagare av olika insatser. Utifrån Socialstyrelsens officiella statistik från 2020 kan vi ringa in storleken på våra målgrupper och använda det som grund för våra kostnadsberäkningar. Vi kan sen tillämpa demografiska prognoser för att t.ex. skatta hur mycket gruppen skulle kunna ändras över tid.

När det gäller den officiella statistiken är det dock viktigt att särskilja mellan antalet individer som rapporteras ha fått en viss insats under en särskild månad, och totalen vid årets slut (dvs. antalet som har haft en viss insats över ett år). Stocken av individer som har omsorg eller hälso- och sjukvård ändras varje månad på grund av nya individer med beviljade insatser(inflöde) samt individer som dör eller slutar få en insats (utflöde). När man tänker på målgruppen ”berörda” behöver man inkludera alla som har fått en insats någon gång under året, oavsett hur länge – dvs. man bör utgå från det antal som totalt har fått minst en insats vid årets slut. När man kostnadsberäknar är det däremot mer adekvat att utgå ifrån hur många

[43] Efter dialog med Socialstyrelsen framgick att det inte skulle vara en statistiskt meningsfull skillnad jämfört med tidigare år . Statistik för 2021 visar ännu större avvikelse än 2020, därmed använder vi oss av statistik för 2020 med reservation om att vi i nuläget inte känner till de långsiktiga effekterna av pandemin på efterfrågan av äldreomsorg och kommunal primärvård.

som har en viss insats under en representativ månad (genomsnittsmånaden under hela året). Detta eftersom det är mer representativt sett till kostnaden för ett helt år. Det beror på att det finns ett visst in- och utflöde i systemet, då en del av insatsmottagarna avlider eller har insatser över olika månader under ett och samma år och därmed inte påverkar kostnadsbilden lika mycket eller samtidigt. Officiell statistik kring årligt inflöde i olika typer av insatser saknas däremot. När vi behöver räkna på inflödet av personer med en viss typ av insats under ett visst år – i stället för stocken – räknar vi ut själva inflödet genom att ta skillnaden mellan antal individer med den insatsen under hela året och antalet under genomsnitt månaden. Detta givet ett förenklat antagande att skillnaden mellan inflödet och utflödet är ungefär konstant för varje månad.

Socialstyrelsen har på vår begäran sammanställt statistik för 2020, per månad samt totalt för hela året, som vi redovisar i tabell 9.2 och 9.3 nedan. I tabellerna har personer som avlidit månaden innan (eller tidigare) tagits bort för att data ska stämma bättre överens med den officiella årliga statistiken. När man samlar statistik från olika register[44] kan det finnas små dataskillnader beroende på vilken källa man använder. Skillnaderna är dock små och borde inte substantiellt påverka våra beräkningar.

[44] I vårt fall antal personer rapporterade att ha olika typer av SoL insatser med eller utan kommunal hälso- och sjukvård.

Tabell 9.2 Personer med insatser från kommunal hälso- och sjukvård

med eller utan SoL- eller LSS-insatser

	Antal med KHSV* 2020	Antal med KHSV genomsnittsmånad 2020	Andel personer med KHSV av de med respektive SoL-insats 2020
På SÄBO 0–64 år	3 605	2 565	65 %
På LSS-boende 0–64 år	18 979	15 814	63 %
Med hemtjänst 0–64 år	9 540	5 125	42 %
Med KHV utan SoL/LSS 0–64 år	32 036	15 644	
Med andra SoL/LSS-insatser 0–64 år	12 747	7 149	
Totalt 0–64 år	70 536	46 296	
På SÄBO 65+ år	96 013	65 452	88 %
På LSS-boende 65+ år	3 402	3 063	88 %
Med hemtjänst 65+ år	137 533	76 200	58 %
Med KHV utan SoL/LSS 65+ år	116 912	41 867	
Med andra SoL/LSS-insatser 65+ år	50 962	19 986	
Totalt 65+ år	316 588	206 568	
På SÄBO totalt	99 618	68 017	87 %
På LSS boende totalt	22 381	18 877	73 %
Med hemtjänst totalt	147 073	81 324	56 %
Med KHV utan SoL/LSS totalt	148 948	57 511	
Med andra SoL/LSS-insatser totalt	63 709	27 135	
Totalen	**387 124**	**252 864**	

Källa: Socialstyrelsen och egna bearbetningar.
*Kommunal hälso- och sjukvård, förkortad KHSV.

Tabell 9.3 Personer med SoL-insatser

med eller utan kommunal hälso- och sjukvård, 2020

Antal personer	Antal med SoL-insats, genomsnitts-månad 2020	Antal med SoL-insats utan KHSV, genomsnitts-månad 2020	Antal med SoL 2020 *	Antal med SoL-insats utan KHSV – 2020
På SÄBO (SoL) 0–64 år	4 530	1 965	5 567	2 468
Med hemtjänst i ordinärt boende 0–64 år	16 217	11 016	22 848	15 024
Med andra SoL insatser 0–64 år	36 923	32 296	50 141	42 954
Total 0–64 år	57 670	45 278	73 937	58 012
På SÄBO (SoL) 65+ år	80 626	15 174	109 377	19 890
Med hemtjänst i ordinärt boende 65+ år	168 918	92 686	237 335	128 848
Med andra SoL insatser 65+ år	79 227	59 352	125 351	85 599
Total 65+ år	328 771	167 212	404 022	209 121
På SÄBO (SoL) totalt	85 156	17 139	114 944	22 358
Med hemtjänst i ordinärt boende totalt	185 135	103 703	260 183	143 872
Med andra SoL insatser totalt	116 149	91 648	175 492	128 553
Antal personer med SoL insatser totalt	**386 441**	**212 490**	**477 959**	**267 133**

Källa: Socialstyrelsen och egna bearbetningar.
*Antal med SoL insatser under hela året.

9.3.2 Antaganden kring personalkostnader

När vi gör beräkningar av personalkostnader kopplade till våra förslag använder vi oss generellt av SCB:s senaste lönestatistik.

Vi baserar våra skattningar på en genomsnittlig månadslön och vi lägger till SKR:s personalomkostnadspålägg för 2022/2023 för att få hela lönekostnaden kopplat till ett visst yrke.

9.4 Konsekvensanalyser gällande förslag om en äldreomsorgslag

I det följande redogörs för konsekvenser som följer av förslagen i kapitel 7.

9.4.1 Övergripande konsekvenser av förslaget om en äldreomsorgslag

Utredningens bedömning: Våra förslag syftar sammantaget till att förbättra kvaliteten och komma till rätta med brister i äldreomsorgen. Därmed förväntas förslagen bidra till att förbättra livskvaliteten och välbefinnandet för personer med stöd och hjälp från äldreomsorgen. Förslagen förväntas även bidra till en tydligare styrning av äldreomsorgen och därigenom till en ökad nationell likvärdighet. Genom en tydligare styrning bedöms förslagen även bidra till bättre förutsättningar för personalen i äldreomsorgen att utföra sitt arbete med kvalitet samt för tillsyn av äldreomsorgen.

I vårt förslag på äldreomsorgslag finns flera olika bestämmelser som stärker det förebyggande perspektivet och en hälsofrämjande, funktionsstödjande och tillgänglig inriktning för äldreomsorgen. Dessa förväntas sammantaget bidra till att äldre personer får fler år med hälsa och självständighet. Genom krav på delaktighet och inflytande vid planering kan personers självständighet och delaktighet i sina ärenden och i utförandet av insatser i äldreomsorgen öka. Genom att ställa krav på att det ska finnas tillräckligt med personal med rätt kompetens och ledare med förutsättningar att utöva ett aktivt nära ledarskap ska kontinuiteten, tryggheten och säkerheten bli bättre för personer som får äldreomsorg liksom för personalen som kan få återkoppling, handledning och stöd. Även kravet på en fast omsorgskontakt för personer i särskilda boenden bidrar till kontinuitet, trygghet och säkerhet.

Våra förslag om att utgå från personers individuella behov och förutsättningar vid beslut om, utformning och genomförande av insatser ska öka personcentreringen i äldreomsorgen och minska utbudsstyrningen i utredningar och beslut om insatser.

Flera av våra förslag omfattar även anhöriga och andra närstående och syftar till att stödja och förbättra deras livsvillkor och hälsa.

9.4.2 Konsekvenser för äldre personer samt anhöriga och andra närstående

Utredningens bedömning: Våra förslag skapar förutsättningar för att äldre personer och deras anhöriga samt andra närstående ska kunna vara mer delaktiga och utöva självbestämmande i äldreomsorgen. Ett förebyggande och personcentrerat perspektiv i äldreomsorgen bidrar till bättre förutsättningar att förlänga tiden med bästa möjliga hälsa och självständighet. När den enskilde är informerad – om äldreomsorgens uppdrag och innehåll i stort, och även i sitt eget ärende – kan man känna en större trygghet, i och med att det finns en förutsebarhet.

Våra förslag syftar samtliga till att äldre personer ska uppleva en ökad delaktighet, självständighet, trygghet och säkerhet i äldreomsorgen. Ett förebyggande, hälsofrämjande och funktionsstödjande synsätt kan ge äldre personer bättre möjligheter att bevara eller förbättra sin hälsa och sin funktionsförmåga. Det förebyggande perspektivet gäller även för stöd till anhöriga och andra närstående som vårdar eller stödjer en närstående och kan därigenom bidra till att anhörigomsorgen inte påverkar den egna hälsan och livskvaliteten negativt.

Personcentrering i äldreomsorgen, genom krav på att insatser ska vara anpassade till individuella förutsättningar och behov, skapar ett större utrymme för delaktighet och självbestämmande för den äldre personen. Detsamma gäller vårt förslag om upprättande av genomförandeplaner. Kraven på planering, genomförandeplan och individuell plan, och uppföljning av planerna ska leda till att insatserna som ges är ändamålsenliga och säkra.

Anhöriga och andra närstående står för en stor del av vården och omsorgen om äldre i Sverige. Alla förslag som leder till en förbättrad omsorg av äldre påverkar därmed även anhöriga och andra närstående och kan minska påfrestningen för dessa grupper.

Våra förslag med mer samordnad vård och bättre omsorg kommer att påverka anhöriga positivt. Vi har också förslag som direkt riktas till anhöriga och andra närstående. Vårt förslag till förebyggande perspektiv som mål omfattar även stöd till anhöriga. Våra förslag på delaktighet för anhöriga vid upprättande av genomförandeplan stärker de anhörigas och andra närståendes situation.

9.4.3 Konsekvenser för personal inom berörda yrkesgrupper

Utredningens bedömning: Våra förslag bidrar till bättre förutsättningar för personalen i äldreomsorgen att utföra sitt arbete med kvalitet. Våra förslag förväntas även medföra en ökad tydlighet om uppdraget och innehållet i äldreomsorgen, och därmed en ökad tydlighet i vilka förväntningar som finns på arbetsgivare, personal och chefer.

Förslagen ska ge bättre förutsättningar för personalen att utföra sitt uppdrag. Förslagen kan bidra till att osäkra anställningsförhållanden minskar, vilket ger förutsättningar till en bättre arbetsmiljö.

Även kravet på att ge chefer förutsättningar för att utöva ett aktivt och närvarande ledarskap bidrar till mer hållbara förutsättningar och bättre arbetsmiljö för personalen, bl.a. genom ökade möjligheter att få stöd och handledning i arbetet.

Tydligare uppdrag och innehåll i äldreomsorgen

Vårt sammantagna förslag till äldreomsorgslag förväntas bidra till att uppdraget och innehållet för äldreomsorgen blir tydligare. Socialtjänstlagens bestämmelser är allmänt hållna för att vara ändamålsenliga för alla målgrupper för socialtjänsten. Det innebär dock att uppdraget och innehållet i äldreomsorgen kan uppfattas som otydligt. Inte bara för allmänheten utan även för personalen som arbetar där (se avsnitt 7.3.1). En tydligare lagstiftning som sedan kompletteras med mer konkreta regler för hur man ska arbeta för att uppfylla krav och mål i lagstiftningen i en nationell ordning för kvalitetsutveckling (se avsnitt 7.3.18) kan bidra till att personalens uppdrag tydliggörs

och därmed bidra till en ökad säkerhet och trygghet för personalen som utför uppgifterna.

Vårt förslag om krav på att planera och organisera arbetet med beaktande av äldre personers behov av kontinuitet, trygghet och säkerhet, bör få en direkt betydelse för personalens arbetsförhållanden. Det innebär t.ex. att schemaläggning och organisering av arbetet i geografiska områden, i enheter eller team måste stödja krav på kontinuitet, något som kan förbättra schemaläggning och anställningsförhållanden på ett för personalen positivt sätt. Det kan därmed även bidra till att öka attraktiviteten i yrket och underlätta för kompetensförsörjningen.

Första linjens chefer

I avsnitt 7.3.14 föreslår vi att den närmaste chefen för den operativa verksamheten (ofta kallad första linjens chef) ska ges de förutsättningar som krävs för att den ska kunna utföra ett aktivt och närvarande ledarskap. De som har ett alltför stort antal medarbetare att ansvara för förväntas med vårt förslag få ansvar för färre medarbetare. Förslaget förväntas också leda till att chefernas förutsättningar förbättras genom att stödet till dem stärks, t.ex. ett utökat administrativt stöd. Förslaget förväntas därför bidra till att chefernas arbetssituation och arbetsmiljö förbättras. Därmed kan det även bidra till attraktiviteten i yrket och att fler väljer att stanna och utvecklas i sin chefsroll. En studie visar att ca 20 procent av cheferna inom äldreomsorgen byter tjänst inom en tvåårsperiod.[45]

Förslaget kan även bidra till positiva effekter för personalen som kan få ett mer aktivt närvarande stöd från sin chef, vilket kan bidra till att öka attraktiviteten i yrket och underlätta för kompetensförsörjningen.

Fast omsorgkontakt

I avsnitt 7.3.12 föreslår vi att det införs krav på fast omsorgskontakt även för äldre personer i särskilt boende. Vår bestämmelse utgår från bestämmelsen i SoL som fastslår att den som utses till fast omsorgs-

[45] Socialstyrelsen, *Förutsättningar och stöd för första linjens chefer. Kartläggning av första linjens chefer i äldreomsorgen*, 2021.

kontakt ska ha yrkestiteln undersköterska.[46] Vi gör inget undantag från denna reglering när vi föreslår att rollen även ska införas för äldre personer i särskilt boende, eftersom undersköterskans kompetens bedöms vara minst lika avgörande för personer i särskilt boende.

I propositionen som ligger till grund för bestämmelsen om fast omsorgskontakt i hemtjänsten diskuteras hur kompetenskravet påverkar möjligheten till kompetensförsörjning. Där redogörs såväl för förväntade kommande rekryteringsbehov inom äldreomsorgen som för regeringens satsningar för att öka bemanningen inom äldreomsorgen.

De initiativ som regeringen tagit för att öka bemanningen inom äldreomsorgen samt den kompetenssatsning som görs inom ramen för äldreomsorgslyftet bedöms kunna öka utbudet av undersköterskor. Därför är det enligt regeringens mening rimligt att den som utses till fast omsorgskontakt ska vara undersköterska.[47]

Vi gör motsvarande bedömning i förhållande till vårt förslag att även tillhandahålla fast omsorgskontakt för äldre personer på särskilt boende. Bestämmelserna medför behov av ökad bemanning av undersköterskor (för beräkningar se avsnitt 9.4.5). Genom att ha rätt kompetens på rätt plats och arbeta med större kontinuitet i förhållande till personerna med äldreomsorg förväntas dock också verksamheterna bli mer effektiva och kunna arbeta med högre kvalitet. Bestämmelserna förväntas sammantaget understödja riktningen mot en professionalisering av äldreomsorgen, vilket i förlängningen kan öka undersköterskeyrkets attraktivitet och status och underlätta kompetensförsörjningen. Bestämmelsen förväntas även bidra till en tryggare arbetssituation, och därmed bättre arbetsmiljö, på grund av den personkännedom som uppkommer mellan den äldre personen och den fasta omsorgskontakten.

[46] Undersköterska blir skyddad yrkestitel from 1 juli 2023. En övergångsperiod gäller dock fram till den 30 juni 2033, vilken ger en person som den 1 juli 2023 är tillsvidareanställd med yrkestiteln undersköterska rätt att fortsätta använda titeln under tio år.
[47] Prop. 2021/22:116, *Fast omsorgskontakt i hemtjänsten*, s. 21 f.

9.4.4 Konsekvenser för kommunala självstyret

Utredningens bedömning: De flesta av utredningens förslag innebär inskränkningar i den kommunala självstyrelsen, till förmån för en tydligare reglering och ökad likvärdighet. Hur mycket regleringen påverkar det kommunala självstyret varierar.

De flesta förslagen är utformade som förtydliganden eller konkretiseringar av vad som redan följer av befintlig lagstiftning. Förslagen syftar till att komma till rätta med väl belagda brister i äldreomsorgen och variationer i kvalitet och tillgång till äldreomsorg. Effekterna som förslagen syftar till att uppnå, kan inte uppnås på ett mindre ingripande sätt. De är därför proportionerliga.

Den kommunala självstyrelsen regleras bl.a. i 14 kap. regeringsformen, förkortad RF, och innebär att det ska finnas en självständig och, inom vissa ramar, fri bestämmanderätt för kommunerna. Enligt 14 kap. 3 § RF bör en inskränkning i den kommunala självstyrelsen prövas mot proportionalitetsprincipen, vilket innebär att en inskränkning inte bör gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranlett inskränkningen.

I detta avsnitt analyserar vi i vilken utsträckning våra förslag innebär en inskränkning av den kommunala självstyrelsen och om de i så fall är proportionerliga i förhållande till de ändamål som föranlett våra förslag. För en utförligare beskrivning av ändamålen se kapitel 7.

Förslagen i äldreomsorgslagen som specificerar ett övergripande krav i socialtjänstlagen för äldreomsorgen kan vara en inskränkning i den kommunala självstyrelsen utan att för den skull innebära ett nytt åliggande.

I avsnitt 9.4.5 och 9.4.6 analyseras i vilken mån våra förslag innebär nya åligganden och om de i så fall medför kostnader som behöver finansieras.

Förtydliganden av gällande rätt

Många av utredningens förslag till bestämmelser utgör konkretiseringar och förtydliganden om vad som redan gäller enligt socialtjänstlagen och dess förarbeten. I dessa fall innebär våra förslag ett visst intrång i den kommunala självstyrelsen, men utgör inte nya åtagan-

den i förhållande till vad som redan följer även av nuvarande lagstiftning. Det gäller för bestämmelserna om nya mål, insatser utifrån individuella behov och förutsättningar samt information om närståendestöd(se avsnitt 7.3.5, 7.3.6 och 7.3.16 om hur bestämmelserna förhåller sig till gällande rätt enligt socialtjänstlagen). Mot bakgrund av att uppdraget för äldreomsorgen enligt gällande lagstiftning uppfattas som otydligt och att otydligheten får konsekvenser i form av ojämlik tillgång till och kvalitet i äldreomsorg är det nödvändigt med en ökad reglering, trots det intrång som förslagen innebär i det kommunala självstyret.

Följa upp insatser

Även utredningens förslag om att insatser ska följas upp (se avsnitt 7.3.8) är en precisering och konkretisering av ett befintligt åtaganden enligt gällande rätt. Förslaget innebär en ökad detaljering i förhållande till socialtjänstlagens krav på att insatserna ska vara av god kvalitet och att enskilda ska få sina behov tillgodosedda.[48]

Enligt förarbetsuttalanden förutsätter god kvalitet uppföljning.[49] Vårt förslag kodifierar detta i lag. Den ökade detaljeringsgraden i styrningen innebär en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen, men måste ses som marginell. Det finns enligt vår bedömning inte något mindre ingripande alternativ, eftersom efterlevnaden av förarbetsuttalandena om uppföljning visat sig vara låg. Eftersom uppföljning är en förutsättning för att kunna tillhandhålla insatser av god kvalitet behöver det säkerställas att uppföljning sker på ett likvärdigt sätt i landet. Syftet är ytterst att säkerställa att de insatser personer får i äldreomsorgen tillgodoser deras behov. Förslaget är därmed proportionerligt och går inte utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet med bestämmelsen.

[48] 3 kap. 3 § och 4 kap. 1 § SoL.
[49] Se t.ex. prop. 1996/97:124, *Ändring i socialtjänstlagen*, s. 52 f. och prop. 1997/98:113, *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*, s. 93.

Planera och organisera för kontinuitet, trygghet och säkerhet

Utredningens förslag på en bestämmelse som anger att personers behov av kontinuitet, trygghet och säkerhet ska beaktas vid planering och organisering av verksamheten (se avsnitt 7.3.11) är en precisering och konkretisering av gällande rätt. Kontinuitet och trygghet är en kvalitetsaspekt som ryms inom ramen för den reglering som finns med krav på god kvalitet. Kontinuitet och trygghet nämns särskilt i lagens förarbeten.

Vårt förslag till bestämmelse reglerar inte i detalj hur man ska planera eller organisera i verksamheten och lämnar fortfarande ett relativt stort utrymme för kommunernas självstyrelse. Vårt förslag innebär dock en högre grad av detaljering på området och utgör därmed en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen.

Förslaget syftar till att öka kontinuiteten, tryggheten och säkerheten och därmed livskvaliteten för personer som får insatser inom äldreomsorgen. En ökad personalkontinuitet medför en ökad personkännedom och därigenom kan förändringar i hälsotillstånd identifieras och åtgärdas i tid. Vidare kan samverkan och samordning förbättras med en ökad personalkontinuitet. Bristande kontinuitet har varit ett känt problem under lång tid och åtskilliga satsningar har gjorts utan att man kommit till rätta med problemen (se avsnitt 7.1.5) Därför kan inte mindre ingripande alternativ ses som tillräckliga. Förslaget är därmed proportionerligt och går inte utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet med bestämmelsen.

En individuell plan för dem som flyttar in i särskilt boende

Utredningen föreslår i avsnitt 7.3.10 att en individuell plan ska upprättas när en person flyttar in i ett särskilt boende. Förslaget är en utvidgning av det redan befintliga kravet på att upprätta en individuell plan när det bedöms finnas behov av det för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda. Den inskränkning av den kommunala självstyrelsen som detta innebär är marginell. Skillnaden mot vad som redan gäller är att det måste vara uppenbart obehövligt för att en plan inte behöver upprättas.

Enligt vår mening finns som regel ett behov av en individuell plan för dem som får insatsen särskilt boende. Personer som får plats på särskilt boende har ofta omfattande behov av vård och omsorg. Det

torde enligt vår bedömning vara ytterst få som efter en faktisk bedömning av behov inte skulle omfattas av det krav som redan i dag finns i SoL och HSL om att upprätta en individuell plan. Därför gör vi bedömningen att det utökade åtagandet är av begränsad omfattning. Vi bedömer att ändamålet inte kan uppnås med mindre ingripande åtgärder. Förslaget är därmed proportionerlig och går inte utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet med bestämmelsen.

Genomförandeplaner

Utredningen föreslår i avsnitt 7.3.7 att det ska införas en bestämmelse om att en genomförandeplan över när och hur insatser ska genomföras ska upprättas, följas upp och fortlöpande hållas aktuell, om det inte är uppenbart obehövligt. Planen ska ha sin utgångspunkt i personens individuella behov och förutsättningar. Planen ska upprättas, följas upp och fortlöpande hållas aktuell tillsammans med personen, när det är möjligt. Anhöriga eller andra närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och personen som får insatser inte motsätter sig det.

Syftet med bestämmelsen är att insatser ska planeras på ett strukturerat sätt, att mål sätts upp för insatserna och att det följs upp hur målen nås. En genomförandeplan är också ett viktigt verktyg för att insatserna planeras och utförs utifrån ett personcentrerat perspektiv. Kravet på att planen ska upprättas, följas upp och hållas aktuell ska säkerställa att den person som ska få insatser utförda får möjlighet att vara delaktig i planeringen och utöva självbestämmande över hur och när insatserna ska utföras. Genomförandeplaner kan också vara ett verktyg för att arbeta mot det mål vi föreslår om ett förbyggande, hälsofrämjande och funktionsstödjande perspektiv.

Vårt förslag förväntas därmed bidra till en stärkt personcentrering och ett stärkt förebyggande arbete som främjar en bättre hälsa och stödjer funktionsförmåga. En lagreglering styr på ett likartat sätt och bidrar därmed till en nationell likvärdighet. Därför anser vi att det inte finns mindre ingripande alternativ som fyller samma syfte. Bestämmelsen innebär ett nytt åliggande och en inskränkning av den kommunala självstyrelsen. Förslaget är proportionerligt och går inte utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet med bestämmelsen.

Personal

Utredningen föreslår i avsnitt 7.3.15 en bestämmelse som anger att det ska finnas den personal som behövs för att insatserna ska kunna utföras i enlighet med de mål och krav som gäller för verksamheten enligt äldreomsorgslagen och socialtjänstlagen Vårt förslag till bestämmelse avser den personal som utför insatser i äldreomsorgen, dvs. omsorgspersonal som undersköterskor, specialistundersköterskor och vårdbiträden. Vårt förslag innebär inte någon ändring i sak vad gäller kravet i SoL, utan syftar till att förtydliga och lyfta fram vikten av lämplig utbildning och erfarenhet för äldreomsorgen.

I 3 kap. 3 § andra stycket SoL anges att det för utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Bestämmelsen är allmänt formulerad och gäller för hela socialtjänsten. Den syftar till att framhålla hur viktigt det är att upprätthålla en hög kompetens och välja personer med lämplig bakgrund och personlighet för yrken inom socialtjänsten.[50]

Bestämmelsen gäller, även med vårt förslag på ny bestämmelse, fortsatt för äldreomsorgen. Förarbetsuttalandena till bestämmelsen i SoL äger giltighet än i dag. Där anges att frågan om kompetens är av central betydelse för socialtjänstens möjligheter att erbjuda insatser av god kvalitet. Vidare anges att det ligger i sakens natur att socialtjänsten med sina vitt skilda uppgifter behöver personal med skiftande utbildning och erfarenhet. Det är också en tillgång om det finns personal inom socialtjänsten som speglar befolkningens språkliga, kulturella och etniska mångfald.

Att det behöver finnas ett tillräckligt antal personal för att kunna utföra insatser inom äldreomsorgen i enlighet med de mål och krav som ställs i lagstiftningen som styr äldreomsorgen är en given förutsättning även utan vårt förslag. Bestämmelsen syftar till att lyfta fram betydelsen av att det finns rätt antal personal med rätt kompetens och innebär inte i sig något krav på att det ska finnas mer personal än vad det gör i dag. Förslaget inskränker inte möjligheterna att använda tekniska lösningar som t.ex. olika larm för att komplettera personalens insatser. Lagens mål och krav måste uppfyllas även utan denna bestämmelse. Bestämmelsen medför därmed inte några nya åligganden. Påverkan på den kommunala självstyrelsen är marginell och därför är proportionerlig.

[50] Prop. 1996/97:124, *Ändring i socialtjänstlagen*, s. 48.

Fast omsorgskontakt i särskilt boende

Utredningens förslag om fast omsorgskontakt i särskilda boenden (se avsnitt 7.3.12) vidgar kretsen som ska få en fast omsorgskontakt och utgör därmed ett intrång i det kommunala självstyret. Förslaget syftar till att stärka kvaliteten inom äldreomsorgen för dem som bor i särskilda boenden genom förbättrad personalkontinuitet och en mer individanpassad, säker och trygg omsorg. Den fasta omsorgskontaktens arbetssätt regleras inte i förslaget utan det som regleras i lag är de mål som ska gälla för arbetet. Det innebär att kommuner inom ramen för sina lokala rutiner och processer kommer kunna utforma arbetssätt för den fasta omsorgskontakten som passar respektive kommuns förutsättningar. Förslaget är därmed proportionerligt och går inte utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet med bestämmelsen.

Vår bestämmelse utgår från bestämmelsen i SoL som fastslår att den som utses till fast omsorgskontakt ska ha yrkestiteln undersköterska. Socialtjänstlagens bestämmelser gäller även för äldreomsorgen. Kompetenskravet finns alltså redan i SoL och är inte ett nytt intrång i självstyret utifrån vara förslag. Kompetenskravet, bidrar till att nå målen om en säker och trygg omsorg. Vi gör inget undantag från denna reglering när vi föreslår att rollen även ska införas för äldre personer i särskilt boende, eftersom undersköterskans kompetens bedöms vara minst lika avgörande för personer i särskilt boende.

Förbättra förutsättningar för chefer

Utredningen föreslår i avsnitt 7.3.14 en bestämmelse som anger att socialnämnden ska säkerställa att chefer, som är den närmaste chefen för den operativa verksamheten i verksamheter som utför insatser inom äldreomsorgen, får de förutsättningar som krävs för att kunna utföra ett aktivt och närvarande ledarskap.

Ett aktivt och närvarande ledarskap är en förutsättning för att vården och omsorgen ska kunna bedrivas med en god kvalitet. Chefernas förutsättningar att utöva ledarskap kan få konsekvenser inte bara för cheferna själva utan även för deras medarbetare och i förlängningen också för personer som får insatser i äldreomsorgen.

Brister i förutsättningarna för att ledare i äldreomsorgen ska kunna utföra ett aktivt och närvarande ledarskap har varit kända länge.

Chefer i äldreomsorgen har i genomsnitt ett stort antal underställda medarbetare vilket leder till svårigheter i att utöva ett gott och nära ledarskap. Chefsarbete inom vård och omsorg kännetecknas dessutom av ansträngd ekonomi, begränsat organisatoriskt stöd och obalans mellan krav och resurser. Socialstyrelsen beskrev problematiken redan 2006 och flera rapporter därefter har bekräftat detta (se avsnitt 7.1.7 och 7.3.14). Trots att bristerna varit kända och påtalats i ett flertal rapporter har ingen förändring skett. Detta talar för att det behövs en tydligare styrning genom lagreglering för att komma tillrätta med problemen. Syftet med bestämmelsen är att kommunerna ska förbättra dessa förutsättningar. Vårt förslag reglerar inte de konkreta åtgärder som kommunerna ska genomföra för att nå målet med bestämmelsen, därtill är förutsättningarna i kommunerna för olika. Varje kommun och verksamhet behöver ta ställning till hur förutsättningarna ser ut hos dem och vidta nödvändiga åtgärder. Förslaget innebär en inskränkning i den kommunala självstyrelsen, men lämnar ett relativt stort utrymme till kommunerna att bestämma hur målet ska uppnås. Förslaget är därmed proportionerlig och går inte utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet med bestämmelsen.

Upprätta kvalitetsberättelser

Utredningen föreslår i avsnitt 7.3.13 en bestämmelse som anger att socialnämnden årligen ska upprätta en kvalitetsberättelse över sitt kvalitetsarbete.

Socialnämnden har enligt socialtjänstlagen ansvar för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.[51] God kvalitet förutsätter uppföljning.[52] Att upprätta kvalitetsberättelser och att använda dessa som underlag för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet är ett sätt att arbeta för att uppfylla lagens krav. Vårt förslag innebär därmed en mer detaljerad reglering av hur en del av kvalitetsarbetet ska utföras. Därför innebär förslaget en inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Förslaget innebär ett systematiskt arbetssätt för att synliggöra verksamhetens kvalitet och vilka förbättringar som behöver göras för att nå upp till krav och mål på kvalitet i verksamheterna. Förslaget syftar till att de förtro-

[51] 3 kap. 3 § SoL.
[52] Prop. 1997/98:113, *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*, s. 93 och prop. 2005/06:115, *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*, s. 118.

endevalda i ansvarig nämnd, som ytterst ansvariga, ska få goda förutsättningar att bedöma och utveckla äldreomsorgens kvalitet och utveckling. Uppföljningen ger också underlag för ställningstagande om kvalitetssäkring och -utveckling framöver.

Sedan 2011 har det funnits allmänna råd som rekommenderar att kvalitetsberättelser upprättas. Det är dock en så central del i att säkerställa att ansvariga för äldreomsorgen i kommunen har tillräcklig insyn för att kunna uppmärksamma brister och förbättringsområden samt följa och styra kvalitetsutvecklingen i kommunen att det bör regleras i lag. För att åstadkomma en likvärdighet nationellt och kunna göra nationella jämförelser krävs styrning genom lagstiftning. Förslaget är därmed proportionerlig och går inte utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet med bestämmelsen.

Nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen

Utredningen föreslår, i enlighet med våra direktiv, en ordning för, och en reglering av, en nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen (se avsnitt 7.3.18).[53] Enligt vårt förslag ska ordningen tas fram i form av en förordning. Systemet ska bidra till en långsiktig förbättring av, och en höjd kvalitet inom, äldreomsorgen. Det ska även främja likvärdighet över landet. Den nationella ordningen för kvalitetsutveckling kommer även utgöra en tydligare utgångspunkt för tillsynen av äldreomsorgen.

Regeringen har i direktiven aviserat en avsikt att ge relevant myndighet i uppdrag att precisera och utforma förslag på innehållet i den nationella ordningen för kvalitetsutveckling.

Att införa mer förtydligande och preciserade regler i en förordning innebär en ökad reglering och därmed en inskränkning av den kommunala självstyrelsen. Givet att utredningen inte har i uppdrag att utforma själva förordningen om den nationella ordningen för kvalitetsutveckling är det inte möjligt att förutse hur denna reglering kommer att utföras och därmed hur den påverkar det kommunala självstyrelsen. Det beror på vilka förslag den myndighet regeringen ger uppdraget till lägger fram och vad regeringen beslutar. Utredningen föreslår inte några nya bemyndiganden för regeringen att ta fram föreskrifter utan utgår från att en förordning utfärdas med stöd

[53] Motsvarande det som i direktiven kallas för en nationell omsorgsplan, se avsnitt 7.3.18.

av 8 kap. 7 § regeringsformen. Av bestämmelsen följer att regeringen kan meddela närmare föreskrifter om verkställighet av lag. Dvs. inte bestämmelser om nya åligganden för kommunerna, utan förtydliganden kring vad som följer av lag avseende äldreomsorgens uppdrag och innehåll.

Den myndighet som har uppdraget att ta fram förslag behöver överväga vilken detaljeringsgrad som är ändamålsenlig för att uppnå syftet med bestämmelserna. I samband med detta kan en analys av hur förslagen förhåller sig till 14 kap. 3 § RF göras och prövas mot proportionalitetsprincipen. Detta låter sig dock inte göras innan förslagen har utarbetats.

Det förslag till bestämmelse som läggs fram i detta betänkande reglerar endast en ordning för att det ska finnas ett regelverk med en nationell ordning för kvalitetsutveckling och skapar förutsättningar i äldreomsorgslagen för sådana regler. Bestämmelsen innebär i sig inte någon direkt inskränkning av den kommunala självstyrelsen som det går att bedöma proportionaliteten i.

9.4.5 Ekonomiska konsekvenser för kommunerna

Utredningens bedömning: Förslagen till bestämmelser i en ny äldreomsorgslag ska komplettera bestämmelserna i socialtjänstlagen (2001:453). Därför är många av de förslag vi lägger fram förtydliganden av vad som gäller enligt SoL, dess förarbeten och praxis.

Det gäller bestämmelserna om nya mål i äldreomsorgslagen, om ett förebyggande perspektiv och en hälsofrämjande, funktionsstödjande och tillgänglig inriktning. Det gäller även vårt förslag om att insatser ska utformas och genomföras på ett sätt som tillgodoser personers individuella behov och förutsättningar. Det gäller likaså vårt förslag om att insatser ska följas upp av socialnämnden. Liksom förslaget om att det ska finnas den personal som behövs för att uppfylla mål och krav i lagstiftningen. Detsamma gäller förslaget om information om stöd till anhöriga eller andra närstående. Dessa förslag innebär inte nya åtaganden och aktualiserar därmed inte finansieringsprincipen.

Vi föreslår även att bestämmelser som specifikt rör äldreomsorg i annan lagstiftning flyttas till äldreomsorgslagen, för en samman-

hållen lagstiftning om äldreomsorg. De bestämmelserna är 5 kap. 4–6 §§ SoL. Detsamma gäller bestämmelserna i 4 kap. 1 c § SoL, 5 kap. 10 § SoL och 18–18 c §§ i lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk. Inga förändringar görs i sak i samband med flytten av dessa bestämmelser, och det innebär därmed inte några nya åtaganden.

De förslag vi bedömer medför nya åtaganden är förslagen om:

- att förbättra förutsättningar för ett aktivt och närvarande ledarskap,
- att stärka personers delaktighet genom att ge information,
- att planera och organisera för kontinuitet, trygghet och säkerhet,
- att erbjuda en individuell plan för dem som flyttar in i särskilt boende,
- att upprätta genomförandeplaner,
- att erbjuda fast omsorgskontakt i särskilt boende,
- att upprätta kvalitetsberättelser.

Därutöver föreslår utredningen en bestämmelse om en nationell ordning för kvalitetsutveckling inom äldreomsorgen. Denna föreslås utformas i form av en förordning vilken innehåller bestämmelser om hur lagstiftningens krav ska verkställas. Dvs. inte bestämmelser om nya åligganden för kommunerna.

Samtliga dessa nya åtaganden, förutom det sista, aktualiserar finansieringsprincipen, och vi föreslår att staten ska ersätta kommunerna för de nya kostnaderna.

Bestämmelser som flyttas från annan lagstiftning

Utredningen föreslår att bestämmelser som specifikt rör äldreomsorg i annan lagstiftning flyttas till äldreomsorgslagen. Detta för att lagens målgrupper ska finna bestämmelser som rör dem på ett samlat ställe. Socialtjänstlagens bestämmelser som rör hela socialtjänsten har inte förts in i äldreomsorgslagen eftersom detta skulle innebära en omfattande dubbelreglering. Vissa bestämmelser som har särskild

betydelse för äldreomsorgen och våra förslag till bestämmelser införs det i stället upplysningsbestämmelser om.

De bestämmelser som föreslås flytta från SoL är 5 kap. 4 § om värdegrunden och att få leva och bo självständigt med en aktiv och meningsfull tillvaro. Det är även 5 kap. 5 § SoL som anger att

- socialnämnden ska verka för att äldre människor får goda bostäder och ska ge dem som behöver det stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service,
- kommunen ska inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd,
- kommunen får inrätta särskilda boendeformer för äldre människor som främst behöver stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service och som därutöver har behov av att bryta oönskad isolering, samt
- en äldre person ska, så långt det är möjligt, kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges.

Det gäller också bestämmelserna i 5 kap. 6 § första och andra stycket SoL om

- att socialnämnden ska göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för äldre personer,
- att i sin uppsökande verksamhet upplysa om socialtjänstens verksamhet på detta område,
- att kommunen ska planera sina insatser för äldre och
- att samverka med regionen samt andra samhällsorgan och organisationer.

Detsamma gäller bestämmelserna i 4 kap. 1 c § SoL om att få sammanbo med make eller sambo samt bestämmelser om nationella minoriteter i 5 kap. 6 § tredje stycket SoL och 18–18 c §§ i lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk.

Eftersom vi har förslag på en bestämmelse som bygger på bestämmelsen om närståendestöd i SoL, flyttas den till äldreomsorgslagen i den del som avser stöd till äldre personer. Den del som avser lång-

varigt sjuka och yngre personer med funktionsnedsättning formuleras om och regleras fortsatt i SoL.

Detsamma gäller bestämmelsen om fast vårdkontakt i hemtjänst, den del som rör äldre flyttas till äldreomsorgslagen och den del som rör yngre personer med funktionsnedsättning regleras i SoL.

Dessa förslag innebär inte nya åtaganden eller nya kostnader.

Nya mål i äldreomsorgslagen

Utredningen föreslår i avsnitt 7.3.5 att det införs en bestämmelse i äldreomsorgslagen om nya mål för äldreomsorgen som anger att den ska ha ett förebyggande perspektiv och en hälsofrämjande, funktionsstödjande och tillgänglig inriktning. Målen konkretiserar målet i socialtjänstlagen om att socialtjänsten ska inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och gruppers egna resurser. Att socialtjänsten ska arbeta förebyggande har lyfts fram i förarbeten sedan socialtjänstlagens tillkomst.[54] Att ha ett förebyggande perspektiv i äldreomsorgen får anses innefatta att ha en hälsofrämjande, funktionsstödjande och tillgänglig inriktning. Bestämmelsen syftar till att äldreomsorgen, genom att vara tillgänglig, når personer i behov av stöd och hjälp tidigt och kan sätta in insatser för att stödja hälsa och funktion på ett tidigt stadium för att motverka eller skjuta fram behov av mer ingripande eller omfattande insatser. Vi menar att ett förebyggande perspektiv utöver att bidra till högre livskvalitet hos personer även syftar till att minska eller skjuta upp behov av mer omfattande insatser och därmed även kostnaderna för kommunerna. Förslaget innebär ett perspektiv som ska genomsyra hela äldreomsorgen. Det innehåller inte några konkreta åtaganden. Utredningens bedömning är att bestämmelsen inte innebär några nya åligganden eller kostnader för kommuner.

Insatser utifrån individuella behov och förutsättningar

Utredningen föreslår i avsnitt 7.3.6 att de insatser en person beviljas enligt 4 kap. 1 § SoL som stöd och hjälp i den dagliga livsföringen ska vara utformade och genomföras på ett sätt som tillgodoser personens individuella behov och förutsättningar. Att biståndsprövning

[54] Se t.ex. prop. 1979/80:1, Del A, *Om socialtjänsten*, s. 136.

ska ha sin utgångspunkt i den enskildes individuella behov får anses gälla redan i dag. Det framgår av förarbetsuttalanden och praxis.[55] Vårt förslag syftar till att stärka personcentreringen i äldreomsorgen och minska utbudsstyrningen i utredningar och beslut om insatser. Förslaget stödjer även och lyfter fram den helhetsprincip som ska gälla i socialtjänsten.

Vi bedömer att det redan följer av gällande rätt att man ska utreda och pröva insatser utifrån individuella behov och att det därmed inte innebär ett nytt åliggande eller nya kostnader. Detsamma gäller för vårt tillägg om att även individens förutsättningar ska utredas och att insatser ska anpassas till dem. Det är en konkretisering av målet i socialtjänstlagen om att socialtjänsten ska inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och gruppers egna resurser.[56] Det är en konkretisering som är särskilt anpassad till behoven inom äldreomsorgen och vad som är ett viktigt fokus där.

Utredningens bedömning är att bestämmelsen inte innebär några nya åligganden eller kostnader för kommuner.

Personal

Utredningen föreslår i avsnitt 7.3.15 en bestämmelse som anger att i verksamheter som utför insatser inom äldreomsorgen ska det finnas den personal som behövs för att uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten enligt äldreomsorgslagen och socialtjänstlagen.

I 3 kap. 3 § SoL finns bestämmelser som anger att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet och att det ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet för utförande av uppgifter inom socialtjänsten. Befintlig bestämmelse om personal tar enbart upp kompetens, inte att det ska finnas ett tillräckligt antal personal. Att det behöver finnas ett tillräckligt antal personal för att kunna utföra insatser inom äldreomsorgen i enlighet med de mål och krav som ställs i lagstiftningen som styr äldreomsorgen är dock en given förutsättning även utan vårt förslag.

I våra förslag finns inget hinder mot att välfärdsteknik används inom omsorgen där det är lämpligt. Vi stödjer den nödvändiga utvecklingen på det området. Personalen kommer trots den utveck-

[55] Prop. 1979/80:1, Del A, *Om socialtjänsten*, s. 526.
[56] 1 kap. 1 § SoL.

lingen fortsatt att vara äldreomsorgens viktigaste resurs och de som kan säkerställa en god kvalitet i omsorgen. Kompetensen hos personalen är en viktig del av att det ska finnas den personal som behövs för att uppfylla krav på god kvalitet och andra krav. Detta regleras redan i 3 kap. 3 § SoL. Vi bedömer att vårt förslag inte innebär nya åligganden eller kostnader.

För de av våra förslag till bestämmelser i äldreomsorgslagen som beräknas medföra ytterligare åtaganden i form av ökade personalresurser beräknar vi kostnaderna kopplat till detta för det enskilda förslaget (se vidare i avsnitt 9.4.5).

Information om närståendestöd

Utredningen föreslår i avsnitt 7.3.16 en ny bestämmelse om att socialnämnden i sin uppsökande verksamhet ska informera om det stöd som erbjuds personer som vårdar eller stödjer närstående i kommunen. Det anges i 5 kap. 10 § SoL att kommunen ska erbjuda sådant stöd. I 3 kap. 1 § anges att det till kommunens uppgifter bl.a. hör att informera om socialtjänsten i kommunen och genom uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden. I propositionen till bestämmelsen om anhörigstöd erinrar regeringen om den bestämmelsen.[57]

Vårt förslag syftar till att lyfta fram behovet av att informera för att nå personer som vårdar eller stödjer närstående tidigt och i förebyggande syfte erbjuda stöd. Förslaget är en konkretisering av vad som redan gäller och medför inte några nya åligganden eller kostnader.

Följa upp insatser

Utredningen föreslår i avsnitt 7.3.8 en bestämmelse som anger att socialnämnden ska följa upp om de insatserna som beviljats tillgodoser de behov en person med insatser har. Det finns inget uttryckligt krav på uppföljning i socialtjänstlagen.[58]

Däremot anges det i nuvarande 3 kap. 3 § tredje stycket SoL att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utveck-

[57] 2008/09:82, *Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående*, s. 26.
[58] Prop. 1997/98:113, *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*, s. 93 och prop. 2005/06:115, *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*, s. 118.

las och säkras. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete föreskrivs att den som bedriver socialtjänst, med stöd av ett ledningssystem, bl.a. ska kontrollera, följa upp och utvärdera verksamheten.

Innebörden av bestämmelsen i 3 kap. 3 § tredje stycket SoL är, enligt förarbetena, att en uppföljning och utvärdering av verksamhetens kvalitet och resultat ska göras av socialnämnden.[59] I förarbetena till kvalitetsbestämmelsen i 3 kap. 3 § första stycket SoL uttalar regeringen att en del av kvaliteten är att socialtjänsten använder sig av ett genomtänkt arbetssätt, vilket understryker behovet av uppföljning och utvärdering av insatser.[60] Dessa förarbetsuttalanden innebär sammantaget att kvalitet och att systematiskt säkra och utveckla kvaliteten enligt lagstiftningen förutsätter uppföljning.

Vårt förslag på bestämmelse ställer inte upp något krav på hur eller med vilken frekvens uppföljningar behöver göras. Det är upp till kommunen att fastställa det i sina lokala riktlinjer och rutiner (se avsnitt 7.3.8.)

Eftersom det har visat sig att få kommuner följer upp insatserna bedömer vi att kravet på uppföljning behöver kodifieras och preciseras i lagen. Det är alltså inte en ny uppgift för kommunerna att följa upp och därmed innebär förslaget inga ökade kostnader.

Information som en förutsättning för delaktighet och inflytande

Utredningen föreslår i avsnitt 7.3.9 en ny bestämmelse som anger att en person ska få den information som behövs för att hen ska kunna vara delaktig och ha inflytande i sitt ärende och de insatser som lämnas. Informationen ska beskriva äldreomsorgen på ett sätt och i den omfattning som ger personen möjlighet att utöva delaktighet och inflytande i sitt ärende och insatserna.

Bestämmelsen syftar till att skapa förutsättningar för att uppnå målet i SoL:s bestämmelser om att verksamheten ska bygga på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet och att socialnämndens insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne.[61] Den enskilde ska få förutsätt-

[59] Prop. 1997/98:113, *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*, s. 119.
[60] Prop. 1996/97:124, *Ändring i socialtjänstlagen*, s. 52.
[61] 1 kap. 1 § och 3 kap. 5 § SoL.

ningar för att kunna ha en aktiv roll och utöva självbestämmande över sin situation. Det är även ett av socialtjänstens reglerade uppdrag att informera om socialtjänsten i kommunen.[62] De bestämmelser som redan reglerar detta område är av övergripande karaktär. Vi konkretiserar innebörden utifrån specifika behov i äldreomsorgen.

Information som rör personens eget ärende ser vi att det är naturligt att den lämnas vid möten som ändå sker och den eventuella ökade tidsåtgång som detta skulle innebära är liten i sammanhanget. Kravet på att informationen ska lämnas skriftligt om det behövs eller om den enskilde begär det kan innebära en mindre administrativ kostnad. Mycket av den information som ska ges är av allmängiltig karaktär. Där kan man tänka sig att en kommun väljer att ta fram skriftligt material, vilket kan leda till en viss initial kostnad.

Sammanfattningsvis bedömer vi att bestämmelsen innebär ett visst utökat åtagande till det som redan gäller, därmed aktualiseras finansieringsprincipen. Vi bedömer dock att de kostnader som kan uppkomma är marginella och inte beräkningsbara. Dessa kostnader kan förväntas betala sig genom de vinster som kan uppstå i och med att personen förstår förutsättningarna, handläggningsprocessen m.m. och kan känna sig väl bemött och delaktig. Det kan innebära att samarbete mellan personen och personalen fungerar bättre, mindre arbetstid behövs för att svara på frågor och att handläggningsprocessen fungerar väl då den enskilde är insatt i hur den går till.

Planera och organisera för kontinuitet, trygghet och säkerhet

Vi föreslår i avsnitt 7.3.11 ett krav på att personers behov av kontinuitet, trygghet och säkerhet införs i äldreomsorgslagen. Enligt 3 kap. 3 § SoL ska insatserna i socialtjänsten vara av god kvalitet. En aspekt av kvalitet som lyftes i propositionen vid införandet av bestämmelsen var begreppet helhetssyn som ger uttryck för ett sådant integrerat synsätt där den enskildes behov av kontinuitet och trygghet alltid måste lyftas fram före de behov som organisationer och administration kan ställa. Vårt förslag till bestämmelse reglerar inte i detalj hur planering eller organisering ska gå till för att uppnå kontinuitet, trygghet och säkerhet.

[62] 3 kap. 1 § SoL.

Även om det inte kan sägas vara helt nytt, mot bakgrund av bestämmelsen om god kvalitet och dess innebörd enligt förarbetsuttalanden, bedömer vi att detta är att utöka befintliga åligganden. Att komma tillrätta med bristerna i personalkontinuiteten bedöms troligtvis leda till kostnadsökningar.

Personalkontinuitet är en viktig förutsättning för trygghet och säkerhet, kanske den viktigaste för att komma till rätta med bristerna. När det gäller att schemalägga personal på ett sätt som beaktar personers behov av personalkontinuitet är det oklart om det behöver leda till kostnadsökningar totalt sett. Att arbetsgivare kan erbjuda en arbetsmiljö som innebär en mer kontinuerlig kontakt med färre personer som får äldreomsorg skulle även kunna bidra till att minska stress och öka attraktiviteten i yrket, som i sin tur skulle kunna till och med öka arbetsutbudet, dvs. att flera skulle kunna tänka sig jobba i branschen tack vare bättre schema och arbetsvillkor.

Kostnadsberäkningar

Ett sätt att åtgärda brister inom personalkontinuitet är att minska antal timanställda inom äldreomsorg, samt att lägga scheman som möjliggör att de anställda i största möjliga utsträckning träffar samma personer från äldreomsorgen. För att uppskatta en möjlig omfattning av kostnader för ökad personalkontinuitet har vi tittat på detta område.

För att göra antaganden om ändrad andel timanställda utgår vi från de gränsvärden som år 2021 användes för att fördela ett prestationsbaserat statsbidrag till kommuner baserat på kommunernas möjligheter att minska andelen timanställningar inom den kommunalt finansierade vården och omsorgen av äldre.[63] I uppdraget bestämdes en god nivå till att andelen timanställda var högst 17 procent. Detta använder vi som ett max-scenario i våra beräkningar. I uppdraget fanns även ett alternativt sätt att få ta del av medlen vilket innebar att de kommuner som inte uppnådde en god nivå behövde förbättra förhållandet med 5 procentenheter. Detta använder vi för att beräkna ett min-scenario.

[63] Syftet med bidraget var att ge kommunerna incitament att minska andelen timanställningar inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre för att stärka kvaliteten och öka tryggheten inom äldreomsorgen. Se vidare: Anvisningar för prestationsbaserade medel i syfte att minska andelen timanställningar inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre (socialstyrelsen.se)

Utav ca 172 000 kommunalanställda inom äldreomsorgen (vårdbiträden och undersköterskor) är antalet sysselsatta 162 000 personer, dvs. 92 procent, medan resten är lediga i någon form. Bland de sysselsatta är 72 procent månadsavlönade. Antalet timanställda var ca 45 000, ca en fjärdedel av alla anställda, och 28 procent av de sysselsatta.[64] Denna grupp jobbar i mycket lägre utsträckning än de som är månadsavlönade. Månadsavlönade jobbar i genomsnitt 88 procent av en heltid, medan timavlönade jobbar i genomsnitt 42 procent av en heltid.[65]

För att beräkna effekterna görs följande antagande:

1. För max-scenariot antog vi att en ”god nivå” på kontinuiteteten uppnås när andel timanställda bland alla anställda blir max 17 procent. Detta skulle innebära att antalet timanställda minskar med ca 16 000 individer, och antalet månadsavlönade ökar med 10 000 personer (med antagande om att ca hälften av de nya månadsanställda går upp till 88 procent och hälften 42 procent sysselsättningsgrad, se punkt 3 och 4 nedan).
2. För min-scenariot har vi utgått från en 5 procentenhets minskning av timanställda, dvs. dagens genomsnitt på 25 procent för vårdbiträde och undersköterskor, minskar till 20 procent. I detta scenario minskar antalet timanställda med ca 9 800 personer, vilket med hänsyn tagen till ökad sysselsättningsgrad (samma som i max-scenariot) omvandlas till ca 6 400 nya månadsavlönade.
3. Ungefär hälften av de nya månadsavlönade – vilka utgörs av tidigare timanställda – antas komma att jobba på samma sysselsättningsgrad som månadsanställda jobbar i dag, dvs. 88 procent.
4. Andra hälften behåller sin nuvarande sysselsättningsgrad på i genomsnitt ca 42 procent men tack vara anställningen kan de ta del av sjuklön samt utbildningar osv. vilket kan leda till bättre kunskap och tryggare arbetsförhållande.[66]
5. Antalet faktiska arbetade timmar behålls oförändrade, vilket leder till att antalet anställda totalt kommer att minska när sysselsättningsgraden ökar.

[64] SKR,Tabell 4. *Antal anställningar, faktiska årsarbetare, sysselsatta och helt lediga efter AID-etikett (yrke) i kommuner nov 2020*.
[65] Omräknat till faktiska helårsarbetskrafter motsvarar månadsavlönade ca 103 000 anställda och timanställda ca 19 000 faktiska helårsarbetare, på riksnivå.
[66] Ett grovt antagande baserat på att många timanställda, men inte alla, jobbar ofrivillig deltid.

6. Vi använder oss av timlönestatistik från 2020 enligt vilken timlönen för undersköterska var 150 kronor medan timlönen för vårdbiträde var 135 kronor i genomsnitt[67].
7. Lönerna skrivs upp med sammanlagt 8,7 procent under perioden motsvarande konjunkturlönestatistikprognosen från Konjunkturinstitutet.[68]

Enligt SCB:s lönestrukturstatistik 2020 vet vi att timanställda tjänar en lön motsvarande 87,7 procent av månadsavlönades lön. Detta innebär att 2020 kostade alla timanställda ca 7,8 miljarder kronor (inklusive alla arbetsgivaravgifter).

Enligt max-scenariot blir total lönesumma, inklusive arbetsgivaravgifter, ca 8,2 miljarder kronor 2020, en lönekostnadsökning på drygt 300 miljoner kronor 2020. Omräknat till 2024 blir lönekostnadsökningen inklusive arbetsgivaravgiften ca 500 miljoner kronor.

Enligt min-scenariot blir ökningen av lönekostnaderna på motsvarande sätt 207 miljoner kronor 2020 som omräknat till 2024 inklusive arbetsgivaravgiften blir 320 miljoner kronor.

I sammanhanget bör dock också beaktas att en högre grad av personalkontinuitet kan skapa mindre behov av tid till handledning, rutiner och dokumentation för att säkerställa omsorgskontinuiteten, samt bidra till bättre arbetsmiljö och därmed minska relaterade kostnader.

Givet att bestämmelsen medför ett nytt åtagande för kommunerna aktualiseras finansieringsprincipen och vi föreslår att staten ersätter kommunerna för dessa kostnader (se vidare avsnitt 9.4.6 och 9.6).

En individuell plan för dem som flyttar in i särskilt boende

Utredningen föreslår att en individuell plan ska upprättas då en person flyttar in i ett särskilt boende enligt äldreomsorgslagen, om den enskilde samtycker till det och det inte är uppenbart obehövligt (se avsnitt 7.3.10). Att en individuell plan ska upprättas när det bedöms finnas behov av en sådan gäller redan enligt 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453) och 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

[67] Phoenix, *Lön- och inkomststatistik inom hemtjänsten*.
[68] Konjukturinstitutet, *Timlöner enligt konjunkturlönestatistiken efter variabel, enhet och period*.

Vårt förslag innebär att det som grundregel ska upprättas en sådan plan, eftersom behov av en sådan generellt föreligger när man har så omfattande vård och omsorgsbehov att man fått beslut om särskilt boende. Det är enbart när det är uppenbart obehövligt eller om den enskilde inte samtycker som man kan underlåta att upprätta en individuell plan enligt vårt förslag. Personer som får plats på särskilt boende har ofta omfattande behov av vård och omsorg. Det torde enligt vår bedömning vara ytterst få som efter en faktisk bedömning av behov inte skulle omfattas av det krav som redan i dag finns i SoL och HSL om att upprätta en individuell plan. Därför gör vi bedömningen att det utökade åtagandet är av begränsad omfattning och därmed också medför begränsade kostnader. Se dock även våra förslag till utökad omfattning av bestämmelsen om individuell plan för personer som är inskrivna i kommunens primärvård (se avsnitt 8.6.2 och 9.5.6)

Genomförandeplan

Utredningen föreslår i avsnitt 7.3.7 att det ska införas en bestämmelse om att en genomförandeplan över när och hur insatser ska genomföras ska upprättas, följas upp och fortlöpande hållas aktuell, om det inte är uppenbart obehövligt.

Socialstyrelsens enhetsundersökning 2018 visade att 73 procent av äldre i ordinärt boende och 91 procent i särskilt boende hade en genomförandeplan.[69] Skälet till att vi – trots att många använder genomförandeplaner – anser att det behövs en lagreglering är att genomförandeplaner är viktiga verktyg för att insatser planeras på ett strukturerat sätt, att mål sätts upp för insatserna och att det följs upp hur målen nås.

En genomförandeplan är också ett viktigt verktyg för att insatserna planeras och utförs utifrån ett personcentrerat perspektiv. Kravet på att planen ska upprättas, följas upp och hållas aktuell ska säkerställa att den person som ska få insatser utförda får möjlighet att vara delaktig i planeringen och utöva självbestämmande om hur och när insatserna ska utföras. Genomförandeplaner kan också vara ett verk-

[69] Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser 2018 – Vård och omsorg om äldre. Jämförelser mellan kommuner och län*, 2019.

tyg för att arbeta mot det mål vi föreslår om ett förbyggande, hälsofrämjande och funktionsstödjande perspektiv.

Upprättande och uppföljning av genomförandeplaner är ett nytt åliggande som medför ökade kostnader och aktualiserar finansieringsprincipen.

Kostnadsberäkningar

Eftersom det inte finns krav på genomförandeplaner i dag behöver vårt förslag kostnadsberäknas från grunden, även om flertalet personer i hemtjänst och särskilt boende redan i dag har en sådan.

Det är i dag vanligt att någon i omsorgspersonalen, dvs. undersköterska eller vårdbiträde inom hemtjänst eller på särskilt boende gör planen, men vi ställer inga krav på att det ska vara en viss profession. För våra beräkningar av lönekostnader antar vi att planen ska upprättas av en undersköterska.

Kostnaden för upprättandet av en genomförandeplan räknas separat från kostnaden för en fast omsorgkontakt trots att genomförandeplanen skulle kunna ingå bland hens uppgifter. Detta eftersom genomförandeplanen är ett nytt, separat, åtagande.

Vi skiljer mellan upprättande och uppföljning av planen kostnadsmässigt. Beräkningarna nedan avser kostnaden för upprättande av planen. Vi anser att det är rimligt att kostnaden för uppföljning av planen ingår i den ordinarie arbetstiden av den undersköterska som har rollen som fast omsorgskontakt. Detta är i linje med de uppgifter för en fast omsorgskontakt som beskrivs propositionen som låg bakom införandet av funktionen i hemtjänsten.[70]

Målgruppen för vårt förslag blir alla 65 år och äldre som får hemtjänst för första gången eller flyttade till ett särskilt boende under ett särskilt år. När det gäller första året när reformen träder i kraft (2024) räknar vi dock med hela gruppen som har haft omsorg under året, så att vi också bekostar upprättandet av planen retroaktivt för de som har funnits i omsorg sedan tidigare (så att alla får en plan, oavsett boendeform).

Från 2025 får vi däremot räkna på kostnaden att upprätta planen bara för de 65 år och äldre som får äldreomsorg för första gången under det året. Vi får fram denna siffra genom att titta på skillnaden

[70] Prop. 2021/22:116, *En fast omsorgskontakt i hemtjänsten*, s. 14.

mellan antalet som har haft insatserna hemtjänst eller särskilt boende under året totalt och antalet som har insatserna under en genomsnittsmånad (se avsnitt 9.3.1). När det gäller 2024 räknar vi med totalt ca 347 000 personer 65 år och äldre som hade hemtjänst eller bodde i särskilt boende (utifrån helårsstatistik från 2020, se tabell 9.3). När det gäller 2025 tittar vi på ett nytt inflöde om totalt ca 97 000 personer under året baserat på 2020 års statistik (dvs. skillnaden mellan alla som var berörda under hela året totalt och antal med insatserna under genomsnittsmånaden).[71]

För att kunna göra antaganden kring tidsåtgången vid upprättande av en genomförandeplan har vi tagit del av erfarenheter från Östersund kommun, i form av samtal med personer som är involverade i arbetet med genomförandeplaner och i form av uppskattningar kring tidsåtgång och kostnader.

Tiden för att upprätta planen kan variera beroende på hur omfattande behovet är, mellan en halv till 2 timmar för mötet med den äldre personen och anhöriga. Därefter kan det behövas mellan en kvart till upp till en och en halv timme för att upprätta dokumentationen.

Vi räknar med en tidsåtgång på ca 2 timmar för att upprätta en genomförandeplan. Tiden inkluderar träff för bedömning av individuella behov och risker tillsammans med individen och i konsultation med anhöriga, samordning med ansvarig personal för eventuella insatser på hälso- och sjukvårdssidan (t.ex. motsvarande fast vårdkontakt), och administrativt arbete/dokumentation. Enligt våra beräkningar skulle det då krävas motsvarande 425 heltidsanställda under 2024 och ca 120 heltidsanställda under 2025 och framåt.

Vi utgår från löneläget för en undersköterska som tidigare använts, 28 900 kronor/månad indexerad till 2024 dvs. 31 243 kronor/månad. Dessutom behöver vi räkna fram det ytterligare till 2025. Enligt löneprognoser från Konjunkturinstitutet blir det en ytterligare löneökning med 3,3 respektive 3,4 procent. Vi tillämpar ett personalomkostnadspålägg på 42,75 procent för kommunalt anställda (2023).

Utifrån dessa antaganden blir kostnaden för 2024 ca 228 miljoner kronor. Från 2025 kommer kostnaden att bli ca 65,5 miljoner kronor per år.

[71] Vi vet att inflödet var något lägre under 2020 men vi räknar med att skillnaden inte är tillräckligt stor för att göra en stor skillnad på våra resultat, och vi vill vara konsekventa mellan olika förslag när det gäller basåret vi räknar med.

Givet att bestämmelsen medför ett nytt åtagande för kommunerna aktualiseras finansieringsprincipen och vi föreslår att staten ersätter kommunerna för kostnaderna (se vidare avsnitt 9.4.6 och 9.6).

Givet att förslaget finansieras från botten kan detta innebära att kommunerna får kostnadsersättningar för åtgärder som majoriteten redan frivilligt bekostar (jfr inledningen av avsnittet). Med ett antaganden om att ca 80 procent av kommunerna redan arbetar med genomförandeplaner i äldreomsorgen skulle det motsvara en minskad kostnad för kommunerna om 182 miljoner kronor 2024 och 51 miljoner kronor 2025 och framåt.

Fast omsorgskontakt på särskilt boende

Utredningen föreslår i avsnitt 7.3.12 att det ska införas en bestämmelse om att den som bor i ett särskilt boende ska erbjudas en fast omsorgskontakt som ska tillgodose den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, individanpassad omsorg och samordning i boendet, om det inte är uppenbart obehövligt. Förslaget innebär att den reglering som redan finns för personer med hemtjänst utökas till att även omfatta äldre personer på särskilt boende. I likhet med befintliga krav på rollen som fast omsorgskontakt får endast den som har rätt att använda yrkestiteln undersköterska vara fast omsorgskontakt.[72]

Bestämmelsen är ett nytt åtagande och bedöms medföra ökade kostnader för den tidsåtgång som uppdraget innebär. Eftersom det är ett nytt åtagande aktualiseras finansieringsprincipen.

Kostnadsberäkningar

Förslaget innebär en utökad omfattning av vilka som ska erbjudas en fast omsorgskontakt, i förhållande till den proposition om fast omsorgskontakt i hemtjänsten som riksdagen beslutat om under våren 2022.[73] Det innebär att det kommer behövas mer arbetskraft i form av undersköterskor. Uppskattningen av vilka resurser som krävs styrs av hur många individer en omsorgskontakt som jobbar heltid kan vara till för. Detta vilar i sin tur på vilket kontaktfrekvens som

[72] Undersköterska blir skyddad yrkestitel from 1 juli 2023. En övergångsperiod gäller dock fram till den 30 juni 2033, vilken ger en person som den 1 juli 2023 är tillsvidareanställd med yrkestiteln undersköterska rätt att fortsätta använda titeln under tio år.
[73] Bet. 2021/22:SoU24. *Angående fast omsorgskontakt inom hemtjänst*.

antas vara rimlig i snitt för den här individkretsen, och vilka andra uppgifter som den fasta omsorgkontakten förväntas utföra.

Vi utgår från antaganden baserade på de som gjorts av Utredningen om fast omsorgkontakt i hemtjänsten (SOU 2020:70) samt i propositionen ”En fast omsorgskontakt i hemtjänsten”.[74] Vi bedömer att det kan finnas vissa skillnader i behov mellan den population som har hemtjänst och den som bor på ett särskilt boende. Det gäller t.ex. behoven av tillgänglighet som kan se annorlunda ut på ett boende där det finns personal dygnet runt och där vissa situationer bör kunna åtgärdas direkt utan förmedling via en fast omsorgskontakt. Å andra sidan kan de personer som bor i särskilt boende ha mer komplexa behov som ställer större krav på samordning av sociala insatser och hälso- och sjukvårdsåtgärder.

Liksom i propositionen uppskattar vi därmed tiden som behöver läggas på dessa arbetsuppgifter till i genomsnitt 20 minuter per vecka.[75] Vi räknar med 52 veckor om året, eftersom vi vill fånga en årlig kostnad för en heltidsanställd. Kontakten med en enskild äldre person kan visserligen vara mer sällan, och kortare än ett år i fall någon avlider under året. Samtidigt kommer det då rimligen nya individer som flyttar in som ska tillhandahållas en fast omsorgskontakt.

Vi bedömer vidare att alla som omfattas av vår äldreomsorgslag och bor på ett särskilt boende har behov av en fast omsorgkontakt oavsett om vad de aktivt skulle efterfråga det. Det betyder att den primära målgruppen för vårt förslag är alla 65 år och äldre på särskilt boende.

Även personer yngre än 65 år kan dock omfattas av vårt förslag till äldreomsorgslag, när insatser inom äldreomsorgen är ändamålsenligt med hänsyn till personens behov av stöd och hjälp. Presumtionen är dock att det endast är ett relativt litet antal personer som det skulle kunna bli aktuellt för. Eftersom vi inte har tillgång till data som beskriver om personer beviljats särskilt boende utifrån 5 kap. 5 § SoL (äldre personer) eller 5 kap. 7 § (personer med funktionsnedsättning), använder vi gruppen med alla personer 0–64 år som beviljats boende enligt SoL, för att visa på den maximalt tillkommande gruppen.

År 2020 var det ca 81 000 personer 65 år eller äldre som bodde på särskilt boende under en genomsnittsmånad, samt 4 500 personer som

[74] Prop. 2021/22:116, *Fast omsorgskontakt i hemtjänsten*.
[75] Prop. 2021/22:116, *Fast omsorgskontakt i hemtjänsten*.

var under 65 år. I vårt huvudalternativ räknar vi enbart med personer 65 år eller äldre. Vi inkluderar sedan också alla 0–64 år som fick insatsen särskilt boende enligt SoL under 2020. Gruppen är dock liten och påverkar inte kostnadsberäkningarna väsentligt.

Med ett antagande om 20 minuter i veckan räknar vi med en resursökning motsvarande 862 undersköterskor under 2024 för vårt huvudalternativ, och 910 undersköterskor om man även inkluderar personer under 64 år. Detta givet att en anställd inom vården antas jobba ca 80 procent av en heltid[76], dvs. ca 1 628 timmar/år.

Med en snittlön på 28 900 kr/månad[77](samma antagande som i SOU 2020:70), löneindexerad till 2024[78] värde (31 243 kronor/ månad) och personalomkostnadspålägg på 42,75 procent, skulle vårt förslag medföra en kostnad om ytterligare 462 miljoner kronor om året.[79] Om vi lägger till gruppen under 65 år skulle kostnaden för vårt förslag uppgå till 487 miljoner kronor från år 2024.

Möjliga besparingar

Förslaget bedöms även i förlängningen kunna medföra besparingar, vilka dock är svårare att uppskatta än kostnader. En fast vårdkontakt ska tillgodose den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, individanpassad omsorg och samordning. Den fasta vårdkontakten har med sin personkännedom möjlighet att identifiera förändringar i hälsotillstånd i ett tidigt skede så att åtgärder kan sättas in och därmed minska behov av mer omfattande åtgärder. En fast omsorgskontakt får med sin uppgift att tillgodose behov av samordning en god bild av vilka andra professioner som finns runt den enskilde och vart man ska vända sig när behov av t.ex. hälso-och sjukvårdens åtgärder föreligger. I den funktionen kan den fasta omsorgkontakten bidra till att tidiga insatser och åtgärder minskar risk för skador som t.ex. fall,

[76] Samma antagande som gjorts av SOU 2020:70 och prop. 2021/22:116.
[77] I likhet med regeringens resonemang i prop. 2021/22:116 gör vi bedömningen att de löneökningar som kan uppstå för yrkesgruppen undersköterska inte ska ses som en direkt effekt av förslagen. I stället beror eventuella löneökningar på hur arbetsgivarna väljer att försörja sina verksamheter med kompetens. Givet detta räknar vi inte med någon löneökning till 2023.
[78] Vi använder konjunkturinstitutets löneprognoser med en medelökningstakt på 2,5 procent för 2022, 2,7 procent för 2023, 3,3 procent för 2024.
[79] Obs att kostnader för fast omsorgskontakt för personer med hemtjänst, i alla åldrar, redan är finansierade utifrån prop. 2021/22:116. Dessa kostnader beräknades uppgå till 686 miljoner kronor.

undernäring och biverkningar av läkemedel. Det kan även bespara en del undvikbara sjukhusbesök.

Det bedöms dock inte vara möjligt att exakt beskriva vilka besparingar som beror på just införande av fast omsorgkontakt respektive vilka som beror på den generella kvalitetshöjning som alla våra förslag tillsammans bidrar till.

Givet att bestämmelsen medför ett nytt åtagande för kommunerna aktualiseras finansieringsprincipen och vi föreslår att staten ersätter kommunerna för kostnaderna (se vidare avsnitt 9.4.6 och 9.6).

De ekonomiska konsekvenserna för kommuner beror på hur många kommuner som redan i dag har funktioner motsvarande fast omsorgskontakt på frivillig grund. Givet att förslaget finansieras från botten kan detta innebära att kommunerna får kostnadsersättningar för åtgärder som majoriteten redan frivilligt bekostar. Med ett antagande om att 70 procent av kommuner redan i dag arbetar så skulle det motsvara en minskad kostnad för kommunerna på mellan 323 och 340 miljoner kronor årligen.

Kvalitetsberättelse

Utredningen föreslår i avsnitt 7.3.13 en bestämmelse som anger att socialnämnden årligen ska upprätta en kvalitetsberättelse. Berättelsen ska redogöra för hur arbetet med att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits, vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra kvaliteten och vilka resultat som uppnåtts. Berättelsen ska tillsammans med patientsäkerhetsberättelser utgöra underlag för nämndens utveckling och säkring av äldreomsorgens kvalitet.

Socialnämnden har enligt socialtjänstlagen ansvar för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.[80] God kvalitet förutsätter uppföljning.[81] Att upprätta kvalitetsberättelser och att använda dessa som underlag för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet är ett sätt för hur en del av arbetet med att uppfylla lagens krav kan göras. Genom ett uttryckligt lagkrav på kvalitetsberättelser som medel för att säkra och utveckla kvaliteten innebär förslaget ett utökat åtagande för kommunerna vilket bedöms medföra nya kostnader.

[80] 3 kap. 3 § SoL.
[81] Prop. 1997/98:113, *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*, s. 93; prop. 2005/06:115, *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*, s. 118.

Kostnadsberäkningar

För att kostnadsberäkna förslaget krävs antagande om personalresurser och arbetstiden som behövs för att sammanställa en kvalitetsberättelse.

Att samla in och sammanställa uppgifterna medför kostnader för kommunerna. Det varierar dock hur insamlingen av uppgifter kan göras beroende på kommunens storlek och vilket stöd kommunens digitala system ger för sammanställningar. Det innebär att kostnader på riksnivå är svåra att uppskatta.

För att få underlag för våra antaganden och beräkningar har vi fört dialog med Riksföreningen för socialt ansvariga samordnare. Där denna funktion – socialt ansvarig samordnare (SAS) (jfr avsnitt 5.2.3) – finns är de ofta ansvariga för att sammanställa kvalitetsberättelsen. Det finns en viss administrativ kostnad kopplad till att ta emot underlag från verksamheter och sammanställa den kvalitetsberättelse som ska redovisas för socialnämnden. Tiden som krävs kan variera mellan kommunerna, bl.a. beroende på i vilken grad man har en fungerande digital infrastruktur till stöd.

Utifrån våra dialoger gör vi ett antagande att det kan ta i snitt ca 1,5 arbetsvecka för en socialsekreterare att sammanställa alla underlagen och ta fram en analys av materialet (beroende på kommunens storlek, tillgång till digital infrastruktur och antal verksamheter kan det ta längre eller kortare tid också).

Lönekostnaden för en socialsekreterares arbete under 40 timmar blir skattad till ca 9 025 kronor (36 100 kronor per månad enligt SCB, 2020), med personalomkostnader och omräknat till 2024 blir den totala lönekostnaden ca 19 397 kronor för en och en halv veckas arbete. Vi antar att det behövs en socialsekreterare per kommun som jobbar med sammanställningen och analysen under en och en halv vecka, dvs. 290 socialsekreterare totalt. Totalkostnaden uppskattas då till ca 5,6 miljoner kronor per år från 2024.

Givet att bestämmelsen medför ett nytt åtagande för kommunerna aktualiseras finansieringsprincipen och vi föreslår att staten ersätter kommunerna för kostnaderna (se vidare avsnitt 9.4.6 och 9.6).

Givet att förslaget finansieras från botten kan det innebära att kommunerna får kostnadsersättningar för åtgärder som flera av dem redan frivilligt bekostar. Med ett antagande om att 50 procent av alla kommuner redan i dag arbetar med kvalitetsberättelser så skulle det

motsvara en minskad kostnad för kommunerna om 2,8 miljoner kronor per år.

Förutsättningar för aktivt och nära ledarskap

I avsnitt 7.3.14 beskrivs vårt förslag att det ska regleras att första linjens chefer ska ges de förutsättningar som behövs för att de ska kunna utföra ett aktivt och närvarande ledarskap. Bestämmelsen är ny och innebär ett nytt åtagande vilket bedöms medföra kostnader.

Kostnadsberäkningar

Enligt SCB finns det totalt 206 000 undersköterskor[82] och vårdbiträden inom äldreomsorg i dag. Enligt SKR fanns det 2020 ca 176 000 kommunalanställda inom vård och omsorg (både hemtjänst och särskilt boende), varav ca 69 000 vårdbiträden och resten undersköterskor (dvs. 107 000). Skillnaden mellan SCB och SKR:s statistik skulle kunna tolkas som antalet privat anställda är ca 30 000.

Enligt SCB:s yrkesregister från 2019 finns det 8 805 enhetschefer på nivå 2 i äldreomsorgen, vilken närmast ringar in Socialstyrelsens definition av första linjens chefer. Om man skulle dividera totalt antal anställda vårdbiträden och undersköterskor per antal första linje chefer enligt SCB:s statistik skulle det innebära ca 23 medarbetare i snitt. Genomsnittssiffran verkar dock vara långt ifrån verkligheten. Rapporter visar vanlig förekomst av kommuner där chefer har mellan 40 och 60 medarbetare under sig.[83]

År 2021 genomförde Socialstyrelsen en enkät som visade att antal anställda per första linjens chef i särskilt boende i genomsnitt var 50 anställda; 47 anställda per första linjens chefer i offentlig regi och 57 anställda per första linjens chefer i enskild regi. Inom hemtjänsten var det i snitt 42 anställda per första linje chef, 38 anställda i offentlig regi och 44 anställda i enskild regi.[84]

[82] Obs. inkl. hemsjukvård.
[83] Jfr t.ex. SOU 2017:21, *Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg för äldre personer,* s. 244 f.; Socialstyrelsen, *Förutsättningar och stöd för första linjens chefer – Kartläggning av första linjens chefer i äldreomsorgen*, 2021 och Ledarna, *Lönlöst att ta ansvar? Personalansvar och lön i kvinno- och mansdominerade områden*, 2019.
[84] Socialstyrelsen, *Förutsättningar och stöd för första linjens chefer – Kartläggning av första linjens chefer i äldreomsorgen*, 2021.

Enligt Socialstyrelsens kartläggning om första linjen chefer finns det ca 4 000–5 000 enhetschefer i äldreomsorgen (hemtjänst samt permanent boende). Om man utgår ifrån 206 000 anställda inom omsorg totalt det innebär mellan 41 och 51 medarbetare per chef i snitt.

Trots de osäkerhet som finns kring beräkningarna bedömer vi att Socialstyrelsen underlag från 2021 är det bästa tillgängliga i nuläget (här kan noteras att Socialstyrelsen inom ramen för ett nytt uppdrag som slutrapporteras den 1 mars 2023, kommer att titta på införande av en lämplig gräns eller riktvärde för antal anställda per första linjens chefer i hemtjänst och särskilt boende).

Vi behöver därmed göra några antagande som grund för våra beräkningar. Vi räknar på att vårt förslag skulle innebära att det bli max 30 medarbetare per chef framöver, givet 206 000 anställda totalt. Det anges som målnivå för år 2028 i SOU 2017:21, och är bortre änden i spannet som anges i SOU 2021:52.

I avsaknad av bättre statistik utgår vi ifrån att det finns ca 5 000 chefer i dag, vilket innebär att de har i snitt 41 medarbetare under sig. Eftersom vi inte vet hur detta fördelar sig utgår vi ifrån genomsnittet. För att sänka genomsnittet till 30 medarbetare innebär det att det skulle behövas 6 867 chefer dvs. 1 867 chefer utöver de som redan finns i dag. Om vi antar att en medellön för första linjens chefer är 44 600 kronor/månad,[85] som omräknat till 2024 skulle bli ca 48 500 kronor/månad i lön, plus avgifter för 42,75 procent, skulle det medföra en kostnad på ca 1,6 miljarder kronor per år för att kunna minska kvoten till i genomsnitt 30 medarbetare per chef över hela riket. Vi vill dock här betona att beräkningarna baseras på ett antal antaganden och därmed bara ger en indikation på möjlig storlek på kostnaden.

Givet att bestämmelsen medför ett nytt åtagande för kommunerna aktualiseras finansieringsprincipen och vi föreslår att staten ersätter kommunerna för kostnaderna (se vidareavsnitt 9.4.6 och 9.6).

Möjliga besparingar

Förslaget kan också medföra besparingar, t.ex. i form av minskade sjukskrivningar p.g.a. bättre arbetsförhållande.

Ett rimligt antal medarbetare per chef innebär förbättrade förutsättningar för bra ledarskap och bra medarbetarskap, och därigenom

[85] SCB, *Lönestatistik*, *Hur mycket tjänar …? Enhetschef inom äldreomsorg, nivå 2*.

arbetsmiljöförbättringar. En bättre arbetsmiljö skulle i sig på sikt leda till andra positiva konsekvenser och besparingar, t.ex. minskade sjukskrivningar och lägre lönekostnader.

För att försöka ge en indikation om en möjlig omfattning av besparingar på sjuklöner visar vi nedan på ett räkneexempel, även det är dock en beräkning utifrån grova antaganden.

Undersköterskor och annan personal i hemtjänst, hemsjukvård och på särskilda boenden är sjukskrivna i större omfattning än andra yrkesgrupper.[86] År 2019 var personal i denna grupp sjukskrivna i genomsnitt 17,2 dagar per år. Kvinnor i yrkesgruppen var sjukskrivna i större utsträckning än män – ca 203 startade sjukfall per 1 000 kvinnor, jämfört med ca 114 per 1 000 män i samma yrkesgrupp. Kvinnor var sjukskrivna i genomsnitt 18 dagar och män i genomsnitt 10 dagar.

Om man tillämpar ett viktat snitt för antal sjukdagar per anställd landar vi på ca 39 000 anställda som är sjukskriva i snitt 17,2 dagar per år. Vi räknar med en sjuklön på 80 procent, som innebär ca 1 250 kronor per dygn med en månadsheltidslön på 31 243 kronor (2024). Sjukfrånvarokostnaden i snitt skulle då vara ca 838 miljoner kronor per år i dag. Skulle vi lyckas minska sjukfrånvaron med t.ex. 10 procent, skulle det innebära en besparing med ca 83 miljoner kronor per år.

9.4.6 Ekonomiska konsekvenser för staten

Kontinuitet, trygghet och säkerhet

Enligt finansieringsprincipen behöver staten kompensera kommunerna för det nya åtagandet med den uppskattade kostnaden under 10.4. 5.

Max 500 miljoner kronor per år från 2024.
Min 320 miljoner kronor per år från 2024.

[86] SOU2021:52, *Vilja välja vård och omsorg. En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre*, s. 89.

Genomförandeplan

Enligt finansieringsprincipen behöver staten kompensera kommunerna för det nya åtagandet med den uppskattade kostnaden under 10.4.5.

228 miljoner kronor för 2024.
65,5 miljoner kronor per år från 2025.

Fast omsorgskontakt på särskilt boende

Enligt finansieringsprincipen behöver staten kompensera kommunerna för det nya åtagandet med den uppskattade kostnaden under 10.4.5.

Mellan 462 och 487 miljoner kronor per år från 2024.

Kvalitetsberättelse

Enligt finansieringsprincipen behöver staten kompensera kommunerna för det nya åtagandet med den uppskattade kostnaden under 10.4. 5.

5,6 miljoner kronor per år från 2024.

Förutsättningar för aktivt och nära ledarskap

Enligt finansieringsprincipen behöver staten kompensera kommunerna för det nya åtagandet med den uppskattade kostnaden under 10.4. 5.

1,6 miljarder kronor per år från 2024.

Förslag om en nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorg

I avsnitt 7.3.18 föreslår vi i enlighet med våra direktiv en ordning för, och en reglering av, en nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen.

Ordningen för kvalitetsutveckling ska förtydliga äldreomsorgens uppdrag och innehåll, utifrån de mål och andra bestämmelser som följer av lag. Ordningen ska bidra till en långsiktig förbättring av, och en höjd kvalitet inom, äldreomsorgen. Den ska även främja likvärdighet över landet. Den nationella ordningen för kvalitetsutveckling utgör även en tydligare utgångspunkt för tillsynen av äldreomsorgen.

I enlighet med våra direktiv utgår vi ifrån att en myndighet ges i uppdrag att precisera och utforma förslag på innehållet i en nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorg.

Framtagandet av en sådan ordning är ett engångsuppdrag som bör ges till aktuell myndighet genom ett regeringsuppdrag. Vi utgår från följande antaganden för omfattningen på ett sådant:

- Ett och ett halvt år,
- 5 heltidstjänster, bestående av 1–2 jurister, 1 analytiker, 2 sakkompetenser från både hälso- och sjukvård och äldreomsorg,
- eventuella kostnader för en pilotverksamhet,
- eventuellt information/stödinsatser i samband med lansering.

År 2020 var medellönen för en statlig anställd förvaltningsjurist 49 500 kronor/månad och för övriga utredare 41 900 kronor/månad, enligt SCB. Uppräknat till 2024 detta skulle bli 54 300 kronor/månad resp. 45 900 kronor/månad. Inklusive arbetsgivaravgifter skulle då en heltidsjurist kosta 930 000 kronor/år och övriga utredare/analytiker ca 787 000 kronor/år. Kostnaden för 5 heltidsanställda under 2024 blir då ca 4,2 miljoner kronor, och totalt ca 6,3 miljoner kronor för ett och ett halvt års arbete. Till detta tillkommer uppskattade kostnader om 0,5 miljoner för information- och stödinsatser i samband med ikraftträdande. Dvs. totalt 6,8 miljoner.

Kostnader för den löpande förvaltningen, inklusive revideringar av planen, kommer delvis bero på hur ordningen slutligen utformas. Det är därför inte ändamålsenligt för oss att beräkna några kostnader

för detta. Det behöver vara en del av den konsekvensanalys som görs i samband med framtagandet av ordningen i sin helhet.

Översikt av förslag som påverkar statens kostnader

För en översikt av förslag som medför kostnader för staten, och förslag på hur dessa bör finansieras se avsnitt 9.6.

9.4.7 Konsekvenser för företag

Utredningens bedömning: Utredningen bedömer att förslagen inte innebär några effekter av betydelse för företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt.

Förslagen gör inte skillnad på offentliga och privata utförare. Förslagen påverkar privata utförare på samma sätt oavsett driftsform eller storlek. Därför påverkar förslagen inte företagens konkurrensförmåga.

De föreslagna bestämmelserna kan förväntas påverka hur huvudmännen utformar förfrågningsunderlag och avtal och därigenom villkoren för företagen. Det är dock samma förhållande som redan gäller. Kommunen ansvarar för att erbjuda äldreomsorg och kan ändra villkoren för dem som utför kommunens uppgifter inom äldreomsorgen som de finner lämpligt för att uppfylla sitt ansvar.

En betydande andel av äldreomsorgen bedrivs av privata utförare. Enligt statistik från SCB fanns år 2020, 133 företag som bedrev verksamhet i form av servicehus, servicelägenheter för äldre samt ålderdomshem. Deras antal och storlek var som följer:

- Mikro: 42 företag hade 1–9 anställda.
- Små: 37 företag hade 10–49 anställda.
- Medel: 16 företag hade 50–199 anställda.
- Stora: 7 företag hade 200–499, 11 företag hade minst 500 anställda.

Företag som år 2020 bedrev verksamhet med hemtjänst, dagcentraler o.d. för äldre var 313 stycken och deras antal och storlek var som följer:

- Mikro: 91 företag hade 1–9 anställda.
- Små: 153 företag hade 10–49 anställda.
- Medel: 42 företag hade 50–199 anställda.
- Stora: Inga företag hade 200 eller fler anställda.

Våra förslag till nya bestämmelser som även gäller för privata utförare av äldreomsorg är bestämmelserna om:

– lagens syfte,
– lagens mål,
– personers delaktighet, självbestämmande och information,
– kontinuitet, trygghet och säkerhet,
– genomförandeplan,
– ledarskap,
– personal,
– fast omsorgskontakt och
– en nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen.

Kommunen i egenskap av huvudman är ansvarig för att tillhandahålla äldreomsorg. Om kommunen väljer att överlåta utförande av insatser i äldreomsorgen till privata utförare, behöver kommunen sätta upp de villkor som ska gälla för verksamheten i sina förfrågningsunderlag. Kommunen behöver då ställa krav på verksamheten som innebär att de måste leva upp till de lagkrav som våra förslag innebär. På samma sätt som för nu gällande krav. Som utförare kan man då ta ställning till om man vill ingå avtal på dessa villkor.

De administrativa kostnader och eventuella behov av utökad personalstyrka som kan uppkomma genom kravet på upprättande av genomförandeplaner, personaltillgång, förutsättningar för ledare och utnämning av fast omsorgskontakt blir en fråga för kommunen och utföraren att reglera i sina avtal (se våra bedömningar av konsekvenser för kommunerna i avsnitt 9.4.5).

Mindre företag kan eventuellt ha större svårigheter att leva upp till krav på ledares förutsättningar. Denna bestämmelse ställer dock inte upp några nyckeltal och lämnar därmed utrymme för olika lösningar utifrån aktuell kontext Vi bedömer att det inte behöver tas särskilda hänsyn till små företag vid reglernas utformning.

Utredningen bedömer sammanfattningsvis att förslagen inte innebär några effekter av betydelse för företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt.

9.4.8 Konsekvenser för EU-rätten och internationella rättsliga åtaganden

Utredningens bedömning: Förslagen är förenliga med EU-rätten och andra internationella åtaganden.

I kapitel 4 behandlas Sveriges internationella åtaganden. Sverige har anslutit sig till och ratificerat en rad internationella konventioner på området som äldreomsorgslagen reglerar.

FN:s Internationella konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning handlar bl.a. om rättskapacitet, tillgänglighet, att leva självständigt, vård, hjälpmedel, delaktighet och brukarinflytande.[87]

Den europeiska konventionen från den 4 november 1950 angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna, förkortad EKMR, gäller som lag i Sverige. Här kan nämnas rätten till respekt för sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens enligt artikel 8. I artikel 14 finns ett förbud mot diskriminering vid tillämpningen av konventionen.

Inom EU gäller även Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna. Diskrimineringsförbudet i stadgans artikel 21 omfattar fler diskrimineringsgrunder än EKMR, bland annat diskriminering p.g.a. funktionshinder och ålder. I artikel 25 tas äldres rättigheter upp. Unionen erkänner och respekterar rätten för äldre att leva ett värdigt och oberoende liv och att delta i det sociala och kulturella livet. Vidare slår artikel 34 fast att unionen erkänner och respekterar rätt till tillgång till social trygghet och sociala förmåner som garan-

[87] Se t.ex. artiklarna 9. 21 och 30.

terar skydd i sådana fall som t.ex. ålderdom i enlighet med unionsrätten samt nationell lagstiftning och praxis.[88]

Den europeiska sociala stadgan, som trädde i kraft i februari 1965, är en internationell överenskommelse som utarbetades inom Europarådet. År 1996 fattades beslut om en reviderad stadga. I artikel 23 finns stadganden om rätt till socialt skydd för äldre personer. De länder som ratificerat den sociala stadgan åtar sig att själva eller i samarbete mellan offentliga och privata organisationer möjliggöra för äldre personer att så länge som möjligt förbli fullvärdiga samhällsmedlemmar. Som medel nämns att tillhandahålla lämpliga resurser och information om tjänster och arrangemang. Vidare åtar sig parterna att möjliggöra för äldre personer att fritt välja livsstil och föra ett oberoende liv i den omgivning som de är förtrogna med så länge de önskar. Detta genom att tillhandahålla bostäder för deras behov och hälsotillstånd eller lämpligt stöd för anpassning av deras bostäder samt hälsovård och tjänster som deras tillstånd kräver. Artikel 15 handlar om rätt till oberoende, social integrering och deltagande i samhällslivet för personer med funktionsnedsättningar.[89] I regeringens proposition Europarådets sociala stadga nämns som exempel att detta främjas genom socialtjänstlagen, t.ex. hemtjänst.[90]

De av utredningen föreslagna bestämmelserna syftar till att stärka de rättigheter som kommer till uttryck i de internationella instrumenten. Det är därför utredningens bedömning att författningsförslagen stämmer väl överens med Sveriges internationella åtaganden.

Överensstämmelse med EU-rätten

Det är utredningens bedömning att förslagen till bestämmelser i äldreomsorgslagen inte har någon betydelse för de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till Europeiska unionen.

[88] Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna (2010/C 83/02).
[89] SÖ 1998:35, *Sveriges internationella överenskommelser, Europeisk social stadga (reviderad)*.
[90] Prop. 1997/98:82, *Europarådets sociala stadga*, s. 27.

Förbud mot diskriminering

Bestämmelser om förbud mot diskriminering regleras i diskrimineringslagen (2008:567) och omfattar bland annat socialtjänsten. I vårt förslag till tillämpningsområde för äldreomsorgslagen föreslår vi en åldersgräns med innebörden att lagen gäller dem som fyllt 65 år. Vi föreslår bestämmelser som t.ex. innebär tydligare krav på kvalitet och den enskildes delaktighet och inflytande över sin omsorg. Det kan innebära att det skulle kunna ses som en fördel att omfattas av lagens bestämmelser. Vid utarbetandet av nya lagförslag som föreskriver åldersgränser ska det beaktas att syftet med åldersgränsen ska vara berättigat och att åldersgränsen i sig ska vara lämplig och nödvändig för att nå syftet.[91]

Enligt utredningens bedömning måste hänsynstagandet till ålder i en äldreomsorgslag anses berättigat. Behov av skydd, stöd och omsorg från socialtjänsten skiljer sig åt beroende av vilken ålder man befinner sig i. De behov lagen syftar till att tillgodose har samband med åldrande. Specifika regler utifrån ålder finns även för socialtjänstens ansvar och arbete för barn och unga. Även om behoven av äldreomsorg inte är så stora i åldersgruppen 65–69 år har vi satt åldersgränsen vid 65 år för att inte exkludera yngre-äldre. Även personer som är yngre omfattas av lagens tillämpning om insatser inom äldreomsorgen är ändamålsenliga. Vi bedömer därför att vårt förslag inte strider mot förbud mot diskriminering.

9.4.9 Övriga konsekvenser

Utredningens bedömning: Förslagen bedöms inte ha några konsekvenser för offentlig service i olika delar av landet, de integrationspolitiska målen, miljön, brottsligheten eller det brottsförebyggande arbetet. Förslagen kan få indirekta positiva effekter för jämställdheten. Konsekvenser för sysselsättning har redogjorts för under respektive förslag där relevant.

Undersköterskor inom hemtjänst, hemsjukvård och äldreboenden, är ett av de mest kvinnodominerade yrkena med 90 procent kvinnor och endast 10 procent män. I yrkesgruppen vårdbiträde är fördel-

[91] Prop. 2011/12:159, *Ett utvidgat skydd mot åldersdiskriminering*, s. 50.

ningen 72 procent kvinnor och 28 procent män.[92] Undersköterskor och annan personal i hemtjänst, hemsjukvård och äldreboende är sjukskrivna i genomsnitt dubbelt så mycket som samtliga anställda.[93]

De flesta cheferna inom kommunal vård och omsorg är kvinnor. År 2018 var ca 76 procent av cheferna inom kommunal vård och omsorg kvinnor. Totalt fanns då 13 200 kvinnliga chefer jämfört med 4 200 manliga chefer. Uppgifterna avser både kommunalt och privat drivna verksamheter. Statistik från 2019 visar att det är något fler män på de högsta chefspositionerna jämfört med första linjens chefspositioner men det är fortfarande en övervägande majoritet kvinnor som har chefspositioner, på alla nivåer, inom kommunal vård och omsorg. Dessa chefer ansvarar för drygt 275 600 anställda i socialtjänstens olika verksamheter och den kommunala hälso- och sjukvården.[94]

Flera av våra förslag förväntas bidra till en bättre arbetsmiljö för dessa arbetsgrupper, som t.ex. krav på tillräckligt antal personal, kontinuitet i planering och organisering och att stärka förutsättningarna för ledarskapet. Därmed kan villkoren förbättras för grupper på arbetsmarknaden inom äldreomsorgen där den övervägande majoriteten är kvinnor.

9.5 Konsekvensanalyser gällande förslag om stärkt medicinsk kompetens

I det följande redogörs för konsekvenser som följer av förslagen i kapitel 8.

9.5.1 Övergripande konsekvenser av förslag om stärkt medicinsk kompetens

Utredningens bedömning: De samlade effekterna av våra förslag beräknas innebära en ökad personcentrering i den kommunala primärvården och att patienten blir mer delaktig i utformningen av den egna vården.

[92] SCB, *Vanligaste yrket i riket var Undersköterskor inom hemtjänst, hemsjukvård och äldreboende*.
[93] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2020*, 2020.
[94] Vård- och omsorgsanalys, *Läget för ledarna – Förutsättningar för ledarskapsutveckling i kommunal vård och omsorg*, 2021.

Genom tydligare strukturer för samverkan på huvudmannanivå och tydligare krav på vad som förväntas av vårdgivare förväntas patienter med kommunal primärvård få en utökad och därmed mer jämlik tillgång till hälso- och sjukvård.

Våra förslag om individuell plan bidrar till en ökad informationskontinuitet vilket förväntas bidra till en stärkt samverkan. Tydligare utpekade funktioner som så långt möjligt ska utföra vårdinsatserna, såsom fast vårdkontakt och fast läkarkontakt, förväntas bidra till en ökad relationskontinuitet för patientens och personalens del. Dessa förslag bör även bidra till att vårdplanering blir ett mer naturligt inslag i arbetet samt ett ökat fokus på förebyggande och rehabiliterande insatser.

En tydligare struktur för planering och samordning närmast patienten bidrar också till en bättre integrering mellan hälso- och sjukvårdsinsatser från kommun och region, men även med socialtjänsten. Det skapar förutsättningar för att avlasta anhöriga och andra närstående från oönskade roller och bidrar till en bättre arbetsmiljö för medarbetare.

Förslagen om krav på en gemensam plan för primärvårdens utformning och utveckling och krav på utpekade ledningsansvariga för kommunens primärvård och i regionen förväntas skapa förutsättningar för ett gemensamt ansvarstagande när det gäller kompetensförsörjning inom primärvården. Med en ledningsansvarig för kommunens primärvård med gedigen medicinsk kompetens skapas också förutsättningar för att huvudmännen får nödvändiga underlag för att kunna fatta strategiska beslut som rör hälso- och sjukvård. Tillsammans med förtydligade krav på medicinsk kompetens på vårdgivarnivå i kommunerna förväntas förslagen medföra en nödvändig förstärkning av den medicinska kompetensen i kommunerna.

9.5.2 Konsekvenser för äldre personer samt anhöriga och andra närstående

Utredningens bedömning: Våra förslag skapar bättre förutsättningar för en mer jämlik tillgång till primärvårdens samtliga kompetenser. Äldre personer och svårt sjuka personer som får kommunal primärvård samt deras anhöriga kan bli mer delaktiga i vården. Förslagen förväntas även bidra till ökad trygghet och kontinuitet i relationer samt bättre samordning av vården. Förslagen förväntas bidra till en mer säker, god och nära vård.

Anhöriga och andra närstående förväntas bli kunna bli avlastade administrativa bördor och i stället involveras utifrån en mer personcentrerad vård och omsorg.

Patienter och äldre personer

Förslaget att ändra begreppet hemsjukvård till primärvård i ordinärt boende tydliggör att dessa patienter har rätt till samma primärvård som resten av befolkningen. Våra förslag om gemensam plan för primärvården, ledningsansvarig för kommunens primärvård på huvudmannanivå och kvalitetsansvarig på vårdgivarnivå syftar gemensamt till att även patienter med kommunal primärvård får tillgång till alla primärvårdens kompetenser. Det förväntas även öka deras faktiska tillgång till primärvårdsinsatser. Förslag om att det ska vara möjligt att få medicinska bedömningar av sjuksköterskor och läkare dygnet runt alla dagar i veckan förväntas bidra till att dessa professioner kommer vara tillgängliga i den utsträckning som motsvarar berörda personers behov. Vårt förslag om en ledningsansvarig i regionen förväntas bidra till att stärka tillgången även till regionens specialiserade vård till personer som även får kommunal primärvård. Sammantaget förväntas förslagen därmed bidra till en mer jämlik tillgång till vård.

Våra förslag om att kommunen ska organisera sin primärvård så att den kan ges nära patienten och ändringar i regelverket om individuell plan förväntas bidra till att vård och omsorgsinsatser för äldre personer utformas på ett personcentrerat sätt och att den enskildes perspektiv beaktas mer än i dag. Förslagen tydliggör sammantaget att fler insatser behöver utföras av legitimerad hälso- och sjukvårds-

personal. Det bedöms bidra till en högre medicinsk kvalitet och säkerställande av en god och säker vård. Förslagen innebär att vårdinsatser i princip alltid ska planeras för personer som får primärvård från båda huvudmännen, oavsett om de har omfattande eller mindre omfattande vårdbehov. På så sätt kan man undvika eller i vart fall skjuta upp vissa vårdbehov. Det beräknas minska behovet av socialtjänstinsatser och undvikbara inläggningar i sluten vård. Det är kostnadsbesparande ur samhällsekonomisk synvinkel, men bidrar även till ökad livskvalitet för t.ex. äldre personer. Genom förslaget att man i möjligaste mån ska planera även för vårdbehov som kan förväntas uppstå inom en snar framtid liksom förslaget att det av den individuella planen ska framgå vad målet med insatserna är utifrån den enskildes perspektiv ökar den enskildes möjlighet att vara mer delaktig i sin vård. Det bör i sig bidra till en ökad känsla av trygghet och säkerhet i vården för såväl patient, anhöriga och andra närstående som personalen.

Anhöriga och andra närstående

Vårt förslag om att en fast vårdkontakt som regel ska utses till äldre personer eller personer som är svårt sjuka och därför är inskrivna i kommunens primärvård liksom regleringen av funktionens ansvar för att planera och samordna vården beräknas innebära att anhöriga avlastas från att ansvara för att koordinera patientens vård- och omsorgsinsatser. Indirekt kan det bidra till bättre hälsa även för anhöriga och andra närstående till patienter, som ofta annars får bära ett tungt ansvar för äldre eller svårt sjuka anhöriga. Föreslagna bestämmelser innebär att planering och samordning ska utföras tillsammans med bl.a. anhöriga till patienten. Det beräknas bidra till ökad delaktighet i vården och en mer personcentrerad utformning av insatserna så att även anhörigas perspektiv beaktas.

9.5.3 Kompetensförsörjning

Utredningens bedömning: Utredningens förslag som specifikt handlar om att stärka tillgången till läkare och sjuksköterskor för patienter som har kommunal primärvård utgör inte nya åtaganden, utan förtydliganden av vad som redan följer av befintlig lagstiftning. Oaktat våra förslag finns dock stora utmaningar vad gäller kompetensförsörjningen i primärvården. Att dessa utmaningar åtgärdas kommer vara avgörande för att nå den fulla potentialen i utredningens förslag.

Våra förslag förväntas bidra till en mer ändamålsenlig användning av befintliga resurser, samt till att göra rollerna som läkare och sjuksköterska i primärvården mer attraktiva. Det är i sin tur nödvändigt för att åstadkomma en fungerande kompetensförsörjning. Därigenom finns även en potential att återföra allmänläkare och sjuksköterskor som i dag valt att arbeta utanför primärvården, eller t.o.m utanför hälso- och sjukvården, till tjänster i primärvården.

Särskilt om läkare och sjuksköterskor

En väl fungerande och ändamålsenlig kompetensförsörjning av all relevant legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i primärvården är en förutsättning för en fungerande hälso- och sjukvård och för att våra förslag ska kunna få avsett genomslag.

I våra direktiv anges särskilt att konsekvenser för kompetensförsörjningen av yrkesgrupperna läkare och sjuksköterskor ska analyseras. I bl.a. avsnitt 3.3.2, 8.1.3, 8.1.4, 8.3.3 och 8.3.4 har vi redogjort närmre för utmaningar kring kompetensförsörjning, samt olika pågående initiativ för att åtgärda befintliga brister. Nedan resonerar vi särskilt om kompetensförsörjningen i primärvården, med fokus på läkare och sjuksköterskor.

Behoven utifrån befintliga åtagande

Att vi har omfattande problem att försörja primärvården med de läkare och sjuksköterskor som behövs för att leva upp till åtaganden enligt befintlig lagstiftning är ett faktum. Det framgår tydligt av

såväl olika uppdrag som regeringen gett till myndigheter för att säkra den framtida kompetensförsörjningen[95] som olika pågående initiativ hos huvudmännen och inom ramen för SKR.[96]

Trots det syns ännu ingen ökning av andelen specialistläkare i allmänmedicin. I en rapport publicerad i slutet av april 2022 konstateras att antalet specialistläkare i allmänmedicin skulle behöva öka kraftigt för att möta behoven.[97] Inte heller satsningar på att öka antalet utbildningsplatser på vissa hälso- och sjukvårdsutbildningar i högskolan har hittills gett avsedda resultat. En uppföljning under 2019 visade att utbyggnaden inte har bidragit till någon avsevärd ökning av högskoleutbildade inom bristyrken: de uppsatta utbyggnadsmålen har inte ens uppnåtts till hälften.[98]

I avsnitt 8.6.1, 8.6.3, 8.7.3, 8.7.4 och 8.7.5 lägger vi fram förslag som specifikt handlar om att stärka tillgången till läkare och sjuksköterskor för patienter som har kommunal primärvård. Dessa förslag utgör ett visst intrång i det kommunala självstyret men dock inte nya åtaganden, utan förtydliganden av befintliga åtaganden för kommuner och regioner (se vidare avsnitt 9.5.5–5.5.6).

Kompetensförsörjningsbehoven i primärvården följer alltså inte av våra förslag, utan av hälsan hos befolkningen och den skyldighet att erbjuda vård på primärvårdsnivå som huvudmännen redan har enligt gällande lagstiftning.

Våra förslag

Vi har alltså en situation, oaktat våra förslag, där prioriteringar av befintliga resurser måste göras för att de som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården, i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen. De personer som har insatser från den kommunala primärvården hör ofta till de mest sköra patienterna, med omfattande vårdbehov. Som vi visat i våra analyser tenderar dessa patienter dock snarast att få sämre tillgång till hälso- och sjukvård än

[95] Jfr t.ex. Regeringen (Socialdepartementet), *Uppdrag om kompetensförsörjning inom primärvården. S2021/06575(delvis)*; *Regeringen och SKR, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om God och nära vård 2022. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav*, 2022.
[96] Jfr t.ex. SKR, *Strategier för att möta kompetensutmaningen*.
[97] Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet, *Kompetensförsörjning inom primärvården. Delredovisning*, 2022.
[98] Riksrevisionen, *Riktade utbyggnadsuppdrag till universitet och högskolor – regeringens styrning genom utformning och uppföljning, (2021:1)*, 2021.

patienter med regional primärvård. Det pekar på behovet av att – samtidigt som samhället arbetar för att långsiktigt säkra kompetensförsörjningen – se över användningen av befintliga resurser. De mest sköra patienterna kan och ska inte behöva vänta tills primärvården får fler sjuksköterskor och läkare innan de kan få en god och säker vård på lika villkor.

Våra förslag förväntas i detta skede bidra till en mer ändamålsenlig användning av befintliga resurser, samt till att göra rollerna som läkare och sjuksköterska i primärvården mer attraktiva. Detta genom att professionerna ges bättre möjligheter att jobba utifrån sin yrkeskompetens, samt att samverka konstruktivt utifrån tydliggjorda ansvar och uppgifter på olika nivåer. Detta förväntas i sin tur kunna bidra till bättre arbetsmiljö vilket nämns som den enskilt viktigaste insatsen för en fungerande kompetensförsörjning.[99]

Förslagen kan därigenom även indirekt bidra till återföra allmänläkare och sjuksköterskor som i dag valt att arbeta utanför primärvården, eller t.o.m utanför hälso- och sjukvården, till tjänster i primärvården.[100]

Läkare

Våra förslag om ett tydliggjort uppdrag för läkarinsatser till patienter med kommunal primärvård (se avsnitt 8.7.3–8.7.5) kommer troligen på flera håll tydliggöra att det initialt behövs en omfördelning av befintliga läkarresurser till patienter i kommunal primärvård. Detta så att de som har störst behov prioriteras, i enlighet med behovsprincipen i HSL.

Det kan medföra att andra delar av befolkningen får mindre tillgång till läkare, om inte tillgången till läkare i primärvården generellt samtidigt ökar. Det finns en risk att det kan leda till att nya vårdbehov uppstår bland dessa grupper, som hade kunnat undvikas. Detta behöver dock ställas i relation till de undvikbara vårdtillfällen och vårdbehov som uppstår för, framför allt, sköra äldre personer som inte får tillgång till läkare i primärvården (jfr t.ex. avsnitt 9.2.2).

[99] Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet, *Kompetensförsörjning inom primärvården. Delredovisning,* 2022.
[100] För en redovisning av hur många allmänläkare och sjuksköterskor som är sysselsatta i respektive utanför hälso- och sjukvården se Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet, *Kompetensförsörjning inom primärvården. Delredovisning*, 2022.

I enlighet med redan pågående arbete bedömer vi att det krävs en förstärkning av läkarresursen i primärvården för att uppnå en adekvat kompetensförsörjning och möjliggöra för huvudmännen att leva upp till sina åtagande, samt i förlängningen för att fullt ut kunna genomföra våra förslag. Centralt framöver blir t.ex. arbetet med att ta fram rekommendationer för dimensionering av läkarnas specialiseringstjänstgöring (ST) inom allmänmedicin på nationell och regional nivå.

Sjuksköterskor

Våra förslag som tydliggör att man ska kunna få en medicinsk bedömning av sjuksköterska dygnet runt samt att man som utgångspunkt ska få en fast vårdkontakt i kommunens primärvård (se avsnitt 8.6.1 och 8.6.3) sätter sammantaget ljuset på att bemanningen av sjuksköterskor behöver öka i många kommuner, för att dessa ska leva upp till sina åtaganden som huvudman för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå.

Trots att sjuksköterskor utgör navet i kommunens primärvård har antalet sjuksköterskor inom vård och omsorg för äldre personer minskat något sedan 2015,[101] samtidigt som patienterna har blivit fler och deras behov av vård ökat och blivit mer komplext (se även avsnitt 8.1). Flertalet kommuner anser att de har brist på sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor.[102]

Det kommer att behöver utbildas fler sjuksköterskor framöver för att bemanna kommunens primärvård.

På liknande sätt som för läkarresursen behöver samtidigt befintliga sjuksköterskeresurser organiseras och nyttjas så att de som har störst behov prioriteras, i enlighet med behovsprincipen i HSL.

I enlighet med redan pågående arbete bedömer vi dock att det krävs en förstärkning av sjuksköterskeresursen för att uppnå en adekvat kompetensförsörjning och möjliggöra för huvudmännen att leva upp till sina åtaganden. I förlängningen behövs det även för att fullt ut kunna genomföra våra förslag. Centralt framöver blir t.ex. att den kommunala primärvården inkluderas fullt ut i Socialstyrelsens och Nationella vårdkompetensrådets uppdrag om kompetensför-

[101] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*, 2022, s. 56.
[102] Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet 2022*, 2022, s. 40 f.

sörjning inom primärvården och att planeringsunderlag tas fram även för den kommunala primärvården.

9.5.4 Konsekvenser för personal inom berörda yrkesgrupper

Utredningens bedömning: Organiseringen av all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i primärvården inklusive deras arbetssätt behöver ses över för att säkerställa att de bidrar till att patienten får en god och säker vård. Stärkt fokus på teambaserade arbetssätt, bättre bemanning och kompetensutveckling kommer bidra till en bättre arbetsmiljö och göra kommunens primärvård mer attraktiv för samtliga professioner.

Allmänna konsekvenser av en nära vård

Förslaget om att vården ska ges nära förväntas generellt bidra till behov av en översyn av hur primärvårdens samtliga kompetenser i kommunen är organiserade.

Kärnan i nära vård är ett personcentrerat arbetssätt. Det innebär att vårdens organisering, bemanning och utförande ska anpassas efter individens behov och förutsättningar, i stället för att individen ska behöva anpassa sig till organisationen. Vårt förslag om att vården ska ges nära är ett bland flera av våra förslag som tillsammans är avsedda att stärka tillgången till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, för att säkerställa att enskilda patienter får en god och säker vård. Kommunen behöver som huvudman, genom kravställning och uppföljning på vårdgivarnivå, bl.a. säkerställa att personer som omfattas av kommunens ansvar har tillgång till relevanta primärvårdskompetenser.

Bestämmelsen om att vården ska organiseras nära de personer som omfattas av kommunens ansvar styr även mot arbetssätt i form av t.ex. interprofessionella team. Teamarbete är i sig kompetensutvecklande. Det förväntas bidra till bättre förutsättningar för personalen att erbjuda en god och säker vård, vilket bidrar till en bättre arbetsmiljö och gör kommunen mer attraktiv som arbetsgivare.

Sjuksköterskor

I avsnitt 8.5.3 och 8.6.1 föreslår vi att kommunen ska vara skyldig att organisera primärvården så att vården kan ges nära patienten liksom att det måste vara praktiskt möjligt att få en medicinsk bedömning av en sjuksköterska dygnet runt alla dagar i veckan. Tillsammans med förslaget om fast vårdkontakt i avsnitt 8.6.3, innebär dessa förslag att fler vårdinsatser behöver utföras av legitimerade sjuksköterskor. Med hänsyn till patientgruppernas vårdbehov tror vi att det i många fall kommer vara mest ändamålsenligt att patienten har en sjuksköterska som fast vårdkontakt. Förslagen kommer därmed bidra till att stärka sjuksköterskans roll i kommunens primärvård. För att sjuksköterskorna ska finnas tillgängliga och kunna utföra planerade vårdinsatser och följa upp hur patientens planerade vård fungerar samt samordna vårdinsatserna med andra berörda inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten så kan de inte ansvara för allt för många patienter.

Sammantaget innebär detta att bemanningen av sjuksköterskor kan komma att behöva öka på vissa ställen, för att säkerställa nödvändig tillgång till sjuksköterskor, över hela dygnet. Det beror på hur man i dag organiserar sitt arbete. Kraven följer i grunden redan av nuvarande regelverk, men då flera kommuner i dag inte lever upp till dessa krav kommer det på vissa ställen innebära att fler sjuksköterskor behöver arbeta på kvällar, helger och nätter.

Sammantaget förväntas förslagen leda till en bättre arbetsmiljö. Våra förslag om att förtydliga verksamhetschefens ansvar för att vården är god och säker och ett särskilt kvalitetsansvar för omvårdnad i avsnitt 8.8.2 samt krav på en ledningsansvarig för kommunens primärvård på huvudmannanivå i avsnitt 8.8.4 innebär fler karriärmöjligheter inom kommunen. Detta skapar, tillsammans med ett tydligare uppdrag för sjuksköterskor i egenskap av fast vårdkontakt i kommunernas primärvård, också förutsättningar för bättre bedömningar om behov av bemanning och kompetensutveckling för sjuksköterskor. Det förväntas göra kommunen till en mer attraktiv arbetsgivare för sjuksköterskor.

Läkare

Vårt förslag i avsnitt 8.7 om krav på ett tilläggsuppdrag för vissa vårdgivare inom kommunens primärvård, att förtydliga vilka insatser som förväntas av läkare hos dessa vårdgivare samt kraven på att patienterna dagligen ska kunna få medicinska bedömningar av dessa läkare, förväntas medföra bättre förutsättningar för enskilda läkare att ge en god och säker vård.

Förslagen kräver att vårdgivaren organiserar sina läkarresurser på ett sådant sätt att läkare har möjlighet att vara tillgänglig för patienterna varje dag. Med en tydligare struktur för läkarinsatser i kommunal primärvård och ökade möjligheter att bygga upp en relation med sina patienter får läkaren bättre förutsättningar att fullgöra uppdraget. Det förväntas bidra till en bättre arbetsmiljö och i förlängningen kan det bidra till att det bli mer attraktivt att arbeta som läkare inom äldreomsorgen.

För att kunna fullgöra uppdraget som läkare kan man inte vara fast läkarkontakt till hur många patienter som helst. Socialstyrelsen har nyligen tagit fram ett nationellt riktvärde för fast läkarkontakt som innebär 1 100 invånare per specialist i primärvården samt 500 per ST-läkare. Det ska varken ses som ett golv eller ett tak. Riktvärdet behöver vara lägre när det gäller ansvar för personer som får kommunal primärvård då dessa generellt hör till den delen av befolkningen som har de mest omfattande vårdbehoven.

Våra förslag tydliggör att organiseringen av läkare i kommunal primärvård liksom deras arbetssätt behöver ses över på många ställen. Regionerna behöver som huvudman, genom kravställning och uppföljning på vårdgivarnivå, säkerställa att det finns adekvat tillgång till de läkarresurser som krävs för att patienten ska få en god, nära och säker vård.

Förslagen i avsnitt 8.8.4 och 8.8.5 innebär nya tjänster på strategisk nivå som läkare kan söka. Det innebär fler och nya karriärmöjligheter och kan bidra till att öka intresset för att specialisera sig mot t.ex. geriatrik. En ledningsansvarig för regionens hälso- och sjukvård till patienter med kommunal primärvård beräknas underlätta samverkan mellan läkare i primärvården, samt mellan dem och regionens specialiserade vård.

Fysioterapeuter och arbetsterapeuter

Flera av våra förslag innebär ett ökat krav på mer förebyggande vård och samverkan med socialtjänsten. För vissa patienter i kommunal primärvård kommer det vara naturligt med en fysioterapeut eller arbetsterapeut som fast vårdkontakt i stället för sjuksköterska. För att kommunerna ska kunna erbjuda den primärvård de ansvarar för samt ge vården nära behöver fysioterapeuter och arbetsterapeuter vara mer tillgängliga än de är på många platser i dag. Med ett tydligare uppdrag för dessa professioner kommer det vara lättare att bedöma behov av bemanning och planera för en framtida kompetensförsörjning.

Våra förslag om ett tydligare kvalitetsansvar för rehabilitering och hjälpmedel på vårdgivarnivå i avsnitt 8.8.3 innebär utökade karriärmöjligheter inom kommunen för fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Det skapar också förutsättningar för bättre bedömningar om behov av bemanning och kompetensutveckling för dessa professioner. Det förväntas göra att kommunen till en mer attraktiv arbetsgivare för fysioterapeuter och arbetsterapeuter.

Övriga primärvårdskompetenser

Vårt förslag om att även kommunen ska organisera sin primärvård så att vården kan ges nära och gemensam plan för primärvården (se avsnitt 8.5.2 och 8.5.3) förväntas bidra till att även andra kompetenser än de som nämnts ovan och i dag är vanligt förekommande behöver bli mer tillgängliga även i kommunens primärvård. Det gäller oavsett om man på lokal nivå bedömer att dessa kompetenser ska tillhandahållas via kommunen eller regionen. Det kan innebära utökade yrkesmöjligheter för fler legitimerade professioner, t.ex. dietister, farmaceuter och hälso- och sjukvårdskuratorer i den kommunala primärvården.

Våra förslag om kvalitetsansvariga på vårdgivarnivå och ledningsansvariga på huvudmannanivå i avsnitt 8.8. beräknas bidra till en bättre bemanning och kompetensförsörjning inom den kommunala primärvården. Det kommer i sig bidra till att kommunen blir en attraktiv arbetsgivare för primärvårdens olika kompetenser.

Omsorgspersonal

Våra förslag i kapitel 8 bl.a. om fast vårdkontakt i kommunen, utökade möjligheter för patienter att kunna få medicinska bedömningar av sjuksköterskor och läkare samt ett tydligare reglerat läkaruppdrag som även inkluderar handledning till omsorgspersonal skapar förutsättningar för en tryggare och säkrare vård och omsorgsinsatser även från icke legitimerad personal i kommunen. Genom att fler hälso- och sjukvårdsinsatser förväntas bli utförda av legitimerad personal, kommer förutsättningarna stärkas för att delegeringar sker i enlighet med gällande regelverk. Det bidrar till att omsorgspersonalen avlastas krav som går utöver deras kompetens och egentliga arbetsuppgifter. En ökad tillgång till medicinsk kompetens i kommunal primärvård och mer teamarbete mellan vården och omsorgen, bör göra det mer attraktivt att arbeta inom äldreomsorgen. Teamarbetet bidrar i sig till kompetensutveckling.

9.5.5 Konsekvenser för kommunala självstyret

Utredningens bedömning: De flesta förslag innebär intrång i den kommunala självstyrelsen. Intrången är nödvändiga för att åtgärda de brister som finns sedan länge i kommunal hälso- och sjukvård.

Merparten av förslagen är utformade som förtydliganden av vad som förväntas av kommun och region redan med anledning av befintlig lagstiftning. Effekterna som förslagen syftar till att uppnå kan inte uppnås på ett mindre ingripande sätt. De är därför proportionerliga.

I detta avsnitt analyserar vi i vilken utsträckning våra förslag innebär en inskränkning av den kommunala självstyrelsen och om de i så fall är proportionerliga i förhållande till de ändamål som föranlett våra förslag, i enlighet med 14 kap. 3 § regeringsformen. För en utförligare beskrivning av ändamålen se kapitel 8.

I avsnitt 9.5.6–9.5.8 analyseras i vilken mån våra förslag innebär nya åligganden och om de i så fall medför kostnader som enligt finansieringsprincipen bör finansieras av staten.

Nödvändiga intrång för att säkerställa vård på lika villkor

Vi bedömer att samtliga förslag vi lämnar i kapitel 8, förutom såvitt avser förtydliganden om nuvarande ansvarsfördelning i avsnitt 8.5.1, innebär ett visst intrång i den kommunala självstyrelsen. Intrången består framför allt i en ökad reglering om hur hälso- och sjukvården planeras och organiseras, dvs. frågor som huvudmännen i dag är relativt fria att bestämma inom ramen för det kommunala självstyret.[103] Samtidigt anser vi att de flesta av dessa intrång inte i sig utgör nya åtaganden, utan våra författningsförslag innebär i dessa delar förtydliganden om vad som redan följer av gällande rätt.

Av nuvarande lagstiftning följer att huvudmännen ska planera och organisera sin hälso- och sjukvård så att den motsvarar befolkningens behov.[104] De grupper i befolkningen som omfattas av huvudmännens delade primärvårdsansvar har vanligen de mest omfattande behoven. De har särskilda behov av en hög tillgänglighet till vårdinsatser och behöver kunna få mer vård i sitt hem än resten av befolkningen. Det ställer därmed andra krav på hur huvudmännen organiserar och tillgängliggör hälso- och sjukvård till dessa grupper. I det enskilda fallet ska sedan principen om vård efter behov tillämpas på individnivå.[105]

Som vi redogjort för i avsnitt 8.1 har kraven på kommunens hälso- och sjukvård förändrats i såväl antal patienter som krav på kompetens hos personalen. Brister i den medicinska kvaliteten i kommunal primärvård har påpekats återkommande av flera olika myndigheter. Trots flertalet ekonomiska satsningar och upprepad kritik under lång tid har inga större förändringar gjorts i vare sig kommunernas eller regionernas primärvård. Som framgår av våra problembeskrivningar i avsnitt 8.3 grundar sig bristerna framför allt på för låg bemanning av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och bristande förutsättningar till kompetensutveckling för dessa. Vårdens organisering brister också i vissa fall vilket gör att personalen inte får rätt förutsättningar att erbjuda en god och säker vård.

Bristerna har lett till att patienter med kommunal primärvård inte får tillgång till alla primärvårdens kompetenser eller till specialiserad vård på lika villkor som resten av befolkningen. Det har inneburit att de inte fått tillgång till en lika god, säker och nära vård som resten av

[103] Se 7 kap. 2 § och 11 kap. 2 § HSL.
[104] Jfr 7 kap. 2 § och 11 kap. 2 § HSL.
[105] Jfr 3 kap. 1 § HSL.

befolkningen. Ingen av huvudmännen har fullgjort sitt ansvar utan anmärkning.

Alltför många kommuner involverar inte adekvat medicinsk kompetens inför strategiska beslut på huvudmannanivå som påverkar kommunens hälso- och sjukvård. Det krävs därför ökad styrning av vilken kompetens som måste finnas tillgänglig på central beslutsnivå i kommuner. Kommunen har inte heller kunnat säkerställa att vårdgivare i kommunal primärvård bedriver en god och säker vård, varken i egen eller annans regi. Det krävs därför också en ökad styrning av vilka krav som kommunen behöver ställa på vårdgivare.

Regionerna har inte fullgjort sitt ansvar som huvudman för läkarinsatser och samverkan med kommunerna verkar inte fungera på ett sådant sätt som innebär att patienterna får vård utifrån sina behov. Det krävs därför ökad styrning för att säkerställa att regionerna tar sitt ansvar och skapa förutsättningar för att underlätta kontakt och samverkan mellan huvudmännen på tjänstemannanivå. Det krävs också ökad tydlighet om vilka krav som regionen behöver ställa på vårdgivare.

Mot den bakgrunden är det nödvändigt med en ökad reglering av den kommunala primärvården, trots det intrång som förslagen innebär i det kommunala självstyret.

Gemensam plan och tydligare krav på samverkan

Vi har i avsnitt 9.5.6 bedömt kravet på att huvudmännen ska ta fram en gemensam plan för primärvården (se avsnitt 8.5.2) som ett nytt åtagande, trots att det redan i dag finns en skyldighet att samverka med andra vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården. Eftersom den gemensamma planeringen är bristfällig är det nödvändigt med en ökad styrning för att åstadkomma att huvudmännen gör detta. Att ställa krav på ett dokument som visar att det arbetet görs och vad man kommit överens om är ett sätt att skapa förutsättningar för att arbetet görs. Att reglera en struktur för hur samverkan ska gå till genom krav på att huvudmännen tar fram en gemensam plan anser vi är ett nödvändigt och relativt begränsat intrång i den kommunala självstyrelsen. Vi kan inte se att det finns något mindre ingripande alternativ utöver vad som redan följer av HSL. Förslaget är därmed proportionerligt.

Nära vård

Motsvarande gäller för vårt förslag i avsnitt 8.5.3 om att kommunen ska organisera sin primärvård nära. Att kravet på nära vård gäller även för kommuner är nödvändigt för att vården ska bli jämlik. Vi anser att det är ett mindre intrång i den kommunala självstyrelsen som är nödvändigt för att uppnå målen med omställningen i hälso- och sjukvården. Det är därför proportionerligt.

Medicinsk bedömning av sjuksköterska och läkare dygnet runt

Våra förslag om att patienter i kommunens primärvård måste vid behov kunna få en medicinsk bedömning av såväl sjuksköterska som läkare på primärvårdsnivå, dygnet runt alla dagar i veckan, bygger på åtaganden som redan gäller i dag.[106]

Huvudmännen ansvarar för att planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av vård.[107] Primärvården är ansvarig även för brådskande vårdbehov som inte kräver specialiserad vård. Samtidigt är tillgången på jourtid inte alltid anpassad till de särskilda behov som patienter i den kommunala primärvården har. En utebliven medicinsk bedömning kan innebära en patientsäkerhetsrisk, en ökad osäkerhet för omsorgspersonalen och det medför även en ökad risk för akutinläggningar som inte gagnar patienten. Förutom en högre tillgänglighet på dagtid behövs därför även en särskild anpassad jourverksamhet för just dessa patienter.

Tillgången till sjuksköterskor och läkare i primärvården är i dag bristfällig och har varit det under en länge tid. Det går inte att se någon tydlig förändring hos huvudmännen när det gäller att säkerställa kompetensförsörjningen till kommunal primärvård. Antalet sjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård har minskat de senaste åren. Det syns heller ännu ingen ökning av andelen specialistläkare i allmänmedicin. Som våra analyser i kapitel 8 visar har inte den kommunala primärvården utvecklats i takt med förändrade behov och övrig hälso- och sjukvård

[106] Jfr Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 79 f; SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*, s. 205 f. och prop. 2005/06:115, *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*, s. 75.
[107] Jfr 7 kap. 2 § och 11 kap. 2 § HSL samt prop. 1990/91:14, *Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade mm*, s. 40 f.

För att säkerställa adekvat tillgång till hälso- och sjukvård i hela landet krävs en tydligare reglering. Då våra förslag i dessa fall endast förtydligar vad som redan förväntas av kommuner och regioner utgör de nödvändiga och begränsade intrång i den kommunala självstyrelsen. Enligt vår mening går det inte att reglera detta på ett mindre ingripande sätt och samtidigt öka tillgången till medicinsk kompetens i kommunens primärvård. Förslagen är därför proportionerliga.

Utökade krav på planering och samordning

Vårdplanering och samordning av vård och omsorgsinsatser är nödvändiga förutsättningar för att vård ska kunna ges nära, personcentrerat och proaktivt. Förebyggande och rehabiliterande vård är också kostnadsbesparande på samhällsnivå och bidrar till ökad livskvalitet för äldre personer.

Som våra analyser i kapitel 8 visar prioriterar inte kommuner detta i tillräcklig grad trots att det är centralt och trots att området varit i fokus för en rad olika satsningar på olika nivåer. Då andra styrmedel inte verkar fungera anser vi att det är nödvändigt att skärpa regelverket som tar sikte på att skapa förutsättningar för en bättre och mer samordnad vårdplanering.

Det gör vi genom att i första hand tydliggöra vad som redan förväntas av huvudmännen, men också med några förstärkningar som i sig inte utgör annat än marginella intrång i det kommunala självstyret. Det gäller t.ex. våra förslag om fast vårdkontakt i avsnitt 8.6.3 och fasta läkarkontakters uppgifter att delta i planering och samordning av vården i avsnitt 8.7.4 samt att utvidga och förtydliga när en sådan individuell planering ska göras, se avsnitt 8.6.2. Bestämmelser om fast vårdkontakt och fast läkarkontakt finns redan i dag. I stor utsträckning handlar det om att kodifiera vad som enligt förarbeten till befintliga bestämmelser bör finnas i riktlinjer. Eftersom huvudmännen inte lever upp till dessa åtaganden överallt finns behov av en tydligare reglering om vad dessa funktioner behöver ansvara för. De förtydliganden som görs om kompetens och uppgifter för dessa funktioner utgör ett nödvändig och begränsat intrång, som kodifierar vad

som redan följer av nuvarande regelverk.[108] Förslagen är därmed proportionerliga.

Såsom lagstiftningen är utformad i dag faller personer som har ett stort behov av samordnade insatser från båda huvudmännens hälso- och sjukvård, men inte behov av insatser från socialtjänsten, utanför regelverket.

De allra flesta personer som får primärvård från båda huvudmännen har behov av att vårdinsatser från läkare i primärvården och den specialiserade vården samordnas med hälso- och sjukvårdsinsatser som kommunens personal ansvarar för. Då alla patienter ändå inte får en sådan samordnad planering är det nödvändigt att förtydliga regleringen i detta avseende. Kravet på att en individuell plan ska tas fram även i dessa fall är ett nödvändigt intrång för att säkerställa att alla som behöver en samordnad individuell vårdplanering får det. Förslagen är proportionerliga i förhållande till deras syfte.

Nya uppgifter i den individuella planen

Våra förslag om att några ytterligare uppgifter bör framgå av patientens individuella plan (se avsnitt 8.6.2) utgör ett mindre intrång i den kommunala självstyrelsen. Vi bedömer att förslagen utgör nödvändiga intrång för att uppnå detta. Vi kan inte se att samma resultat går att uppnå på ett mindre ingripande sätt. Förslagen innebär en marginell tillkommande arbetsinsats från personalen och är proportionerliga i förhållande till kraven på god hälsa och vård på lika villkor och kraven att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet i HSL.

Förslag på tydligare krav på läkarinsatsen

Våra förslag i avsnitt 8.7 om grundläggande krav på ett särskilt läkaruppdrag i kommunens primärvård innebär att nuvarande avtalskonstruktion ersätts med en reglering i lag. Vårt förslag utgör därför ett intrång i den kommunala självstyrelsen. Det är nödvändigt då nuvarande avtalsform inte är tillräckligt transparent och inte har fungerat

[108] Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 57 f., s. 61 f. och prop. 2016/17:106, *Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård*, s. 47 f. och s. 50.

som styrmetod för att säkerställa en jämlik tillgång till läkare i hela landet (se avsnitt 8.3.4).

Vårt förslag om att regionerna ska säkerställa att patienten kan välja en vårdgivare med ett särskilt uppdrag i den kommunala primärvården innebär ett relativt stort ingrepp i den kommunala självstyrelsen då det påverkar hur regionerna organiserar sin primärvård. Det är nödvändigt för att säkerställa en likvärdig ordning i hela landet och särskilt höga krav på tillgänglighet och kontinuitet till läkare för berörda patienter. Flera regioner organiserar redan sin primärvård till dessa grupper på ett likvärdigt sätt. För att säkerställa detta i hela landet är det nödvändigt med en nationell ordning. Mot bakgrund av de omfattande brister som uppdagats är det ett proportionerligt intrång.

Den föreslagna regleringen om vilka krav som ska ställas på vårdgivare med det särskilda uppdraget i kommunens primärvård kodifierar i princip vad som redan följer av läkaravtalen. Då den reglering som föreslås är relativt detaljerad jämfört med den avtalsfrihet som nu gäller, innebär den i sig ett relativt stort ingrepp i den kommunala självstyrelsen. Regleringen går dock inte utöver vad de flesta regioner och kommuner redan i dag har bestämt ska ingå. Vi anser att den föreslagna regleringen är nödvändig för att uppnå syftet med regleringen. Samtidigt har vi valt att reglera vad som förväntas av läkarinsatsen på en förhållandevis övergripande nivå. Vi anser att det inte finns någon mindre ingripande lösning som samtidigt innebär att målen med förslagen uppnås. Regleringen är därför proportionerlig i förhållande till vad den avser att uppnå.

Nya kvalitetsansvariga och ledningsansvarig i kommunen

Vårt förslag om kravet att utse en kvalitetsansvarig för omvårdnad på ledningsnivå hos vårdgivare (se avsnitt 8.8.2) om inte verksamhetschefen enligt HSL har den kompetens och erfarenhet som krävs för att säkerställa en god och säker vård, motsvarar i princip vad som följer av nuvarande regelverk om medicinskt ansvarig sjuksköterska och utgör därför inget utökat intrång i den kommunala självstyrelsen.

Mot bakgrund av de kvalitetsbrister som finns i verksamheter är det nödvändigt att reglera ett krav på att kompetens inom omvård-

nad finns på ledningsnivå hos vårdgivaren. Eftersom verksamhetschefen inte behöver utse en kvalitetsansvarig för omvårdnad om den själv är legitimerad sjuksköterska, så utgör vårt förslag ett mindre intrång än nuvarande reglering där en sådan alltid ska utses. Vi anser att samma effekt kan uppnås på ett mindre ingripande sätt än i dag och att det är tydligare. Därför föreslår vi en justering i det avseendet.

Motsvarande krav på kompetens inom rehabilitering och hjälpmedel är i dag frivilligt för kommuner, se avsnitt 8.8.3. Ett krav på att sådan kompetens ska finns på ledningsnivå hos vårdgivare utgör därför ett intrång i den kommunala självstyrelsen. Det är nödvändigt att denna medicinska kompetens finns för att kunna säkerställa en förebyggande, god och säker vård samt öka jämlikheten i tillgången till insatser inom rehabilitering och hjälpmedel. Då det förekommer brister och sådana insatser ofta uteblir eller utförs på ett felaktigt sätt är det nödvändig att ställa krav på sådan kompetens. Eftersom alla kommuner inte säkerställer detta på egen hand (se avsnitt 8.3.2) är det ett nödvändigt intrång i den kommunala självstyrelsen. Vi bedömer att det inte finns något mindre ingripande sätt att säkerställa detta på. Regleringen är därför proportionerlig i förhållande till vad den avser att uppnå.

Vårt förslag om krav på en ledningsansvarig på huvudmannanivå för kommunens primärvård (se avsnitt 8.8.4) är nödvändigt för att säkerställa att adekvat medicinsk kompetens involveras inför strategiska beslut som påverkar hälso- och sjukvården. Då samhällsutvecklingen medför att det krävs en tydligare uppdelning mellan vårdgivare och huvudman behöver den kompetensen säkerställas även på huvudmannanivå.

Förslaget innebär ett större intrång i den kommunala självstyrelsen då det tydligt påverkar hur kommuner organiserar ledningen av sin del av primärvården. Särskilt då vi även föreslår att det ska regleras att den som är ledningsansvarig i kommunen måste vara antingen specialistsjuksköterska eller läkare med specialistkompetens.

Ett alternativ vi övervägt är att inte ställa krav på viss profession utan tillåta att alla legitimerade hälso- och sjukvårdsprofessioner skulle kunna fullgöra uppdraget. Det hade inneburit ett något mindre intrång.

Vi anser dock att de uppgifter den ledningsansvarige behöver fullgöra i princip måste utföras av någon av de två professioner som vi nu föreslår. Uppgifterna kräver dels system- och ledningskunskap som endast kravställs inom dessa utbildningar dels en bred och djup medi-

cinsk kompetens inom områden som är särskilt omfattande för berörda patienter. Vi bedömer därför att det är nödvändigt med den kompetensen på huvudmannanivå för att kunna säkerställa en god och säker hälso- och sjukvård inom kommunens primärvård. En reglering av detta bidrar också till en ökad likvärdighet. Då kommunerna själva inte har säkerställt att de har den medicinska kompetens som krävs på central ledningsnivå för kommunens primärvård är det ett nödvändigt intrång för att säkerställa en god och säker vård till patienter med kommunal primärvård. Samtidigt överlåter vårt förslag till kommunerna att avgöra vilken av dessa två kompetenser den vill ha i sin ledning. Vi anser att det inte finns någon mindre ingripande reglering som samtidigt uppnår syftet med regleringen.

Ledningsansvarig i regionen

Vi kan konstatera att de brister som uppdagats i tillgången till läkare och tillgången till specialiserad vård för patienter som även får kommunal primärvård delvis har sin grund i att det saknas någon som på huvudmannanivå har det övergripande ansvaret för ledningen av regionens insatser. Kommunerna efterfrågar en tydlig motpart på tjänstemannanivå att samverka med på huvudmannanivå. Det behöver finnas någon som är utpekad som ansvarig för ledningen av regionens insatser i den kommunala primärvården för att säkerställa hela primärvårdsuppdraget för berörda patienter samt för att säkerställa att de även får tillgång till den specialiserade vården. Då regionerna inte själva organiserat sig på det sättet och för att skapa en likvärdig ordning i samtliga regioner anser vi att det är nödvändigt att reglera ett krav på att regionerna utser en ledningsansvarig för detta (se avsnitt 8.8.5).

När det gäller den som är ledningsansvarig på huvudmannanivå i regionen för dess insatser i den kommunala primärvården är det självklart att en sådan roll bör fullgöras av en person som har läkarkompetens. Vi har övervägt om ett sådant kompetenskrav bör regleras även i detta fall. Det skulle klargöra att det inte är en administrativ roll som avses och samtidigt säkerställa att läkarkompetens involveras vid planering och utveckling av den kommunala primärvården. Vi har däremot bedömt att det inte är nödvändigt att reglera detta då vi utgår ifrån att regionerna kommer att välja denna kompetens för uppdraget

på egen hand. Då hälso- och sjukvård utgör en större och naturlig del av regionernas uppdrag skiljer sig kulturen i fråga om bemanningen på ledningsnivå inom regionen från den kommunala hälso- och sjukvården. Det är i dag vanligt förekommande med läkare på motsvarande tjänster inom regionen, medan det i kommuner är mer vanligt med annan kompetens på ledningsnivå. Med hänsyn till uppdraget bör det därmed vara ett naturligt val för regionerna att välja en ledningsansvarig med läkarkompetens, även utan ett lagreglerat krav om detta. Mot bakgrund av den kommunala självstyrelsen lämnar vi därför inte ett sådant förslag för regionernas räkning.

9.5.6 Ekonomiska konsekvenser för kommuner

Utredningens bedömning: Förslag om utökad skyldighet att ta fram en individuell plan, skyldigheten att ta fram en gemensam plan för primärvårdens utformning och utveckling, krav på kompetens inom rehabilitering och hjälpmedel i ledningen på vårdgivarnivå samt krav på ledningsansvariga på huvudmannanivå i kommuner och i regioner är nya åtaganden för kommuner och regioner, vilka bedöms medföra nya kostnader. Övriga förslag är förtydligande av sådant som redan förväntas i enlighet med nuvarande regelverk och medför inte några nya kostnader.

Få nya åtaganden för huvudmännen

Merparten av de förslag som lämnas i syfte att stärka den medicinska kompetensen utgör förtydliganden om sådant som redan följer av nuvarande bestämmelser. Det gäller t.ex. förslagen om att huvudmännen ska säkerställa att personer som är inskrivna i kommunens primärvård kan få en medicinsk bedömning av en läkare och sjuksköterska, se avsnitt 8.6.1 och 8.7.4. Motsvarande gäller även förslagen om närmare reglering av fast vårdkontakt, se avsnitt 8.6.3, kraven på läkaruppdraget i kommunens primärvård, se avsnitt 8.7.3 och fast läkarkontakt, se avsnitt 8.7.4.

Förslagen förväntas i dessa delar bidra till att underlätta för båda huvudmännen att fullgöra det ansvar som de redan har, som huvud-

man och som vårdgivare och innebär inga nya åtaganden för kommunerna och medför därmed inte heller några nya kostnader för dem.

I avsnitt 8.5.1 föreslår vi förtydliganden om kommunens hälso- och sjukvårdsansvar. Förslagen innebär inga nya eller förändrade åtaganden för kommuner och påverkar inte nuvarande ansvarsfördelning mellan huvudmännen. Det innebär därmed inga nya kostnader för kommunerna.

Några av våra förslag innefattar däremot krav på förstärkningar av nuvarande regelverk och vilka innebär nya åtaganden för kommuner eller regioner.

Nära vård

Vi föreslår krav på att kommunen ska organisera sin primärvård nära de personer som kommunen ansvarar för, se avsnitt 8.5.3. Förslaget motsvarar i stort sett den bestämmelse som finns om att regionerna ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen.

Förslaget påverkar organisering, bemanning och arbetssätt i kommunal primärvård. Det syftar till att öka tillgången till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal jämfört med hur arbetsfördelningen ser ut inom vård och omsorg för äldre personer i dag. En förstärkt nära vård syftar också till att hälso- och sjukvårdens resurser ska användas mer effektivt. Det bedöms utgöra ett nytt åtagande och aktualiserar därför finansieringsprincipen.

I likhet med vad som anfördes när motsvarande bestämmelse infördes för regionerna bedömer vi att förslaget kan innebära behov av en omfördelning av ekonomiska och personella resurser snarare än ett behov av omfattande tillskott och nyanställningar. Sådana kostnader är dock av mer tillfällig karaktär och förslaget bör på längre sikt kunna bidra till en kostnadseffektivisering, givet att förslagets fulla potential utnyttjas. Sammantaget finns därför inte skäl att göra någon reglering enligt finansieringsprincipen med anledning av förslaget.

En gemensam plan för primärvården

I avsnitt 8.5.2 föreslår vi en skyldighet för regionen och kommunerna i länet att ta fram en gemensam plan för primärvårdens utformning och utveckling. Något sådant krav finns inte i dag. Regleringen kompletterar nuvarande krav på huvudmännen att samverka vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården, som redan följer av 7 kap. 7 § och 11 kap. 3 § HSL. Vårt förslag ersätter delvis nuvarande krav att huvudmännen ska sluta avtal om läkarinsatser enligt 16 kap. 1 § HSL.

Förslaget innebär samtidigt en ökad styrning av hur samverkan ska struktureras och ett krav på att ange den gemensamma planeringen i ett gemensamt dokument, som ska ses över årligen. Eftersom planeringen ska omfatta fler frågor än omfattningen och utformningen av läkarinsatser innebär regleringen ett nytt åtagande som aktualiserar finansieringsprincipen.

Vårt förslag innebär i princip att varje kommun är skyldig att planera hur primärvården ska vara utformad i deras kommun tillsammans med regionen. Det utesluter inte att en sådan gemensam plan som ska tas fram enligt vårt förslag även omfattar flera eller alla kommuner i ett län, om kommunerna föredrar det. Tvärtom bör det ofta kunna vara en ändamålsenlig lösning.

Ett motsvarande förslag har tidigare lagts fram i SOU 2020:19. Den utredningen uppskattade kostnaderna till 60 miljoner kronor för samordningsarbetet kring planen.[109] Det förslaget utgick dock från att en samordningsfunktion för upprättande av den nya planen skulle utgå från regionerna, och finansieringen föreslogs därmed kanaliseras via dem. I vårt förslag ska i stället de bägge föreslagna ledningsansvariga, i kommun och i region, ha centrala samordnande roller i framtagandet av denna plan. Krav på att det ska finnas sådana ledningsansvariga utgör också nya åtaganden, vilka finansieras från grunden (se följande rubriker). Givet att en central del av deras uppgifter kommer vara att samordna arbetet med den gemensamma planen (se avsnitt 8.8.4–8.8.5) bedömer vi att de tillkommande kostnaderna – utöver den samverkanskyldighet huvudmännen redan har – för framtagandet av själva planen får anses finansierade genom dessa lönekostnader (för beräkningar av dessa se motsvarande avsnitt under 9.5.6 och 9.5.7).

[109] SOU 2020:19, *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdsystem*, s. 185 f.

Vid beaktande av kommunernas kostnader för planarbetet bör även beaktas att skyldigheten att ingå avtal om läkarmedverkan tas bort genom våra förslag, vilket bör medföra att resurser som tidigare gått till avtalsarbetet bör kunna läggas på arbetet med planen, med följande kvittning av eventuella kostnader (jfr avsnitt 8.7.1).

Utökad omfattning av bestämmelsen om individuell plan i HSL

Förslaget beskrivs i avsnitt 8.6.2 och innebär att fler patienter kommer att omfattas av möjligheten att få en individuell plan enligt 16 kap. 4 § HSL än i dag. Det är fråga om situationer när patienten endast har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser (dvs. inte har några insatser från socialtjänst), från båda huvudmännen utan att först vara inskrivna i sluten vård.

Vid införandet av den ursprungliga bestämmelsen om individuell plan ansåg regeringen att det var ett förtydligande av redan existerande ansvar och inte fråga om en ny uppgift eller en ambitionshöjning. Vi menar att den utökade målgruppen som träffas av bestämmelsen medför en ambitionshöjning och därmed ett utökat uppdrag för huvudmännen, vilket förväntas medföra nya kostnader.

Kostnadsberäkningar

Med vårt förslag omfattas nu även personer som ”bara” har primärvård i ordinärt boende från kommunen samt alla som bor på särskilt boende som avses i 12 kap. 1 § HSL. Enligt befintlig statistik har i nuläget 13 procent av äldre personer boende på särskilt boende bedömts som att de inte har insatser från kommunal hälso- och sjukvård.[110] Med våra förslag (se även avsnitt 7.3.10) klargörs att man som boende på ett särskilt boende enligt 12 kap. 1 § HSL alltid ska räknas som inskriven i kommunens primärvård och man bör som grundregel få en individuell plan.

[110] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*, 2022.

Utökningen av personkretsen som följer av våra förslag består alltså av:

1. personer som enbart har primärvård i ordinärt boende från kommunen, alla åldrar (utan parallella insatser från socialtjänsten),
2. de personer, alla åldrar, som bor på särskilt boende enligt SoL eller LSS som *hitintills ej* bedömts ha insatser från kommunal hälso- och sjukvård.

Här måste vi återigen skilja igen mellan kostnader för år 2024 och kostnader för år 2025 och framöver.

För år 2024 räknar vi med antal personer som bara hade primärvård i ordinärt boende från kommunen under hela år 2020 (ca 149 000 under hela året) oavsett ålder samt de som bodde på särskilt boende utan kommunal hälsosjukvård (så att vi inte dubbel räknar), dvs. ca 34 000 (under hela år 2020). Totalt berörda blir ca 183 000 individer.

När det gäller kostnaden per plan använder vi samma antagande som görs i SOU 2020:19, dvs. 3 000 kronor per plan (år 2018), omräknat till år 2024 ca 3 500 kronor. Kostnaden för 2024 skulle då bli ca 641 miljoner kronor.

När det gäller år 2025 och framåt, räknar vi enbart med upprättande av en plan för de som får kommunal primärvård för första gången dvs. inflödet. Planen upprättas när individen antingen får primärvård i ordinärt boende från kommunen eller genom flytt till ett särskilt boende enligt SOL, där 13 procent tidigare bedömts inte ha kommunal primärvård eller till LSS boende, där 34 procent uppskattas ej ha kommunal primärvård sedan tidigare.[111]

En grov uppskattning av inflödet görs genom att ta skillnaden mellan det antal som under ett helt år har haft kommunal hälso- och sjukvård utan socialtjänstinsatser och de som har haft det under en genomsnittsmånad. Denna grupp uppskattas till 91 000 individer. Utöver det tillkommer inflödet till särskilt boende enligt SoL eller LSS, som inte har haft kommunal primärvård tidigare, dvs. ca 6 900 individer. Totalt blir det 97 900 individer. Kostnaden för år 2025 uppskattas då till 354 miljoner kronor.

Givet att bestämmelsen medför ett nytt åtagande för kommunerna aktualiseras finansieringsprincipen och vi föreslår att staten

[111] Egna skattningar utifrån Socialstyrelsen statistik, 2020.

ersätter kommuner och regioner för dessa kostnader (se vidare avsnitt 9.5.8 och 9.6).

Vi föreslår även att några ytterligare uppgifter ska framgå av den individuella planen. När det gäller skyldigheten att även ange en plan för hur förväntade vårdbehov ska tas om hand samt vad den enskilda har för mål med insatsen så utgör dessa nya åtaganden. Det aktualiserar i och för sig därmed finansieringsprincipen. Det är fråga om en så marginell och begränsad ytterligare insats att vi bedömer att det inte kräver någon särskild finansiering. Vi bedömer även att en ökad planering generellt kommer leda till en ökad effektivitet samt att en planering av hur framtida vårdbehov ska omhändertas kommer leda till att undvikbara besök på akutmottagning minskar vilket i sig är kostnadsbesparande ur samhällsekonomisk synpunkt. Övriga förslag om förtydliganden i regelverket om individuell plan innebär inga nya åtaganden.

Nya kvalitetsansvariga på vårdgivarnivå

Vårt förslag i avsnitt 8.8.2 om hur den medicinska kompetensen bör stärkas i ledningen på vårdgivarnivå ersätter delvis nuvarande reglering om medicinskt ansvarig sjuksköterska, som i dag ska finnas enligt 11 kap. 4 § HSL. Förslaget möjliggör för vårdgivaren att själv bestämma hur den medicinska kompetensen inom omvårdnad ska säkerställas på ledningsnivå. Att det i ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamhet finns den medicinska kompetens som krävs för att säkerställa en god och säker vård följer redan av nuvarande regelverket om vårdgivarens ansvar för detta enligt HSL och PSL. Den delen av förslaget som rör kompetens inom omvårdnadsområdet utgör därför inget nytt åtagande för kommuner.

Att vi föreslår ett krav på att verksamhetschefen ska utse en kvalitetsansvarig för rehabilitering om verksamhetschefen själv saknar den kompetensen samt tydlig reglering av vad som förväntas av den (se avsnitt 8.8.3) är däremot inte ett krav enligt nuvarande reglering. Däremot följer det indirekt ett sådant krav då det är nödvändigt för att kunna säkerställa en god och säker vård inom området. Att ha tillgång till adekvat medicinsk kompetens är nödvändigt för att säkerställa vårdgivaransvaret. Eftersom förslaget samtidigt innebär en spe-

cifik reglering av hur detta åtagande ska mötas får det ändå ses som ett nytt åtagande, vilket aktualiserar finansieringsprincipen.

Kostnadsberäkningar

För att kunna uppskatta omfattningen av kostnaderna för kommunerna utgår vi från kommunernas, huvudmännens, kostnader. Vår bestämmelse kommer även träffa privata vårdgivare som utför kommunal primärvård på uppdrag av kommunerna. Det är dock kommunerna som huvudmän som har ansvaret för att finansiera och erbjuda hälso- och sjukvård. Kostnaderna måste därför beräknas på kommunnivå. De kommuner som väljer att upphandla hela eller delar av den hälso- och sjukvård man ansvarar för får sedan beakta detta i utformningen av sina förfrågningsunderlag, inklusive ersättningsprinciper, för privata utförare.

För att kunna uppskatta kostnaden utgår vi därmed från kommunernas behov. Vi räknar med att alla kommuner kommer behöva ha tillgång till en kvalitetsansvarig för rehabilitering, i olika omfattningar beroende på kommunernas storlek. Vi gör vidare ett antagande om att omfattningen av behovet av en sådan kvalitetsansvarig kommer motsvara omfattningen av MAS:ar i dagsläget.

Enligt statistik från SKR uppgick antalet sjuksköterskor som arbetade som MAS under år 2020 till 369 fördelade på 290 kommuner. I stora kommuner finns det ofta mer än en MAS, medan flera mindre kommuner kan dela på en MAS-tjänst. Omräknat till helårsekvivalenter blir det 352 faktiska årsarbetare då sysselsättningsgraden är i genomsnitt 95,3 procent. De flesta MAS är fast anställda, bara 5 MAS jobbar med timlön.

För våra beräkningar har vi utgått från följande antagande:

1. Samma antal kvalitetsansvariga för rehabilitering som MAS i dag, dvs. 369 tjänster.
2. Lönekostnaden antas utgå från en snittlön på 35 300[112] dvs. en lönekostnad på ca 657 500 kronor inklusive alla avgifter, per år och anställd fysioterapeut/arbetsterapeut.

[112] Medellönen för arbetsterapeuter och fysioterapeuter år 2021 (35 300 kronor) framräknat med den prognostiserade konjunkturlönestatistikens timlöneutveckling till år 2023 enligt Konjunkturinstitutet (ökning med 2,5 respektive 2,7 procent år 2022 och 2023).

Lönekostnaden för kvalitetsansvariga för rehabilitering uppskattas därmed till 243 miljoner per år kronor från år 2024 och framåt.

Givet att bestämmelsen medför ett nytt åtagande för kommunerna aktualiseras finansieringsprincipen och vi föreslår att staten ersätter kommunerna för dessa kostnader (se vidare avsnitt 9.5.8 och 9.6). Givet att förslaget finansieras från botten kan detta innebära att kommuner får kostnadsersättningar för åtgärder som de redan frivilligt bekostar.

Förslag om krav på ledningsansvarig för kommunens primärvård

Förslaget beskrivs i avsnitt 8.8.4. Enligt vårt förslag ska alla kommuner ha en ledningsansvarig för kommunens primärvård som ska vara en specialistläkare eller en specialistsjuksköterska. Det kan dock vara tjänster i olika omfattning beroende på kommunernas storlek. Förslaget utgör ett nytt åtagande, vilket förväntas medföra nya kostnader.

Kostnadsberäkningar

För att kunna beräkna kostnader har vi utgått från följande antagande:

1. 290 tjänster som ledningsansvarig i kommuner, men med olika tjänstgöringsgrad.
2. Lönekostnaden antas utgå från en viktad snittlön för en allmänläkare (50 procent) och en specialistsjuksköterska (50 procent).

Medellön för en specialistläkare år 2020 var 79 200 kronor per månad dvs. en lönekostnad på ca 1 590 000 kronor per år omräknat till år 2024, medan för en specialistsjuksköterska den var 39 500 kronor per månad dvs. 791 000 kronor per år med avgifter. En viktad lönekostnad skulle då bli ca 1 190 500 kronor per år.

Alla de 290 tjänsterna som ledningsansvariga i kommuner bedöms inte komma att vara heltidstjänster utan omfattningen beräknas variera med kommunstorleken. Vi har använt oss av SKR:s kommunindelning från 2017 för att komma fram till hur många heltidstjänster det blir om vi räknar med en heltidstjänst för kommungrupperna A1–A2, 50 procents tjänst för kommungrupperna B3–B5, och 25 procents tjänst för

kommungrupperna C6–C9[113]. Detta innebär att vi räknar med 134 heltidstjänster.

Total kostnad skulle då bli ca 160 miljoner kronor årligen från 2024 och framåt. Givet att bestämmelsen utgör ett nytt åtagande för kommunerna aktualiseras finansieringsprincipen och vi föreslår att staten ersätter dem för dessa kostnader (se vidareavsnitt 9.5.8 och 9.6).

9.5.7 Ekonomiska konsekvenser för regioner

Utredningens bedömning: Våra förslag om krav på en ledningsansvarig i regionen, krav på att individuella planer ska upprättas i något fler fall än vad som följer av dagens lagstiftning samt krav på att en gemensam plan om primärvårdens utformning och utveckling ska tas fram tillsammans med kommunerna är nya åtaganden som kommer medföra ökade kostnader för regionerna. Dessa föreslås ersättas i enlighet med finansieringsprincipen.

Våra förslag om att fasta läkarkontakter ska delta i planering och samordning av patientens vård är kodifiering av gällande rätt. Det aktualiserar därför inte finansieringsprincipen.

Gemensam plan i primärvården

Som vi beskrivit i konsekvensanalysen för kommuner (se avsnitt 9.5.6) utgör förslaget om en skyldighet för regionen och kommunerna i länet att ta fram en gemensam plan för primärvårdens utformning och utveckling ett nytt åtagande, vilket aktualiserar finansieringsprincipen.

I vårt förslag ska bägge de föreslagna ledningsansvariga, i kommun och i region, ha centrala samordnande roller i framtagandet av denna plan. Krav på att det ska finnas sådana ledningsansvariga utgör också nya åtaganden, vilka finansieras från grunden. Givet att en central del av deras uppgifter kommer vara att samordna arbetet med den gemensamma planen (se avsnitt 8.8.4–8.8.5) bedömer vi att de tillkommande kostnaderna – utöver den samverkanskyldighet huvudmännen redan har – för framtagandet av själva planen får anses finansierade genom dessa lönekostnader (för beräkningar av dessa se motsvarande avsnitt under 9.5.6 och 9.5.7).

[113] SKR, *Kommungruppsindelning 2017*.

Vid beaktande av regionernas kostnader för planarbetet bör även beaktas att skyldigheten att ingå avtal om läkarmedverkan tas bort genom våra förslag, vilket bör medföra att resurser som tidigare gått till avtalsarbetet bör kunna läggas på arbetet med planen, med följande kvittning av eventuella kostnader (se avsnitt 8.7.1).

Utökad omfattning av bestämmelsen om individuell plan i HSL

Förslaget beskrivs i avsnitt 8.6.2 och innebär att fler patienter kommer att omfattas av möjligheten att få en individuell plan än i dag. Detta innebär ett ökat åtagande för huvudmännen och i förlängningen för vårdgivare och utförare som ska upprätta de individuella planerna.

I avsnitt 9.5.5 har vi beskrivit de förväntade kostnaderna för den utökade omfattningen av bestämmelsen om individuell plan, till att omfatta alla som är inskrivna i kommunens primärvård. Eftersom regionerna ansvarar för läkarinsatserna på primärvårdsnivå till dessa personer träffas även de av den utökade omfattningen av bestämmelsen.

Givet att det är ett nytt åtagande aktualiseras finansieringsprincipen och kostnaderna föreslås finansieras av staten (se avsnitt 9.5.8 och 9.6).

Förslag om krav på ledningsansvarig i regioner

Förslaget beskrivs i avsnitt 8.8.5. Enligt vårt förslag ska alla regioner ha en ledningsansvarig för regionens insatser till personer med kommunal primärvård. Vi utgår ifrån att den ledningsansvarige kommer vara läkare med specialistkompetens. Det kan dock vara tjänster i olika omfattning beroende på regionernas storlek.

För att kunna beräkna kostnader har vi utgått från följande antagande:

1. 21 tjänster med ledningsansvarig i regionerna, med olika tjänstgöringsgrad.
2. Lönekostnaden antas utgå från en snittlön för en allmänläkare.

Medellön för en specialistläkare år 2020 var 79 200 kronor/månad dvs. en lönekostnad på ca 1 590 000 kronor per år omräknat till år 2024.

Om vi antar att regioner med mer än 150 000 invånare har en heltidstjänst för sina MLA, medan resten har 50 procents tjänst, kan vi räkna med 15 heltidstjänster för regionerna, vilket innebär en totalkostnad på ca 24 miljoner kronor årligen från år 2024.

Givet att det är ett nytt åtagande aktualiseras finansieringsprincipen och kostnaderna förslås finansieras av staten (se avsnitt 9.5.8 och 9.6).

9.5.8 Ekonomiska konsekvenser för staten

Kvalitetsansvarig för rehabilitering i kommuner

Enligt finansieringsprincipen behöver staten kompensera kommunerna för det nya åtagandet med den uppskattade kostnaden under 9.5.6.

243 miljoner kronor per år till kommuner från 2024.

Ledningsansvarig för kommunens primärvård i kommuner

Enligt finansieringsprincipen behöver staten kompensera kommunerna för det nya åtagandet med den uppskattade kostnaden under 9.5.6.

160 miljoner kronor per år till kommuner från 2024.

Ledningsansvarig i regioner

Enligt finansieringsprincipen behöver staten kompensera regionerna för det nya åtagandet med den uppskattade kostnaden under 9.5.7

24 miljoner kronor per år till regioner från 2024.

Utökad omfattning av bestämmelsen om individuell plan i HSL

Enligt finansieringsprincipen behöver staten kompensera kommuner och regioner för det nya åtagandet med den uppskattade kostnaden under 9.5.6.

641 miljoner kronor för 2024.
354 miljoner kronor från 2025.

70 procent förslås gå till kommunerna och 30 procent till regionerna, eftersom vi gör bedömningen att patienterna det rör sig om får merparten av sin vård från kommunal primärvård och att de därmed oftast kommer vara den fasta vårdkontakten i kommunen som kommer hålla samman arbetet med planen.

Översikt av förslag som påverkar statens kostnader

För en översikt av förslag som medför kostnader för staten, och förslag på hur dessa bör finansieras se avsnitt 9.6.

9.5.9 Konsekvenser för företag som är vårdgivare

Utredningens bedömning: Utredningen bedömer att förslagen inte innebär några effekter av betydelse för företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt.

Förslagen gör inte skillnad på offentliga och privata utförare. Därför påverkar förslagen inte företagens konkurrensförmåga.

De föreslagna bestämmelserna kan förväntas påverka hur huvudmännen utformar förfrågningsunderlag och avtal och därigenom villkoren för företagen. Det är dock samma förhållande som redan gäller. Kommuner och regioner ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård och kan ändra villkoren för dem som utför uppgifter inom hälso- och sjukvården som de finner lämpligt för att uppfylla sitt ansvar. Det följer naturligt av ansvarsförhållandena.

Från en förhållandevis låg nivå utförs en ökande andel av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården i dag av andra utförare än egen förvaltning. En betydande andel av dessa privata utförare är företag. År 2018 utfördes 19 procent av den totala vården av privata utförare. Andelen vårdcentraler som drivs i privat regi har ökat från drygt 25 procent år 2007 till över 40 procent år 2020. Den regionala primärvården fullgörs av landets drygt 1 100 vårdcentraler. År 2020 drevs

över 40 procent av dessa i privat regi.[114] Hur många av dessa som har uppdrag i den kommunala primärvården beror på hur regionerna utformat sina vårdval. Det finns inget krav på valfrihetssystem inom kommunens primärvård eller äldreomsorg. År 2020 fanns det enligt SCB:s statistik över finansiärer och utförare inom vården, skolan och omsorgen 39 stycken privata utförare som utförde hälso- och sjukvård i kommunerna, varav ca 2/3 på Gotland. Inom äldreomsorgen fanns det samma år 2027 privata utförare som utförde kommunal verksamhet.[115] I maj 2022 fanns det en kommun som annonserade ett valfrihetsystem som omfattade hemsjukvårdsåtgärder, och 37 kommuner som hade valfrihetsystem för olika former av särskilda boenden.[116] Dessa kan i olika omfattning även inkludera uppdraget att tillhandhålla kommunal primärvård till de boende.

Våra förslag om att reglera grundläggande krav på läkarinsatser i HSL i stället för i avtal om läkarmedverkan mellan huvudmännen gör att förväntningarna blir mer transparanta och att mer likvärdiga regler kommer gälla i hela landet. Det bör underlätta för de vårdgivare som är aktiva i flera regioner, då de kan organisera sin verksamhet på likartat sätt och sannolikt ha samma rutiner för arbetssätt m.m.

Regleringen innebär att regionerna behöver ställa motsvarande krav på vårdgivare i förfrågningsunderlaget till det särskilda läkaruppdraget som vi föreslår. Uppdragen behöver i princip formuleras så att en vårdgivare ges ett exklusivt uppdrag att tillhandahålla läkarinsatser till ett boende eller primärvård i ordinära boenden i ett geografiskt område. Ett stort boende med många boende kan förstås potentiellt behöva flera vårdgivare som delar på uppdraget.

Förslaget skulle kunna innebära att färre företag än i dag får uppdrag att tillhandahålla läkare i kommunens primärvård. Samtidigt bedömer vi att läkarinsatserna generellt behöver öka vilket talar för att det snarare kommer vara patientunderlaget som förändras och blir mer koncentrerat till vissa boenden eller hemsjukvårdsområden. Det bör innebära en effektivare användning av läkarresurserna, då de kan samordna sina patientbesök i större utsträckning.

Genom vårt förslag i avsnitt 8.8.5 om en utpekad ledningsansvarig på huvudmannanivå för att säkerställa och samordna läkarinsatser

[114] Ekonomifakta, *Vårdcentraler i privat regi*.
[115] SCB, *Finansiärer och utförare inom vården, skolan och omsorgen*.
[116] Upphandlingsmyndigeten, *Valfrihetswebben*.

till den kommunala primärvården får företagen som utför primärvård för regionen en tydlig kontaktperson att samverka med i regionen. Motsvarande gäller ledningsansvariga på huvudmannanivå i kommunen, se avsnitt 8.8.4.

Det kompetenskrav som ställs på kvalitetsansvariga för omvårdnad och rehabilitering på vårdgivarnivå (se avsnitt 8.8.2–8.8.3) är lika oavsett driftsform och påverkar därför privata företag på samma sätt som verksamheter i kommunens egen regi. Någon tjänsteman behöver ha tillräcklig tid och kompetens för att fullgöra de uppgifter som regleras i hälso- och sjukvårdsförordningen, se avsnitt 8.8.2–8.8.3. Det är kompetens som behöver finnas på ledningsnivå redan i dag för att vårdgivaren ska kunna säkerställa en god och säker vård. Om det inte finns så kan det innebära nya kostnader för privata vårdgivare. Villkoren för uppdragen inklusive ersättningen för det regleras i vanlig ordning i förfrågningsunderlag och avtal med kommun och region. Våra förslag om tydligare reglering av förväntningarna på läkarinsatsen i kommunens primärvård, se avsnitt 8.7, innebär att regionen kommer behöva reflektera dessa krav i avtal när de anlitar privata vårdgivare, för att regionen ska leva upp till sitt ansvar som huvudman. Privata vårdgivare som anlitas av kommunen berörs av förslagen om förtydligade krav på tillgång till sjuksköterskor på motsvarande sätt.

9.5.10 Konsekvenser för EU-rätten och internationella rättsliga åtaganden

Utredningens bedömning: Förslagen är förenliga med EU-rätten och andra internationella åtaganden.

Förslagen om fast vårdkontakt i kommuner, se avsnitt 8.6.3 kräver att personalen har en hälso- och sjukvårdslegitimation som är ändamålsenlig utifrån patientens vårdbehov. Vilken profession som krävs regleras däremot inte. Förslagen om kvalitetsansvariga och ledningsansvariga, se avsnitt 8.8 kräver att personalen är utbildad sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut respektive specialistsjuksköterska eller läkare med specialistutbildning. När det gäller kvalitetsansvariga på vårdgivarnivå motsvarar kompetenskravet vad som redan följer av befintlig lagstiftning. När det gäller ledningsansvariga på huvudmannanivå i kom-

muner är detta en ny reglering. Vilken specialistutbildning som krävs regleras däremot inte. Utredningen bedömer att förslagen är förenliga med Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG av den 7 september 2005 om erkännandet av yrkeskvalifikationer.

Förslagen om vilka tjänster som ska ingå i läkarinsatser till det särskilda uppdraget som en vårdgivare kan få i kommunens primärvård hindrar inte den fria etableringsrätten som följer av EU-fördraget och EU rättslig praxis. Förslagen begränsar inte heller de rättigheter som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen.

Utredningen bedömer att samtliga förslag är förenliga med andra internationella rättsliga åtaganden som Sverige har. Förslagen bör generellt bidra till att förstärka Sveriges efterlevnad av åtaganden om vissa mänskliga rättigheter.

9.5.11 Övriga konsekvenser

Utredningens bedömning: Utredningens förslag får inga konsekvenser för de integrationspolitiska målen, miljön, brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet.

Förslagen bedöms indirekt ha positiva effekter på jämställdheten, sysselsättningen och den offentliga servicen i glesbygd.

Skäl för utredningens bedömning

Som vi redogjort för i avsnitt 9.5 förväntar vi oss att våra förslag om nära vård, förtydliganden om att patienter måste kunna få medicinska bedömningar dygnet runt från sjuksköterskor och om fast vårdkontakt i kommunen kommer bidra till att en stärkt bemanning, nya arbetssätt och en bättre arbetsmiljö för personalen i kommunernas primärvård. I dag är sjukskrivningarna för sjuksköterskor höga i kommunen. Kvinnor är överrepresenterade bland de anställda i den kommunala primärvården.[117] Våra förslag bör därmed indirekt kunna

[117] Försäkringskassan, Sjukförsäkringsrapport 2018:2, *Sjukfrånvaron på svensk arbetsmarknad*, s. 16 och Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet 2022*, 2022, s. 19 och s. 25.

bidra till att minska sjukskrivningar och därmed också få positiva effekter för jämställdheten.

Då vi bedömer att en indirekt konsekvens av våra förslag är att bemanningen av legitimerad personal i kommunens primärvård kommer öka, så bör dessa förslag indirekt även få positiva effekter för sysselsättningen. Då vi bedömer att förslagen kommer bidra till att öka tillgången till primärvårdstjänster och att primärvården blir mer jämlik i hela landet, bör förslagen även indirekt få positiva effekter för den offentliga servicen i framför allt i glesbygd, där bristerna i detta avseende i dag är mest framträdande.

Utredningens förslag bedöms inte få några konsekvenser för de integrationspolitiska målen, miljön, brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet.

9.6 Finansiering av utredningens förslag

Målsättningen för utredningens uppdrag är att åstadkomma långsiktiga förutsättningar för äldreomsorgen och att tydliggöra äldreomsorgens uppdrag och innehåll samt säkerställa tillgången till god hälso- och sjukvård och medicinsk kompetens inom äldreomsorgen.[118] För att uppnå detta krävs ett systemperspektiv och förändringar i många delar av dagens äldreomsorg och primärvård, som styr i samma riktning.

I detta betänkande lägger vi ett antal förslag rörande äldreomsorgen och den kommunala primärvården. Förslagen hänger ihop, förstärker varandra och bildar tillsammans en helhet.

Nedan beskriver vi de sammantagna uppskattade kostnaderna för dessa och hur vi föreslår att de ska finansieras. Som beskrivits tidigare i detta kapitel är antaganden som ligger till grund för kostnadsberäkningarna betingade med stora osäkerheter, eftersom vi saknar tillgång till säkra uppgifter på en rad centrala områden.

[118] Dir. 2020:142, *En äldreomsorgslag.*

9.6.1 Förslag som aktualiserar finansieringsprincipen och medför nya kostnader

Äldreomsorgslagen

Tabell 9.4 Förslag i äldreomsorgslagen som aktualiserar finansieringsprincipen

Miljoner kronor per år

Avsnitt	Förslag	Finansieringskälla	Startår	2024	2025 och framåt
7.3.12	FOK	UO 25 1:1 (genom de 3.9 mrd som tillförs extra 2024)	2024	Max 487 Min 462	Max 487 Min 462
7.3.7	Genom-förandeplan	UO 25 1:1 (genom de 3.9 mrd som tillförs extra 2024)	2024	228	65,5
7.3.13	Kvalitets-berättelse	UO 25 1:1 (genom de 3.9 mrd som tillförs extra 2024)	2024	5,6	5,6
7.3.11	Kontinuitet m.m.	UO 25 1:1 (genom de 3.9 mrd som tillförs extra 2024)	2024	Max 500 Min 320	Max 500 Min 320
7.3.14	Ledarskap	UO 25 1:1 (genom de 3.9 mrd som tillförs extra 2024)	2024	1 600	1 600
	Totalt	**Max**		2 821	2 658
		Min		2 616	2 453

I budgetpropositionen för 2022 anges att regeringen avser att 2024 utöka anslag 1:1 under UO 25 med 3,9 miljarder kronor. Detta görs i syfte att fördela samma belopp som riksdagen beslutade om i bet. 2020/21:FiU46, rskr 20/21:239, då man ökade anslaget till UO9, anslag 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet.* Genom att det blir en del av det generella statsbidraget ska det stärka kommuner och regioners förutsättningar att leverera en god välfärd.

2 730 miljoner beräknas avsättas till kommunerna och 1170 miljoner till regionerna.[119]

Riksdagens beslut om detta tillskott till äldreomsorgen beskrevs uttryckligen som ett antal förslag *för att börja åtgärda* (utredningens kursivering) de akuta brister som Coronakommissionen pekat på, men också för att åtgärda de strukturella brister som varit kända en längre tid. Man pekade bl.a. på behovet av ökad medicinsk kompe-

[119] Prop. 2021/22:1, UO 25, s. 27 f.

tens, färre timanställningar och ökad personalkontinuitet samt ökade möjligheter till tryggt boende för äldre.[120]

Detta är brister som våra lagförslag är avsedda att åtgärda mer långsiktigt. De medel som ursprungligen avsattes för att påbörja åtgärdandet av brister i äldreomsorgen, bör därmed när lagstiftningen träder i kraft användas för att långsiktigt finansiera kommunernas kostnader för de nya åtagandena, i form av tillskott till UO 25.

Förslag för stärkt medicinsk kompetens

Tabell 9.5 Förslag för stärkt medicinsk kompetens som aktualiserar finansieringsprincipen

Miljoner kronor per år

Avsnitt	Förslag	Finansieringskälla	Startår	2024	2025 och framåt
8.8.3	Kvalitetsansvarig för rehabilitering	UO 25 1:1, tas fr UO9 1:6	2024	243	243
8.8.4	Ledningsansvarig i kommuner	UO 25,1:1 (genom de 3.9 mrd som tillförs extra 2024)	2024	160	160
8.8.5	Ledningsansvarig i regioner	UO 25 1:1 (genom de 3.9 mrd som tillförs extra 20249 1:6	2024	24	24
8.6.2	Utökad omfattning av bestämmelsen om individuell plan i HSL	UO25,1:1, genom UO9 1:6,	2024	641	354
	Totalt:			**1 068**	**781**

9.6.2 Tidsbegränsade satsningar

Tabell 9.6 Förslag som medför tidsbegränsade satsningar

Miljoner kronor per år

Avsnitt	Förslag	Finansieringskälla	Startår	2023	2024
7.3.18	NOK	UO9, 1:1*och 4:5 (50–50%)	2023	4,2	2,6
	Totalt			**4,2**	**2,6**

*Halva kostnaden föreslås tas på förvaltningskostnaden för det nationella kompetenscentret för äldreomsorg (förutsatt att uppdraget att ta fram NOK ges till Socialstyrelsen).

[120] Bet. 2020/21: FiU46, *Vissa ändringar i statens budget 2021 – Stöd till äldreomsorgen med anledning av coronaviruset*, s. 16.

Våra förslag för stärkt medicinsk kompetens föreslås finansieras genom en kombination av omfördelning av medel från UO9, anslag 1:6 och i vissa delar genom de 3,9 miljarder kronor som härstammar från riksdagens särskilda satsningar på äldreomsorgen med anledning av coronaviruset (se ovan).

10 Ikraftträdande och förutsättningar för genomförande

10.1 Ikraftträdande

10.1.1 Äldreomsorgslagen och en nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen

Utredningens förslag: Äldreomsorgslagen ska träda i kraft den 1 januari 2024. Detsamma gäller ändringar i socialtjänstlagen (2001:453) och andra lagar samt socialtjänstförordningen (2001:937). Bestämmelsen i äldreomsorgslagen om en nationell ordning för kvalitetsutveckling ska träda i kraft den dag som regeringen bestämmer.

Det behövs inte några särskilda övergångsbestämmelser.

Äldreomsorgslagen

Det är angeläget att äldreomsorgslagen träder i kraft utan onödigt dröjsmål. Detta är möjligt eftersom förslagen till stora delar endast förtydligar vad som redan förväntas av kommuner i dag enligt socialtjänstlagen. Kommunerna bör därför kunna tillämpa lagens bestämmelser utan att behöva lång tid för att anpassa sitt arbete till bestämmelserna i äldreomsorgslagen.

Som vi redovisat i detta betänkande finns i dag brister och alltför stora nationella skillnader mellan kommuners äldreomsorg. Lagen ger kommunerna stöd och vägledning för att komma till rätta med bristerna och de nationella skillnaderna. Förslagen bör därför träda i kraft så snart som möjligt.

Men hänsyn till den tid som kan beräknas gå åt för remissförfarandet, beredningen inom Regeringskansliet och riksdagsbehand-

lingen är det rimligt att de nya bestämmelserna träder i kraft den 1 januari 2024.

Det behövs inte några särskilda övergångsbestämmelser.

Formerna för införande av en nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen

Utredningens uppdrag är som tidigare beskrivits avgränsat till att reglera en ordning för en nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen (NOK) och att lämna förslag på områden som en sådan bör omfatta. Regeringen avser sedan ge relevant myndighet i uppdrag att precisera och utforma förslag på innehållet i ordningen för kvalitetsutveckling. För att myndigheten ska kunna färdigställa förslag till en sådan förordning behöver det finnas ett riksdagsbeslut om lagen.

De olika tidshorisonterna för införandet av en äldreomsorgslag respektive framtagande av en NOK innebär att det dröjer innan det finns ett utarbetat förslag till NOK. Därför föreslår vi en särskild ikraftträdandebestämmelse till bestämmelsen i äldreomsorgslagen som reglerar NOK:en.

Enligt bestämmelsen om ikraftträdande träder bestämmelsen som reglerar NOK:en i kraft den dag regeringen bestämmer, i enlighet med 8 kap. 5 § regeringsformen. Ett alternativ kan vara att införa bestämmelsen som reglerar att det ska finnas en NOK i äldreomsorgslagen genom en ändringsförfattning till äldreomsorgslagen först i samband med att en förordning om den nationella ordningen för kvalitetsutveckling beslutas.

10.1.2 Förslag med anledning av ändringar i hälso- och sjukvårdslagstiftning

Utredningens förslag: Lagändringarna i hälso- och sjukvårdslagen, patientlagen, tandvårdslagen samt 2 kap. 7 § socialtjänstlagen ska träda i kraft den 1 januari 2024.

Det behövs inte några särskilda övergångsbestämmelser.

Det är angeläget att föreslagna ändringar som rör hälso- och sjukvårdslagstiftning träder i kraft utan onödigt dröjsmål. Detta är särskilt viktigt då förslagen till stora delar endast förtydligar vad som redan förväntas av kommuner och regioner men där det i dag finns stora brister. En reglering bedöms nödvändig för att huvudmännen ska uppfylla sina åtaganden till berörda personer. Förslagen bör därför träda i kraft så snart som möjligt. Samtliga förslag utgör ett samlat paket varför de behöver träda i kraft vid samma tidpunkt. Det samma gäller följdändringar i tandvårdslagen och ändringar i fråga om regleringen av individuell plan i socialtjänstlagen. Men hänsyn till den tid som kan beräknas gå åt för remissförfarandet, beredningen inom Regeringskansliet och riksdagsbehandlingen är det rimligt att de nya bestämmelserna träder i kraft den 1 januari 2024.

Det behövs inte några särskilda övergångsbestämmelser.

10.2 Förutsättningar för genomförande

10.2.1 Behov av stöd för att lagförslagen ska få genomslag

Information, stöd och uppföljning

Vi lämnar i detta betänkande ett antal lagförslag som sammantaget innebär att nästa steg, efter den stora förändringen som skedde i och med Ädelreformen för trettio år sedan, nu tas för att utveckla äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården.

Lagstiftning ensamt löser inte alla problem och denna förstärkta lagstiftning ska ses som ett komplement till de många satsningar som pågår, däribland satsningar på kompetensförsörjning som t.ex. äldreomsorgslyftet och överenskommelser om god och nära vård. För att den fulla potentialen i våra lagförslag ska kunna nås krävs fortsatt arbete i linje med dessa och andra pågående satsningar (se kapitel 3).

För att berörda målgrupper ska få kunskap om lagstiftningen så kommer det att behövas stöd- och informationsinsatser. Målgrupper är såväl allmänhet, äldre och anhöriga som huvudmän, utförare av vård och omsorg och personalen. Det är av stor vikt att berörda aktörer ges förutsättningar att ta till sig information om vad de nya lagförslagen innebär för den egna verksamheten. Det är en förutsättning för att sedan kunna tillämpa lagen i sin egen kontext. Stöd-

insatser kan utgöras av utbildningar för personalgrupper, kunskapsstöd i form av vägledning och liknande, metodstöd för samverkan och rekommendationer och riktlinjer särskilt anpassade för äldreomsorgen och den kommunala primärvården.

En viktig del för genomförandet är också en regelbunden uppföljning av kvaliteten i vård och omsorg till äldre. Det är möjligt att koppla indikatorer till lagstiftningen och också följa upp regelverket med kvalitativ metod. Uppföljningen bör kunna stödja såväl kommunal, regional som nationell nivå i det vidare arbetet. I denna uppföljning är bland annat arbetet med kvalitetsregister en viktig tillgång.

Om tillsynens roll

För att regleringen fullt ut ska få genomslag så behövs det en effektiv statlig tillsyn. Våra förslag på reglering anger mer tydligt än dagens lagstiftning vad som gäller för äldre personers tillgång till en vård och omsorg av god kvalitet. Denna ökade tydlighet medför ett förtydligat utgångsläge för tillsynen, inte minst för tillsyn i syfte att uppnå nationell likvärdighet för medborgarna. En tillsyn som tar utgångspunkt i våra lagförslag kommer kunna inriktas på kvalitativa aspekter och ett tydligt individperspektiv och kommer i sig också att stödja lagstiftningens genomförande.

10.2.2 Ytterligare initiativ för att understödja utvecklingen

Utredningens bedömning: Utredningen vill framhålla några områden där vi ser att initiativ behöver tas vidare för att komplettera och understödja den förändring våra förslag syftar till. Det gäller dels liggande förslag från tidigare utredningar, dels några områden som vi bedömer behöver bli föremål för egna utredningar.

Vi har i föregående kapitel löpande redogjort för olika områden där vi ser att initiativ behöver tas vidare för att komplettera och understödja den förändring våra förslag syftar till. Det gäller dels liggande förslag från tidigare utredningar, dels några områden som vi bedömer behöver bli föremål för egna utredningar. För en samlad överblick lyfts dessa här (med hänvisning till avsnitt där de beskrivs).

- Ta vidare förslagen från utredningen Framtidens socialtjänst, om kunskapsbaserad socialtjänst och om socialtjänstdataregister (se avsnitt 3.3.4).
- Utred ett tydligare regelverk för personer med nedsatt beslutsförmåga (se avsnitt 2.4.4)
- Utred behovet av en kvalitetsfunktion i socialtjänsten, liknande dagens MAS i den kommunala hälso- och sjukvården (se avsnitt 7.3.13).
- Utred behovet av att förtydliga ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och möjligheten till samverkan inom den specialiserade hälso- och sjukvården (se avsnitt 8.2).

11 Författningskommentar

11.1 Förslag till lag (2024:000) om äldreomsorg

Lagens tillämpningsområde och innehåll

1 § *Denna lag gäller i socialnämndens verksamhet som avser stöd och hjälp i den dagliga livsföringen på grund av nedsatt funktionsförmåga som förvärvats eller kvarstår i samband med åldrande för personer som fyllt 65 år (äldreomsorg).*

Lagen gäller även personer som inte fyllt 65 år, när insatser inom äldreomsorgen är ändamålsenligt med hänsyn till personens behov av stöd och hjälp.

Lagen innehåller även bestämmelser om socialnämndens ansvar för stöd och information till anhöriga och andra närstående till personer som omfattas av denna lag.

Lagens 1–3, 5, 14–16, 18, 20–22 och 28 §§ gäller även i enskild verksamhet som, i enlighet med 2 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453), utför kommunens uppgifter inom äldreomsorgen.

Paragrafen behandlas i avsnitt 7.3.2.

I bestämmelsen anges lagens tillämpningsområde och innehåll.

I *första stycket* definieras vad som ska anses vara äldreomsorg, dvs. socialnämndens verksamhet som avser stöd och hjälp i den dagliga livsföringen på grund av nedsatt funktionsförmåga som förvärvats eller kvarstår i samband med åldrande för personer som fyllt 65 år.

Med socialnämnd avses i lagen den eller de nämnder som utses enligt 2 kap. 4 § första stycket socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL. Enligt den bestämmelsen fullgörs kommunens uppgifter inom socialtjänsten av den eller de nämnder som kommunfullmäktige bestämmer. Begreppet socialnämnd har samma innebörd i äldreomsorgslagen som i SoL.

Med socialnämndens verksamhet som avser stöd och hjälp i den dagliga livsföringen avses allt arbete som åligger socialnämnden för att ge sådant stöd och sådan hjälp som här avses. Det vill säga all den verksamhet som socialnämnden ansvarar för enligt äldreomsorgslagen, socialtjänstlagen och andra föreskrifter om äldreomsorg som avser stöd och hjälp i den dagliga livsföringen. Lagen ska därmed gälla vid uppsökande och förebyggande arbete, handläggning av ärenden, dokumentation, beslut, utförande av insatser samt uppföljning och systematiskt kvalitetsarbete. Lagen gäller dock inte sådan service som kommunen erbjuder med stöd av lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter.

Stöd och hjälp i den dagliga livsföringen avser allt stöd och all hjälp som rör personens dagliga liv. Det kan t.ex. handla om hemtjänstinsatser, särskilt boende för äldre, samtal och rådgivning, ledsagarservice, trygghetslarm, dagverksamhet, anhörigstöd och andra förebyggande insatser och hjälpåtgärder som motiveras av den aktuella situationen.

Med formuleringen stöd och hjälp i den dagliga livsföringen på grund av nedsatt funktionsförmåga som förvärvats eller kvarstår i samband med åldrande avses inte att behoven av stöd och hjälp behöver bero på åldrande. Det kan inte klart och entydigt avgränsas eller beskrivas vad som beror på åldrande och vad som beror på andra orsaker. Den nedsatta funktionsförmågan ska ha förvärvats eller kvarstå när personen fyllt 65 år, med undantag för vad som gäller enligt bestämmelsens andra stycke. Behovet av stöd och hjälp behöver inte vara livsvarigt. Även då en person som är över 65 år efter en olycka eller tillfällig sjukdom är i behov av hemtjänstinsatser under en tid omfattas detta av lagens tillämpningsområde. Formuleringen är även en avgränsning av behov av stöd och hjälp från socialtjänsten av andra skäl, som t.ex. ekonomiskt bistånd eller stöd och hjälp mot missbruk eller utsatthet för våld.

Nedsatt funktionsförmåga avser nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga.

Lagen tillämpas oavsett om beslut om bistånd inom äldreomsorgen fattas enligt 4 kap. 1, 2 eller 2 a § SoL.

Enligt *andra stycket* ska lagen även gälla då personer som inte fyllt 65 år får stöd och hjälp inom äldreomsorgen efter att sådana insatser bedömts vara ändamålsenliga. Lagen hindrar inte att personer som är yngre än 65 år får insatser i verksamhet i äldreomsorgen, om det är

ändamålsenligt för att motsvara deras behov. Bestämmelsen i andra stycket lämnar ett visst utrymme för kommunens bedömning av om det är en insats i äldreomsorgen. Avgörande för bedömningen om det är en insats inom äldreomsorgen är om insatsen är anpassad för att avse stöd och hjälp i den dagliga livsföringen som äldre personer vanligtvis har på grund av nedsatt funktionsförmåga i samband med åldrande.

En utgångspunkt för bedömningen om lagen är tillämplig är att personer med liknande behov som får insatser i samma verksamhet bör omfattas av samma lagstiftning. Ett exempel är att alla personer som bor i ett särskilt boende enligt 8 § andra stycket äldreomsorgslagen för personer med demenssjukdom ska få en genomförandeplan och en fast omsorgskontakt, oberoende av personens ålder.

Om en person som bor i en sådan bostad med särskild service som avses i 5 kap. 7 § tredje stycket SoL på grund av en funktionsnedsättning drabbas av en demenssjukdom behöver en bedömning göras om personens behov fortsatt kan tillgodoses i det boendet, t.ex. genom handledning till och utbildning av personal och anpassade insatser. I sådana fall blir äldreomsorgslagen inte tillämplig. Om personen i stället behöver en plats i ett boende enligt 8 § andra stycket äldreomsorgslagen som är särskilt anpassat för äldre personer med demenssjukdom för att få sina behov tillgodosedda, är det en insats anpassad för att avse stöd och hjälp i den dagliga livsföringen som personer vanligtvis har på grund av nedsatt funktionsförmåga i samband med åldrande. Detsamma gäller om personen har behov av en dagverksamhet med en sådan inriktning eller om en person med hemtjänstinsatser t.ex. får stöd och hjälp av ett demensteam. Det är då insatser eller verksamheter som typiskt sett hör till äldreomsorgen. Därmed är äldreomsorgslagen tillämplig. Exemplet med demenssjukdom är inte uttömmande, men en förekommande situation. Det kan även gälla vid andra orsaker till nedsatta funktionsförmågor. Det kan dock inte entydigt och klart fastställas vilka dessa orsaker kan vara, vilket innebär att det finns ett utrymme för kommunens bedömning.

I *tredje stycket* anges att lagen även innehåller bestämmelser om stöd och information till anhöriga och andra närstående. Dessa bestämmelser återfinns i 19 §.

I *fjärde stycket* anges vilka bestämmelser som är tillämpliga i enskild verksamhet som utför kommunens uppgifter inom äldreom-

sorg i enlighet med 2 kap. 5 § SoL. Uppgifter som omfattar myndighetsutövning får enligt 2 kap. 5 § SoL inte överlämnas till enskild person. Därför undantas bestämmelser som avser sådana uppgifter. Vidare undantas de bestämmelser som anger kommunens skyldigheter på strukturell nivå och allmänt inriktade insatser, dvs. övergripande uppgifter enligt 6 § och att inrätta särskilda boendeformer och verka för att personer får goda bostäder och ge stöd och hjälp i hemmet enligt 8 §, samt att erbjuda och informera om stöd till personer som vårdar eller stödjer en närstående samt 25–27 §§ om nationella minoriteter. Även bestämmelsen om individuell plan enligt 17 § undantas eftersom det är kommunens ansvar som huvudman att upprätta sådana (2008/09:123 s. 22 f.). De bestämmelser som enbart är upplysningar om bestämmelser i SoL anges inte i paragrafen, de gäller i den mån de är tillämpliga enligt SoL.

Förhållandet till socialtjänstlagen

2 § *Lagen gäller utöver bestämmelserna i socialtjänstlagen (2001:453) och innebär ingen inskränkning av rättigheter som en person kan ha enligt någon annan lag.*

Paragrafen behandlas i avsnitt 7.3.3.

Av bestämmelsen framgår att äldreomsorgslagen är ett komplement till socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL. Äldreomsorg är fortsatt en del av socialtjänsten. Det innebär att bestämmelserna i SoL, socialtjänstförordningen (2001:937) och Socialstyrelsens föreskrifter gäller äldreomsorgen. Samtliga bestämmelser, som enligt sin lydelse är tillämpliga när det gäller kommunens ansvar enligt socialtjänstlagen, gäller för äldreomsorgen. I bestämmelsen införs även ett förtydligande av att äldreomsorgslagens bestämmelser inte innebär någon inskränkning av rättigheter enligt annan lagstiftning, som SoL och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Syfte

3 § *Syftet med lagen är att personer som omfattas av denna lag ska kunna vara delaktiga och få sina behov av insatser inom äldreomsorgen tillgodosedda med god kvalitet på ett samordnat, tryggt och säkert sätt samt få stöd och hjälp för att få tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver.*

Paragrafen behandlas i avsnitt 7.3.4.

Bestämmelsen anger lagens övergripande syfte. Lagens bestämmelser ska läsas och förstås mot bakgrund av detta syfte. Dvs. att personer ska kunna vara delaktiga och få insatser på ett samordnat, tryggt och säkert sätt med god kvalitet.

Att få stöd och hjälp för att få tillgång till den hälso- och sjukvård personer i äldreomsorgen behöver innebär inte att lagen omfattar hälso- och sjukvårdsåtgärder eller att socialnämnden utifrån äldreomsorgslagen ansvarar för utförande av sådana, utan att lagens bestämmelser syftar bl.a. till att åstadkomma en bättre samordning med hälso- och sjukvården och kontinuitet i vården och omsorgen som t.ex. innebär bättre förutsättningar att uppmärksamma förändringar i hälsotillståndet hos de personer som får insatser inom i äldreomsorgen (se t.ex. 16 och 22 §§).

Mål för äldreomsorgen

4 § *Bestämmelser om mål för socialtjänsten finns i 1 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453). Bestämmelsen anger att samhällets socialtjänst på demokratins och solidaritetens grund ska främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor samt aktiva deltagande i samhällslivet. Vidare ska socialtjänsten under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och gruppers egna resurser. Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.*

Paragrafen behandlas i avsnitt 7.3.3.

Paragrafen upplyser om de mål som regleras i socialtjänstlagen (2001:453) och gäller för socialtjänsten och därmed även för äldreomsorgen.

5 § *Äldreomsorgen ska, utöver de mål som anges i 1 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), ha ett förebyggande perspektiv och inriktas på att vara hälsofrämjande och stödja personers funktionsförmåga samt vara tillgänglig.*

Äldreomsorgen ska vidare inriktas på att personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund).

Socialnämnden ska verka för att personer får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra.

Paragrafen behandlas i avsnitt 7.3.5.

De övergripande målen som gäller för socialtjänsten som anges i 1 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, kompletteras i bestämmelsens *första stycke* med mål som ska gälla för äldreomsorgen. Målen konkretiserar målet i SoL om att socialtjänsten ska inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och gruppers egna resurser. De nya målen utgör ett perspektiv som ska genomsyra hela äldreomsorgen utan att ställa krav på specifika åtgärder.

Att ha ett förebyggande perspektiv i äldreomsorgen får anses innefatta att ha en hälsofrämjande, funktionsstödjande inriktning och att vara tillgänglig.

Att arbeta förebyggande innebär att främja hälsa och funktioner, identifiera risker och åtgärda dem, upptäcka försämringar, samt att arbeta kunskapsbaserat och använda teknik som stödjer funktionsförmågan.

Med funktionsförmåga avses fysisk, psykisk, kognitiv och social funktionsförmåga, förmågor som t.ex. syn, hörsel, rörelseförmåga, minne och annan slags informationshantering samt sociala och psykiska färdigheter och egenskaper.

En persons funktionsförmåga kan t.ex. stödjas genom att insatsernas utförande anpassas så att personen får möjlighet att utföra sådant personen kan göra själv. Möjlighet till sociala aktiviteter är också betydelsefullt.

För att förebygga riskerna för ohälsa och arbeta hälsofrämjande behövs ofta samlad kompetens och samarbete mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Likaså är teamarbete som syftar till att skapa kontinuitet i vården och omsorgen för den enskilde viktigt, bl.a. för att tidigt upptäcka förändringar i hälsotillståndet.

Bestämmelsen syftar även till att äldreomsorgen, genom att vara tillgänglig, når personer i behov av stöd och hjälp tidigt. Att kunna erbjuda insatser för att stödja hälsa och funktion på ett tidigt stadium kan motverka behov eller skjuta på behov av mer ingripande eller omfattande insatser till längre fram i tiden.

Andra stycket motsvarar 5 kap. 4 § första stycket SoL med vissa språkliga ändringar och behandlas i avsnitt 7.3.3. Motsvarande bestämmelse i SoL upphävs. Några ändringar i sak avses inte. Förarbeten till bestämmelsen i SoL finns i prop. 2009/10:116, s. 23 ff. och s. 97.

Tredje stycket motsvarar 5 kap. 4 § andra stycket SoL och behandlas i avsnitt 7.3.3. Motsvarande bestämmelse i SoL upphävs. Förarbeten till bestämmelsen i SoL finns i prop. 1979/80:1, s. 532 f.

Övergripande uppgifter

6 § *Socialnämnden ska göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för äldre personer samt i sin uppsökande verksamhet upplysa om socialtjänstens verksamhet på detta område.*

Kommunen ska planera sina insatser för äldre personer. I planeringen ska kommunen samverka med regionen samt andra samhällsorgan och organisationer.

Paragrafen behandlas i avsnitt 7.3.3.

Paragrafen motsvarar bestämmelsen i 5 kap. 6 § första och andra stycket SoL med vissa språkliga ändringar. Inga ändringar i sak avses. Motsvarande bestämmelse i SoL upphävs. Förarbeten till bestämmelsens första stycke finns i prop. 1992/93:159, s. 139 f. Förarbeten till bestämmelsens andra stycke i SoL finns i prop. 1987/88:176, s. 121.

Samverkan och samordning

7 § *Bestämmelser om att socialnämndens insatser för en person vid behov ska utformas och genomföras i samverkan med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar finns i 3 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453).*

Paragrafen upplyser om bestämmelsen i 3 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453). Paragrafen behandlas i avsnitt 7.3.3.

Boende

8 § *Socialnämnden ska verka för att personer som omfattas av 1 § första stycket denna lag får goda bostäder och ska ge dem som behöver det stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service.*

Kommunen ska inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för personer som behöver särskilt stöd och omfattas av 1 § första stycket i lagen.

Kommunen får även inrätta särskilda boendeformer för personer som omfattas av 1 § första stycket i lagen som främst behöver stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service och som därutöver har behov av att bryta oönskad isolering.

Paragrafen motsvarar bestämmelserna i 5 kap. 5 § första – tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, med vissa språkliga och redaktionella ändringar. Någon ändring i sak avses inte. Motsvarande bestämmelser i SoL upphävs. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1990/91:14 s. 146 f., prop. 1979/80:1, s. 533 f. samt prop. 2017/18:273, s. 56. Paragrafen behandlas i avsnitt 7.3.3.

Avgränsningen till personer som omfattas av 1 § första stycket innebär att kommunens skyldigheter enligt bestämmelsen enbart omfattar äldre personer, på samma sätt som varit gällande enligt bestämmelsen i SoL. Kommunens ansvar utifrån denna bestämmelse omfattar alltså inte personer som inte fyllt 65 år. Dessa personer kan dock komma att omfattas av äldreomsorgslagens bestämmelser i enlighet med 1 § andra stycket äldreomsorgslagen, och t.ex. få bistånd i form av ett sådant boende.

Insatser

9 § *Bestämmelser om att socialnämnden genom hemtjänst, dagverksamheter eller annan liknande social tjänst bör underlätta för en person att bo hemma och att ha kontakt med andra finns i 3 kap. 6 § första stycket socialtjänstlagen (2001:453).*

Paragrafen upplyser om innehållet i bestämmelsen i 3 kap. 6 § socialtjänstlagen (2001:453) och behandlas i avsnitt 7.3.3.

10 § *Bestämmelser om rätt till bistånd till den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt finns i 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).*

Bestämmelser om att socialnämnden får ge bistånd utöver vad som följer av 4 kap. 1 § socialtjänstlagen om det finns skäl för det finns i 4 kap. 2 § socialtjänstlagen.

Bestämmelser om att socialnämnden utan föregående behovsprövning får erbjuda hemtjänst till äldre personer under vissa förutsättningar finns i 4 kap. 2 a § socialtjänstlagen.

Paragrafen upplyser om de bestämmelser i socialtjänstlagen (2001:453) som kan ligga till grund för beslut om bistånd inom äldreomsorgen och behandlas i avsnitt 7.3.3.

11 § *De insatser en person beviljas som stöd och hjälp i den dagliga livsföringen ska vara utformade och genomföras på ett sätt som tillgodoser personens individuella behov och utgår från personens förutsättningar.*

Första stycket gäller dock inte insatser som erbjuds personer utan föregående behovsprövning enligt 4 kap. 2 a § socialtjänstlagen (2001:453).

Paragrafen behandlas i avsnitt 7.3.6.

Första stycket kompletterar bestämmelsen i 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, som anger att personer har rätt till bistånd för att få sina behov tillgodosedda. Kravet på att individens behov ska vara utgångspunkt för bedömningar är en kodifiering av vad som gäller enligt förarbeten (prop. 1979/80:1, s. 525 f.) och praxis (RÅ 1991 ref 61). Den nya bestämmelsen ställer också krav på att insatserna ska utformas och genomföras på ett sätt som inte bara utgår från individens egna behov utan också individens förutsättningar. En utredning i ett ärende om bistånd inom äldreomsorgen behöver därför ha den enskildes individuella behov och förutsättningar i centrum.

Att individens förutsättningar ska vara en utgångspunkt är en del i det förbyggande perspektivet och den hälsofrämjande och funktionsstödjande inriktningen som ska gälla för äldreomsorgen (se avsnitt 7.2.5).

Den helhetsprincip som gäller inom socialtjänsten, och därmed även inom äldreomsorgen, innebär att människans olika behov beaktas och vägs samman. Det innebär att handläggaren behöver infor-

mera sig om hur samspelet mellan den enskilde, familjen, nätverken i omgivningen och den omgivande miljön påverkar och fungerar. Handläggaren och den enskilde behöver bedöma vilka insatser som är mest lämpliga och ändamålsenliga efter en helhetsbedömning.

Ett beslut ska vara tydligt så att det framgår om beslutet stämmer överens med ansökan eller inte och så att personen kan förstå vad som beviljats. Hur insatserna ska genomföras bör dock inte anges för detaljerat i beslut om bistånd eller i uppdraget till utföraren. Utrymme måste finnas för flexibilitet och handlingsfrihet, för personen och personalen hos utföraren, att tillsammans kunna anpassa insatsernas genomförande om den enskildes behov och förutsättningar varierar mellan olika dagar.

Av *andra stycket* framgår att bestämmelsen inte gäller när insatser beviljats utan föregående behovsprövning i enlighet med 4 kap. 2 a § SoL. I de fallen görs inte någon utredning av individuella behov eller förutsättningar.

12 § *För den som har beviljats eller beviljas bistånd i form av boende i en sådan särskild boendeform som avses i 8 §, ska det ingå i en skälig levnadsnivå enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453) att kunna sammanbo med make eller sambo. Detta gäller under förutsättning att paret varaktigt har sammanbott eller, om den ena parten redan bor i ett sådant boende, att paret dessförinnan varaktigt har sammanbott.*

Första stycket gäller oavsett om maken eller sambon har behov av boende i särskild boendeform.

Paragrafen behandlas i avsnitt 7.3.3.

Paragrafen motsvarar bestämmelsen i 4 kap. 1 c § socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, med med vissa redaktionella ändringar. Någon ändring i sak avses inte. Motsvarande bestämmelse i SoL upphävs. Förarbeten till bestämmelsen i SoL finns i prop. 2011/12:147, s. 42 f.

Delaktighet, självbestämmande och information

13 § *Bestämmelser om att insatser för en person ska utformas och genomföras tillsammans med denne finns i 3 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453).*

Paragrafen behandlas i avsnitt 7.3.3.

Paragrafen upplyser om bestämmelsen i 3 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453) som anger att socialnämndens insatser för en person ska utformas och genomföras tillsammans med denne.

14 § *En person ska, så långt det är möjligt, kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges.*

Paragrafen behandlas i avsnitt 7.3.3.

Paragrafen motsvarar bestämmelsen i 5 kap. 5 § fjärde stycket socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, med vissa språkliga ändringar. Inga ändringar i sak avses. Motsvarande bestämmelse i SoL upphävs. Förarbeten till bestämmelsen i SoL finns i prop. 2009/10:116, s. 35 ff. och s. 97.

15 § *En person ska få den information som behövs för att kunna vara delaktig och ha inflytande i sitt ärende och de insatser som lämnas.*

Informationen ska beskriva

1. handläggningsprocessen,

2. planering,

3. utförare av beviljade insatser,

4. uppföljning, och

5. fast omsorgskontakt.

Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen. Informationen ska lämnas skriftligen i den utsträckning som behövs.

Om informationen inte kan lämnas till eller förstås av personen ska den i stället, såvitt möjligt, lämnas till en anhörig eller annan närstående till honom eller henne.

Paragrafen behandlas i avsnitt 7.3.9.

Bestämmelsens *första stycke* slår fast en informationsskyldighet. En liknande bestämmelse finns i patientlagen (2014:821). Informationsskyldighetens omfattning och innehåll varierar beroende av vilka insatser som personens ansökan gäller. Den kan även variera utifrån vad personen behöver för att kunna vara delaktig och utöva inflytande i sitt ärende och de insatser som lämnas.

Informationen behöver lämnas vid olika tidpunkter under ärendets gång, beroende av vad som är aktuellt för den enskilde. Övergripande, generell information om samtliga punkter bör lämnas vid ansökan om insatser.

Bestämmelsens *andra stycke* anger vilken sorts information som ska lämnas.

Information enligt *punkt 1* behöver lämnas vid ansökan om insatser. Då behöver personen vara informerad om handläggningsprocessen och hur den går till, från ansökan till beslut.

Information enligt *punkt 2* behöver lämnas inför ett beslut om insatser. Då behöver information lämnas om vilken planering som ska göras, dvs. genomförandeplan enligt 18 § äldreomsorgslagen och individuell planering enligt 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453) och 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) eller 17 § äldreomsorgslagen.

Information enligt *punkt 3* behöver lämnas vid beslut om insatser. Information behöver lämnas om vem som utför insatsen. Om kommunen tillämpar valfrihetssystem i enlighet med lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) behöver information ges om hur det går till och vilka utförare som finns att välja.

Information enligt *punkt 4* behöver lämnas vid beslut om insatser och vid upprättande av genomförandeplaner och individuella planer. Information ska då lämnas om hur och när uppföljning av insatser och planer görs.

Information enligt *punkt 5* behöver lämnas av socialnämnden under handläggningen av ärendet. Även hos utföraren av insatserna behöver information om genomförandeplan och en fast omsorgskontakt och dess funktion lämnas.

Det kan också finnas skäl att upprepa informationen vid olika tillfällen under ärendets gång för att personen ska vara tillräckligt informerad för att kunna vara delaktig och utöva självbestämmande.

Av bestämmelsens tredje *stycke* framgår att den som ger informationen så långt som möjligt ska försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen. Handläggaren bör genom uppföljande frågor försöka bedöma om personen förstått informationen. Ibland är det dock inte möjligt att försäkra sig om hur personen har förstått informationen. Det kan t.ex. gälla om hen har kognitiva svårigheter. Att lämna information skriftligt i den utsträckning det behövs innebär att personen ska få

den information som hen behöver för att kunna vara delaktig och utöva inflytande. En situation med ansökan och utredning om insatser kan upplevas som stressande och då kan det vara särskilt svårt att ta till sig information och minnas den. Det kan även underlätta för anhöriga eller andra närstående att stödja personen om de har skriftlig information.

Fjärde stycket avser situationer då informationen inte kan lämnas till den enskilde, eller då den enskilde trots en anpassad kommunikation och information inte kan förstå den. Då ska den i stället såvitt möjligt lämnas till en anhörig eller annan närstående. Med begränsningen, så vitt möjligt, avses bl.a. om det inte finns någon anhörig eller annan närstående som stödjer eller hjälper personen, eller om det finns hinder att lämna information enligt bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt.

Den enskilde avgör själv vem som är dennes närstående.

Kontinuitet, trygghet och säkerhet

16 § *Personers behov av kontinuitet, trygghet och säkerhet ska beaktas vid planering och organisering av verksamheten.*

Paragrafen behandlas i avsnitt 7.3.11.

Kontinuitet, trygghet och säkerhet är viktiga kvalitetsaspekter. Bestämmelsen avser framför allt personalkontinuitet, dvs. att det är så få personer som möjligt som ger vård och omsorg till den enskilde. Kontinuitet, trygghet och säkerhet fungerar som kommunicerande kärl, personalkontinuitet bidrar till trygghet och säkerhet, såväl en känsla hos personen som får omsorg som en reell trygghet och säkerhet.

Trygghet och säkerhet kan bl.a. handla om personalens antal och kompetens samt ett aktivt och närvarande ledarskap. Det kan även handla om den fysiska miljön i särskilda boenden som t.ex. utformningen av lokaler och brandskydd. Det kan också handla om att planera och organisera verksamheten för att ha ett gott smittskydd.

Att beakta behov av kontinuitet vid planering och organisation innebär bl. a. att dessa aspekter beaktas vid schemaläggning och när man organiserar personalen i team och enheter.

Kravet på kontinuitet, trygghet och säkerhet gäller även då verksamheten bedrivs av privata utförare. Kommunerna behöver då ställa upp krav på utförarna för hur detta ska uppfyllas i de verksamheterna, som t.ex. en viss grad av personalkontinuitet, samt följa upp efterlevnaden.

Individuell planering

17 § *Bestämmelser om individuell plan finns i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453) och 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).*

En sådan plan ska upprättas då en person flyttar in i ett sådant boende som avses i 8 § andra stycket denna lag, om den enskilde samtycker till det och det inte är uppenbart obehövligt.

Paragrafens första stycke behandlas i avsnitt 7.3.3.

Första stycket upplyser om bestämmelserna i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453) och 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL.

Paragrafens andra stycke behandlas i avsnitt 7.3.10.

Bestämmelsen i *andra stycket* innebär att en individuell plan enligt 2 kap. 7 § SoL och 16 kap. 4 § HSL som regel ska upprättas då en person flyttar in på ett särskilt boende.

En person som flyttar in i särskilt boende har i princip alltid behov av både vård och omsorg. I stort sett alla har i vart fall behov av en återkommande uppföljning av sitt hälsotillstånd. Planeringens omfattning får anpassas till behoven och även en mycket begränsad planering kan vara värdefull.

En plan kan underlåtas om det är uppenbart obehövligt med en plan. Ett exempel på när det kan vara uppenbart obehövligt är om det finns en plan upprättad sedan tidigare, t.ex. vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

18 § *En genomförandeplan över när och hur insatser som har beviljats en person efter en prövning enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453) ska genomföras ska upprättas, om det inte är uppenbart obehövligt. Planen ska ha utgångspunkt i personens individuella behov och förutsättningar.*

Planen ska följas upp och fortlöpande hållas aktuell.

Planen ska upprättas, följas upp och fortlöpande hållas aktuell tillsammans med personen den gäller, så långt det är möjligt. Anhöriga eller andra närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och personen den gäller inte motsätter sig det.

Paragrafen behandlas i avsnitt 7.3.7.

Av *första stycket* framgår att en plan ska upprättas över när och hur insatser som beviljats en person ska genomföras. Att en plan kan underlåtas om det är uppenbart obehövligt innebär att det som regel ska upprättas en sådan. Ett exempel på när en plan kan underlåtas är om det finns en plan upprättad hos en annan utförare som är aktuell om personen har bytt utförare men har samma insatser. När en person får insatser från olika utförare är det dock ofta nödvändigt att varje utförare upprättar en genomförandeplan för de insatser utföraren ansvarar för.

I genomförandeplaner kan insatserna planeras på ett strukturerat sätt, mål sättas upp för insatserna och det kan följas upp hur målen nås. Att planen ska ha utgångspunkt i personens individuella behov och förutsättningar är ett sätt att arbeta mot målet i 5 § om ett förbyggande perspektiv med en hälsofrämjande och funktionsstödjande inriktning. Det innebär att inte enbart individuella behov ska ligga till grund för insatsernas utformning och utförande, utan även de individuella förutsättningarna.

Enligt *andra stycket* ska planen följas upp och fortlöpande hållas aktuell. Att planen fortlöpande ska hållas aktuell innebär att den behöver ses över och revideras om personens behov, förutsättningar eller önskemål förändras. Men det behöver även göras planerade uppföljningar även om inga förändringar uppmärksammats. Detta måste planeras och det bör finnas rutiner i kommunen om när sådan uppföljning ska göras.

Av *tredje stycket* följer att arbetet med planen ska göras tillsammans med den enskilde, om det är möjligt. Personer med nedsatt kognitiv förmåga kan ha behov av extra stöd för att göra det möjligt för hen att kunna uttrycka sin vilja. Man behöver skapa goda förutsättningar för varje person att utifrån sina förutsättningar uttrycka sin vilja.

Om personen inte vill delta ska det ändå upprättas en plan. Aktuella genomförandeplaner är också ett verktyg för omsorgsper-

sonalen, så att de ska kunna utföra insatserna enligt den enskildes behov, förutsättningar och önskemål.

Anhöriga eller andra närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. Den anhörige eller närstående kan ge hjälp och stöd om personen som får insatser har svårigheter med att uttrycka sina behov, förutsättningar och önskemål. Ett annat perspektiv som behöver finnas med är de anhöriga eller andra närståendes egna behov, förutsättningar och önskemål i omsorgssituationerna. Det är av särskild vikt när den anhörige eller närstående bor tillsammans med personen som har hemtjänstinsatser, dvs. då insatserna utförs i den anhöriges eller närståendes eget hem.

Personer som vårdar en närstående

19 § *Socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar eller stödjer en närstående som omfattas av 1 § första stycket denna lag.*

Socialnämnden ska i sin uppsökande verksamhet informera om stöd till anhöriga och andra närstående.

Paragrafens *första stycke* motsvarar delvis 5 kap. 10 § socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, om stöd till personer som vårdar eller stödjer en närstående. Förarbeten till bestämmelsen i SoL finns i prop. 2008/09:82.

Bestämmelsen har ändrats språkligt och redaktionellt. Den del som avser vård eller stöd till en äldre närstående har flyttats från SoL till äldreomsorgslagen. I övrigt avses inga ändringar i sak. Bestämmelsen omfattar personer som fyllt 65 år, yngre personer kan omfattas av motsvarande bestämmelse i SoL.

Paragrafens *andra stycke* är nytt och innebär att socialnämnden har ett informationskrav om stöd enligt första stycket. Att det ska ske i den uppsökande verksamheten innebär att information behöver riktas till personer som ännu inte ansökt om sådant stöd. Information behöver riktas brett till allmänheten och även individuellt i de fall anhöriga eller andra närstående deltar i sin närståendes ärende eller omsorg.

Ledarskap

20 § *Chefer, som är den närmaste chefen för den operativa verksamheten i verksamhet som utför insatser inom äldreomsorgen, ska ges de förutsättningar som behövs för att de ska kunna utöva ett aktivt och närvarande ledarskap.*

Paragrafen behandlas i avsnitt 7.3.14.

Med den närmaste chefen för den operativa verksamheten avses den chef som planerar och leder den dagliga verksamheten samt ansvarar för personal. Denna chef benämns ofta som den första linjens chef. Vanliga titlar för den första linjens chef är verksamhetschef eller enhetschef. Det förekommer olika sätt att organisera och fördela ansvar och arbetsuppgifter. Ibland finns även gruppledare eller andra funktioner som har en del av de uppgifterna. Oavsett hur man fördelat eller delegerat ansvar avses den chef som har det övergripande ansvaret för den operativa verksamheten, planering och ledning av den dagliga verksamheten och personalansvar. De goda förutsättningarna behöver följa med om vissa av uppgifterna fördelas eller delegeras till andra.

De verksamheter som omfattas av bestämmelsen är verksamheter som utför insatser inom äldreomsorgen, t.ex. hemtjänst och särskilda boendeformer samt dagverksamhet. De som arbetar med biståndshandläggning omfattas inte.

Med ett aktivt och närvarande ledarskap avses fram allt att chefen ska kunna ge stöd och ledning till personalen. Det innebär bl.a. att chefen ska kunna leda och samordna arbetet mot målet att bedriva arbetet med god kvalitet, ge handledning och metodstöd, säkerställa nödvändig utbildning, fortbildning och kompetens, återkoppla till medarbetarna och skapa en god arbetsmiljö. Det nämnda är exempel på uppgifter och är inte avsett att vara en uttömmande beskrivning. De uppgifter som ingår i ett aktivt och nära ledarskap kan variera bl.a. utifrån vilken typ av verksamhet som chefen ansvarar för. Avgörande är vad som behövs för att stödja och leda medarbetarna så att den omsorg som chefen ansvarar för kan bedrivas med en god kvalitet.

Vilka förutsättningar som krävs för för att kunna utöva ett aktivt och närvarande ledarskap kan inte slås fast med generell giltighet. Det behöver avgöras utifrån lokala och organisatoriska förutsätt-

ningar. Centralt är att chefen inte ansvarar för alltför många medarbetare. Vad som är ett rimligt antal medarbetare beror bl.a. på hur de är spridda geografiskt eller organisatoriskt i olika enheter. Även personalens kompetens behöver beaktas, t.ex. hur stora behoven av handledning och kompetensutveckling är. En annan aspekt att beakta är hur omfattande eller komplexa behov de äldre personerna har. Andra aspekter som utgör förutsättningar för ledarskapet är vilket administrativt och organisatoriskt stöd chefen har. Det behöver göras en sammantagen bedömning av samspelet mellan krav på chefen och de resurser som finns som stöd till chefen.

Personal

21 § *I verksamhet som utför insatser inom äldreomsorgen ska det finnas den personal som behövs för att insatserna ska kunna utföras i enlighet med de mål och krav som gäller för verksamheten enligt denna lag och socialtjänstlagen (2001:453).*

Paragrafen behandlas i avsnitt 7.3.15.

Med uttrycket ”den personal som behövs” avses att det ska finnas såväl ett tillräckligt antal personal som att personalen ska ha rätt kompetens för att utföra arbetsuppgifterna på ett sätt som innebär att insatser utförs i enlighet med målen och kraven i lagstiftningen som gäller för verksamheten.

Bestämmelsen omfattar enbart verksamheter som utför insatser i äldreomsorgen, dvs. sådana insatser som rör stöd och hjälp i den dagliga livsföringen. De som utför dessa uppgifter är omsorgspersonal som t.ex. undersköterskor, specialistundersköterskor och vårdbiträden.

I 3 kap. 3 § andra stycket socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, finns krav på att det ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet för utförande av uppgifter inom socialtjänsten. Äldreomsorgslagens bestämmelser kompletterar bestämmelserna i SoL. Det innebär att bestämmelsen om personal i SoL även omfattar äldreomsorgen.

I förarbeten till bestämmelsen i SoL anförs om begreppet kompetens att det är mångtydigt och kan ha olika betydelse i olika sammanhang. I allmän mening handlar det om förmåga att klara de olika krav som ställs i en viss organisation och i en viss verksamhet.

Begreppet syftar inte bara på formell behörighet utan hänvisar också till ord som kvalifikation, kunskap, erfarenhet, förmåga, lärande och färdighet. Beroende på omständigheterna kan någon aspekt av kompetens överväga. Regeringen framhöll även att samhället förändras i allt snabbare takt vilket påverkar inriktningen av socialtjänstens uppgifter och ansvarsområde. Kompetensutveckling måste ske ute i verksamheten och vara en integrerad del i en ständigt pågående underhålls- och förnyelseprocess. (Prop. 1996/97:124 s. 48.)

Bestämmelsen innebär att personalen ska ha lämplig utbildning och erfarenhet för att kunna uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten enligt äldreomsorgslagen och SoL. Det gäller samtliga lagkrav som reglerar insatser i äldreomsorgen, t.ex. kravet i 3 kap. 3 § SoL på att insatserna ska vara av god kvalitet. Det innebär också att det ska finnas tillräckligt med personal med rätt kompetens för att verksamheten ska kunna planeras och organiseras med beaktande av enskildas behov av kontinuitet, säkerhet och trygghet i enlighet med 16 § äldreomsorgslagen. Det innebär bl.a. även att kunna ha ett förebyggande perspektiv och en hälsofrämjande, funktionsstödjande inriktning, att kunna uppfylla värdegrundens krav och att kunna ge omsorg som utgår från individens behov och förutsättningar.

Vad som är ett tillräckligt antal personal för att kunna uppfylla lagstiftningens krav och mål får avgöras från fall till fall utifrån behoven och förutsättningarna i verksamheten. Behoven av personal är beroende av många faktorer såsom personalens utbildning och erfarenhet, omsorgsbehov hos de enskilda, ledarskap, mandat och uppdrag. Det gäller även förekomsten av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, arbetssätt, lokalers utformning och tillgång till tekniskt stöd m.m. Hur mycket personal som behövs behöver därför bedömas och anpassas till de lokala förutsättningarna och behoven.

Fast omsorgskontakt

22 § *Den som har hemtjänst med stöd av 4 kap 1 eller 2 a § socialtjänstlagen (2001:453), eller bor i en sådan boendeform som avses i 8 § andra stycket denna lag, ska erbjudas en fast omsorgskontakt, om det inte är uppenbart obehövligt.*

Den fasta omsorgskontakten ska tillgodose den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, individanpassad omsorg och samordning i boendet eller när hemtjänstinsatsen verkställs.

Paragrafen behandlas i avsnitt 7.3.12.

Paragrafen är ny och motsvarar delvis bestämmelsen om fast omsorgskontakt i 4 kap. 2 b § socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL. Bestämmelsen i SoL ändras till att enbart omfatta personer som är yngre än 65 år (se kommentaren till 4 kap. 2 b § socialtjänstlagen). Förarbeten till bestämmelsen i SoL finns i prop. 2021/22:116.

Den fasta omsorgskontakten ska tillgodose den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, individanpassad omsorg och samordning när hemtjänstinsatser verkställs i ordinärt eller i särskilt boende.

I bestämmelsen införs en skyldighet att erbjuda personer som omfattas av äldreomsorgslagen och har hemtjänst eller plats i sådant särskilt boende som omfattas av 8 § andra stycket äldreomsorgslagen en fast omsorgskontakt. En fast omsorgskontakt kan tillhandahållas av antingen socialnämnden eller av en privat aktör som kommunen slutit avtal med. Den fasta omsorgskontakten ska vara en del av den verksamhet som verkställer insatser och inte erbjudas inom ramen för biståndshandläggningen som sådan. Den fasta omsorgskontakten ska vara en utpekad person.

Av paragrafens *första stycke* framgår att skyldigheten att erbjuda en fast omsorgskontakt gäller för den som har hemtjänst som tillhandahålls med stöd av 4 kap. 1 eller 2 a § SoL. Bestämmelsen i äldreomsorgslagen reglerar krav på erbjudande om en fast omsorgskontakt för personer som omfattas av äldreomsorgslagen. Andra personer som har hemtjänst kan omfattas bestämmelsen i SoL (se kommentar till ändring i 4 kap. 2 b § SoL).

I bestämmelsen om fast omsorgskontakt i 4 kap. 2 b § SoL används uttrycket ”om det inte bedöms vara obehövligt”. Uttrycket ”om det inte är obehövligt” används här för en enhetlig begreppsanvändning i äldreomsorgslagen. Ingen skillnad i sak avses.

Av paragrafens *andra stycke* framgår att den fasta omsorgskontakten ska tillgodose den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, individanpassad omsorg och samordning, i boendet eller när hemtjänstinsatsen verkställs. Att behoven ska tillgodoses när insatsen verkställs innebär att den fasta omsorgskontakten inte ska bedöma och tillgodose den enskildes behov av biståndsinsatser i sig, utan i

stället bedöma och tillgodose den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, individanpassad omsorg och samordning inom ramen för verkställigheten av insatser.

Att den fasta omsorgskontakten ska tillgodose den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, individanpassad omsorg och samordning innebär att omsorgskontakten behöver arbeta i en nära relation till personen och skapa en helhetsbild av dennes situation och anpassa stödet till personens individuella behov. I uppdraget är omsorgsarbetet en central del, vilket innebär att den fasta omsorgskontakten kan behöva utföra insatser. Det kan även innebära att genomföra medicinska uppgifter efter anvisning eller delegering från hälso- och sjukvården.

Ett sätt för den fasta omsorgskontakten att öka kontinuiteten i hemtjänstinsatsen kan vara att tillsammans med den enskilde upprätta den genomförandeplan, som ska upprättas enligt 18 § äldreomsorgslagen, som beskriver hur en beslutad socialtjänstinsats ska genomföras för den enskilde. Samordning kan åstadkommas genom att den fasta omsorgskontakten, med beaktande av regelverken om sekretess och tystnadsplikt, informerar och samverkar med anhöriga och närstående, arbetslaget i hemtjänsten eller boendet och andra yrkesgrupper som är delaktiga i den äldres situation som till exempel legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal hos kommunen, regionen och privata vårdgivare.

Den fasta omsorgskontaktens uppgift att tillgodose behovet av omsorg ska skiljas från uppdraget som s.k. fast vårdkontakt enligt patientlagen (2014:821), även om uppdragen i vissa fall kan komma att överlappa varandra.

Enligt 3 kap. 3 d § SoL får endast den som har ett sådant bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska som avses i 4 kap. 5 a § patientsäkerhetslagen (2010:659) utses till fast omsorgskontakt. Socialtjänstlagens bestämmelser gäller även för äldreomsorgen. Därmed blir även kravet på att endast den som har ett bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska har rätt till får utses till fast omsorgskontakt även gällande för fast omsorgskontakt enligt denna bestämmelse för äldreomsorgen.

Uppföljning

23 § *Socialnämnden ska följa upp om de insatser som beviljats en person enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453) tillgodoser personens behov. Uppföljningen ska även ske med utgångspunkt i insatsernas kvalitet enligt 3 kap. 3 § socialtjänstlagen.*

Paragrafens behandlas i avsnitt 7.3.8.

Enligt paragrafen ska socialnämnden följa upp om insatser till en person tillgodoser personens behov. Biståndshandläggaren behöver följa upp personens tillstånd och resultatet av insatsen och dess kvalitet. I begreppet kvalitet ingår även hur insatserna uppfyller kravet i 5 § om värdegrund (se kommentar till 5 §).

Uppföljningen innebär att på nytt beskriva individens aktuella funktionstillstånd och jämföra det med de mål som satts upp för insatserna. Uppföljningen behöver också omfatta hur väl insatsen är utförd utifrån planering och beslut och hur insatsen påverkat individens upplevelse av livskvalitet. Sådana frågor kan avse bemötande, information och hur lätt det är att kontakta personalen, möjlighet att påverka och vara delaktig samt hur insatserna genomförts. Även den fasta omsorgskontakten bör involveras i uppföljningen. Genom sin kännedom om personen har den fasta omsorgskontakten viktig information till biståndsbedömarens uppföljning, inte minst utifrån resultat av uppföljning av genomförandeplanen. Även andra yrkesgrupper kan ha viktig information för uppföljningen, t.ex. hälso- och sjukvårdspersonal som deltar i vården av personen.

En uppföljning bör också omfatta personens och i förekommande fall anhörigas eller andra närståendes uppfattning om insatsens kvalitet.

Hur ett enskilt beslut ska följas upp behöver bestämmas med utgångspunkt i vilken typ av insats det gäller och hur länge den ska pågå. Att använda standardiserade bedömningsmetoder såsom Individens behov i centrum (IBIC) och Behov av stöd (BAS) vid utredningen och därefter vid uppföljning av insatserna skapar förutsättningar för att kunna följa hur personens situation förändrats från utgångsläget.

Bestämmelsen ställer inte upp något krav på med vilken frekvens uppföljningar behöver göras. Det är upp till kommunen att fastställa det i sina lokala riktlinjer och rutiner.

24 § *Socialnämnden ska senast den 1 mars varje år upprätta en kvalitetsberättelse för äldreomsorgen.*

En kvalitetsberättelse ska innehålla en redogörelse för

1. hur arbetet med att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten inom äldreomsorgen har bedrivits,

2. vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra äldreomsorgens kvalitet, och

3. vilka resultat som uppnåtts.

Socialnämnden ska ta del av kvalitetsberättelsen tillsammans med de patientsäkerhetsberättelser som ska upprättas enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659) som avser hälso- och sjukvård inom nämndens ansvarsområde.

Kvalitetsberättelsen och patientsäkerhetsberättelserna ska utgöra underlag för nämndens arbete med att utveckla och säkra äldreomsorgens kvalitet.

Paragrafen behandlas i avsnitt 7.3.13.

I paragrafens *första stycke* ställs krav på socialnämnden att upprätta en kvalitetsberättelse årligen som redogör för kvalitetsarbetet. Kvalitetsberättelsen ska beskriva hur arbetet med att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten inom äldreomsorgen har bedrivits, vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra äldreomsorgens kvalitet, och vilka resultat som uppnåtts.

Bestämmelsen reglerar inte i detalj vad kvalitetsberättelsen ska innehålla eller omfatta. Ett systematiskt kvalitetsarbete behöver dock omfatta vad som framkommit vid riskanalyser, egenkontroll och utredningar av avvikelser, utredningar om missförhållanden och lex Sarahrapportering i enlighet med 14 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453) och klagomål på verksamheten. Kvalitetsberättelser kan redogöra för kommunens resultat i Socialstyrelsens öppna jämförelser och egna brukarundersökningar samt deras förändring över åren. Vidare är domar som gått nämnden emot och icke verkställda beslut viktiga områden att beskriva för att kunna bedöma och förbättra kvaliteten i verksamheten.

I kvalitetsberättelsen kan även kommunens egna mål, särskilda satsningar och prioriterade områden för utveckling beskrivas och följas upp.

I paragrafens *andra stycke* anges att socialnämnden som har huvudmannaansvar för såväl den sociala omsorgen som hälso- och sjukvård ska ta del av kvalitetsberättelserna tillsammans med de patientsäkerhetsberättelser som ska upprättas och som avser hälso- och sjukvård inom nämndens ansvarsområde. Syftet är att socialnämnden ska få en bild av hur helheten med vård och omsorg fungerar sammantaget. Patienssäkerhetsberättelser ska upprättas av varje vårdgivare. Dessa ska enligt bestämmelsen i patientsäkerhetslagen hållas tillgängliga.

I paragrafens *tredje stycke* anges att kvalitetsberättelsen och patientsäkerhetsberättelserna ska utgöra ett underlag för nämndens arbete med att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Det görs lämpligen genom att förbättringsområden identifieras och mål och strategier för kommande års utvecklings- och förbättringsarbete sätts upp.

Nationella minoriteter

25 § *Kommunen ska verka för att det finns tillgång till personal med kunskaper i finska, jiddisch, meänkieli, romani chib eller samiska där detta behövs i äldreomsorgens omvårdnad.*

En kommun som ingår i ett förvaltningsområde ska erbjuda den som begär det möjlighet att få hela eller en väsentlig del av den service och omvårdnad som erbjuds inom ramen för äldreomsorgen av personal som behärskar finska, meänkieli respektive samiska.

En kommun som inte ingår i något förvaltningsområde ska erbjuda den som begär det möjlighet att få hela eller en väsentlig del av den service och omvårdnad som erbjuds inom ramen för äldreomsorgen av personal som behärskar finska, jiddisch, meänkieli, romani chib eller samiska, om kommunen har tillgång till personal med sådana språkkunskaper. Detsamma gäller för en kommun som ingår i ett förvaltningsområde för ett visst språk vad gäller övriga språk.

Paragrafen behandlas i avsnitt 7.3.17.

Bestämmelsen motsvarar bestämmelserna i 18 och 18 a §§ lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk, förkortad minoritetslagen, och 5 kap. 6 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453). De bestämmelserna upphävs. Förarbeten till bestämmelsen i SoL finns i prop. 2008/09:158, s. 98 ff. och s. 137 och

prop. 2017/18:199, s. 100. Förarbeten till bestämmelserna i minoritetslagen finns i prop. 2017/18:199, s. 63 ff. och s. 96 ff.

26 § *Kommunen ska inom ramen för sådan omsorg som erbjuds enligt 25 § beakta personers behov av att upprätthålla sin kulturella identitet.*

Paragrafen behandlas i avsnitt 7.3.17.

Bestämmelsen motsvarar bestämmelsen om nationella minoriteter i 18 b § lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk. Den bestämmelsen upphävs. Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 20017/18:199, s. 63 ff. och s. 97.

27 § *Kommunen ska informera den som ansöker om bistånd inom ramen för äldreomsorgen om möjligheterna till sådan service och omvårdnad som anges i 25 §.*

Paragrafen behandlas i avsnitt 7.3.17.

Bestämmelsen motsvarar bestämmelsen om nationella minoriteter i 18 c § lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk. Den bestämmelsen upphävs. Förarbeten till bestämmelsen finns i 20017/18:199, s. 63 ff. och s. 97.

Nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen

28 § *En nationell ordning för kvalitetsutveckling ska gälla för äldreomsorgen. Den ska närmare ange äldreomsorgens uppdrag och innehåll samt de mål och bestämmelser för genomförande som ska gälla för äldreomsorgen. Ordningen för kvalitetsutveckling ska utformas utifrån bestämmelserna i socialtjänstlagen (2001:453) och denna lag.*

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela närmare föreskrifter om innehållet i den nationella ordningen för kvalitetsutveckling.

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 7.3.18.

I paragrafens *första stycke* regleras att det ska finnas en ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen, förkortad NOK. NOK ska närmare ange äldreomsorgens uppdrag och innehåll. Att NOK ska utformas utifrån bestämmelserna i SoL och äldreomsorgslagen innebär att NOK ska innehålla bestämmelser om verkställigheten till de

nämnda lagarna som förtydligar och preciserar lagstiftningens krav, utan att det tillförs några väsentligt nya åligganden för kommuner eller andra utförare.

NOK är ett regelverk som ska bidra till en långsiktig förbättring av och en höjd kvalitet i äldreomsorgen.

I paragrafens *andra stycke* finns en upplysning om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela verkställighetsföreskrifter om innehållet i den nationella ordningen för kvalitetsutveckling.

11.2 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

8 a §

Vid tillämpningen av 8 § ska regionen särskilt se till att uppsökande verksamhet bedrivs bland dem som

1. omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, eller

2. har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som

a) omfattas av en kommuns ansvar för primärvård enligt 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30),

b) får primärvård i ordinärt boende, eller

c) är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård eller omsorg som personer som omfattas av 2 a eller 2 b ovan.

Regionen ska också se till att nödvändig tandvård erbjuds patienter som avses i första stycket.

Regionen ska vidare se till att tandvård kan erbjudas

1. dem som har behov av särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid, och

2. dem som har stora behov av tandvård på grund av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.

Paragrafen har endast ändrats språkligt, se avsnitt 8.5.1.

I *första stycket* har en språklig ändring gjorts med anledning av begreppsförändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Ändringen innebär att begreppet hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård)

har ersatts med primärvård i ordinärt boende. *Andra och tredje stycket* är oförändrade.

11.3 Förslag till ändring i lagen (1990:1402) om övertagande av vissa sjukhem och sjukvårdsinrättningar

3 §

Sjukhem och andra vårdinrättningar, som övertagits av kommunerna med stöd av denna lag, skall anses som sådana boendeformer som anges 8 § andra stycket äldreomsorgslagen (2024:000).

Paragrafen har anpassats till förslaget till äldreomsorgslag genom att hänvisningen till 5 kap. 5 § andra stycket har ändrats till 8 § andra stycket äldreomsorgslagen (2024:000), se kommentaren till 8 § andra stycket äldreomsorgslagen.

11.4 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

2 kap.

7 §

När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om kommunen eller regionen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål och planen ska följas upp löpande.

Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

1. vilka insatser, inklusive förebyggande och rehabiliterande insatser, som behövs,

2. vilka insatser respektive huvudman ska svara för,

3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller regionen,

4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen, och

5. vad målet med insatserna är utifrån den enskildes perspektiv.

Ändringen behandlas i avsnitt 8.6.2.

Det framgår numera av *första styckets sista mening* att planen ska följas upp löpande. Tillägget är nytt men innebär ingen ändring i sak jämfört med tidigare (jfr prop. 2016/17:106 s. 51 f och s. 72). *Andra stycket* är oförändrat. I *tredje stycket första punkten* har förtydligats att förebyggande och rehabiliterande insatser också ska planeras. *Andra – fjärde punkterna* är oförändrade, förutom en mindre redigering med anledning av att paragrafen har fått en ny femte punkt. Av en ny *femte punkt* framgår att insatserna ska planeras utifrån målet med dem ur den enskildes perspektiv. Det innebär t.ex. att hänsyn så långt möjligt ska tas till den enskildes preferenser i syfte uppnå en personcentrerad vård och omsorg. Syftet är att insatserna ska utformas i dialog med den enskilde.

Motsvarande ändringar har gjorts i 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

2 a kap.

4 §

En kommun behåller ansvaret för stöd och hjälp åt en enskild som till följd av ett beslut av kommunen vistas i en annan kommun i

1. familjehem enligt 6 kap. denna lag eller 9 § 8 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,

2. hem för vård eller boende eller i stödboende enligt 6 kap.,

3. särskild boendeform för äldre människor enligt 8 § andra eller tredje stycket äldreomsorgslagen (2024:000) eller 7 kap. 1 § första stycket 2,

4. bostad med särskild service enligt 5 kap. 7 § tredje stycket eller 7 kap. 1 § första stycket 2,

5. bostad med särskild service eller annan särskilt anpassad bostad enligt 9 § 8 eller 9 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, eller

6. annat boende, om det inte är klarlagt vilken kommun som är den enskildes bosättningskommun.

Paragrafen har anpassats till äldreomsorgslagen genom att i *punkt 3* ändras hänvisningen till 5 kap. 5 § andra eller tredje stycket till 8 § andra eller tredje stycket äldreomsorgslagen (2024:000), se kommentaren till 8 § andra och tredje styckena äldreomsorgslagen.

4 kap.

2 a §

Socialnämnden får utan föregående behovsprövning erbjuda hemtjänst till äldre personer.

Ett sådant erbjudande förutsätter att den äldre personen har informerats om:

1. i vilken utsträckning och på vilket sätt han eller hon kan påverka utförandet av insatserna,

2. på vilket sätt kommunen följer upp insatserna, och

3. rätten att alltid kunna ansöka om bistånd enligt 1 §.

Kommunen ska följa upp insatserna med utgångspunkt i kommunens riktlinjer, insatsernas kvalitet enligt 3 kap. 3 § denna lag och värdegrunden i 5 § andra stycket äldreomsorgslagen (2024:000).

Paragrafen har anpassats till äldreomsorgslagen genom att i *andra stycket* ändras hänvisningen till 5 kap. 4 § socialtjänstlagen (2001:453) till 5 § andra stycket äldreomsorgslagen (2024:000), se kommentaren till 5 § andra stycket äldreomsorgslagen. Stycket har även kompletterats med att 3 kap. 3 § gäller denna lag i förtydligande syfte.

2 b §

Den som har hemtjänst med stöd av 1 eller 2 a § ska erbjudas en fast omsorgskontakt, om det inte bedöms vara uppenbart obehövligt.

Den fasta omsorgskontakten ska tillgodose den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, individanpassad omsorg och samordning när hemtjänstinsatsen verkställs.

Första stycket gäller inte den som omfattas av äldreomsorgslagen (2024:00). I den lagen finns bestämmelser om fast omsorgskontakt i äldreomsorg.

Paragrafen behandlas i avsnitt 7.3.12.

Första stycket är oförändrat.

Andra stycket är nytt och undantar personer som omfattas av äldreomsorg från bestämmelsens tillämpning. En motsvarande bestämmelse finns i äldreomsorgslagen, se kommentaren till 22 § äldreomsorgslagen (2024:000).

5 kap.

10 §

Socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar eller stödjer en närstående som är långvarigt sjuk eller som har funktionsnedsättning.

Paragrafen behandlas i avsnitt 7.3.16.

Paragrafen är en följdändring av att bestämmelsen, i den del som avser stöd till personer som vårdar eller stödjer en äldre person, flyttas till äldreomsorgslagen.

Lydelsen ändras till den som ”vårdar eller stödjer en närstående”. Ingen ändring i sak avses. Vid genomförande av bestämmelsen användes begreppen vård, stöd och hjälp utan åtskillnad i förarbetena, se prop. 1996/97:194, s. 130 f. och prop. 2008/09:82, 5 f. Benämningen funktionshinder är ersatt av funktionsnedsättning, i enlighet med modernt språkbruk.

7 kap.

1 §

Ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ får inte utan tillstånd av Inspektionen för vård och omsorg yrkesmässigt bedriva

1. verksamhet i form av stödboende eller hem för vård eller boende enligt 6 kap.,

2. verksamhet i form av boenden som motsvarar dem som avses i 5 kap. 7 § tredje stycket denna lag eller 8 § andra och tredje styckena äldreomsorgslagen (2024:000),

3. verksamhet i form av hem för viss annan heldygnsvård,

4. verksamhet i form av hem eller öppen verksamhet för vård under en begränsad del av dygnet, oavsett var verksamheten bedrivs,

5. verksamhet som har till uppgift att till socialnämnden föreslå familjehem och jourhem till barn samt som lämnar stöd och handledning till sådana hem som tar emot barn, eller

6. hemtjänst.

Kommun och region som driver verksamhet som avses i första stycket 1–4 och 6 ska anmäla denna verksamhet till Inspektionen för vård och omsorg innan verksamheten påbörjas.

Paragrafen har anpassats till äldreomsorgslagen genom att i *punkt 2* ändras hänvisningen till 5 kap. 5 § andra och tredje styckena socialtjänstlagen (2001:453) till 8 § andra och tredje styckena äldreomsorgslagen (2024:000). Se kommentaren till 8 § andra och tredje styckena äldreomsorgslagen. Punkten har även kompletterats med att 5 kap. 7 § tredje stycket gäller denna lag i förtydligande syfte.

8 kap.

2 §

Kommunen får enligt grunder som kommunen bestämmer ta ut skäliga avgifter som inte överstiger kommunens självkostnader i följande fall:

1. familjerådgivning,

2. verksamhet för barn och unga enligt 5 kap. 1 § som inte är stöd- och hjälpinsatser av behandlingskaraktär,

3. föräldrautbildning inför adoption,

4. hemtjänst,

5. dagverksamhet,

6. bostad i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 7 § tredje stycket denna lag eller 8 § andra och tredje styckena äldreomsorgslagen (2024:000) och som inte omfattas av 12 kap. jordabalken, och

7. annan liknande social tjänst.

I fråga om avgifter för hemtjänst, dagverksamhet och bostad i särskilt boende finns ytterligare bestämmelser i 3–9 §§.

Paragrafen har anpassats till äldreomsorgslagen genom att i *punkt 6* ändras hänvisningen till 5 kap. 5 § andra och tredje styckena socialtjänstlagen (2001:453) till 8 § andra och tredje styckena äldreomsorgslagen (2024:000), se kommentaren till 8 § andra och tredje styckena. Punkten har även kompletterats med att 5 kap. 7 § tredje stycket gäller denna lag i förtydligande syfte.

11 kap.

8 §

I ärenden hos socialnämnden som avser myndighetsutövning mot någon enskild tillämpas följande bestämmelser i förvaltningslagen (2017:900):

– 10 § om partsinsyn,

– 11 och 12 §§ om åtgärder om handläggningen försenas,

– 23 § om utredningsansvaret,

– 24 § om när man får lämna uppgifter muntligt,

– 25 § om kommunikation,

– 31 § om dokumentation av beslut,

– 32 § om motivering av beslut,

– 33 och 34 §§ om underrättelse om innehållet i beslut och hur ett överklagande går till, och

– 36 § om rättelse av skrivfel och liknande.

Bestämmelserna i 10 och 25 §§ förvaltningslagen tillämpas dock inte i fråga om uppgifter som rör någon annan sökande i ett ärende om ett sådant boende som avses i 5 kap. 7 § tredje stycket denna lag eller 8 § andra och tredje styckena äldreomsorgslagen (2024:000) eller om någon annan liknande social tjänst.

Vad som sägs i första stycket gäller också när det är fråga om en ansökan eller ett yttrande till en annan myndighet i ett mål eller ärende som rör myndighetsutövning mot enskild hos denna.

Paragrafen har anpassats till äldreomsorgslagen genom att i *andra stycket* ändras hänvisningen till 5 kap. 5 § andra och tredje styckena socialtjänstlagen (2001:453) till 8 § andra och tredje styckena äldreomsorgslagen (2024:000), se kommentaren till 8 § andra och tredje styckena. Stycket har även kompletterats med att 5 kap. 7 § tredje stycket gäller denna lag i förtydligande syfte.

11.5 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:812)

6 kap.

2 a §

En fast vårdkontakt enligt 2 § ska utses i anslutning till att en patient skrivs in i kommunens primärvård, om det inte är uppenbart obehövligt.

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 8.6.3.

Regleringen innebär att verksamhetschefen som regel ska utse en sådan fast vårdkontakt enligt 2 § om patienten begär det, även om patienten inte själv begär en sådan, om det inte är uppenbart att patienten inte har behov av en sådan. Det klargörs därmed att det som regel finns behov av att utse en fast vårdkontakt när en person skrivs in i kommunens primärvård. Det är då normalt nödvändigt att det finns en utpekad person som har i uppgift att svara för att säkerställa bl.a. patientens behov av relationskontinuitet och att planera och samordna de insatser som patienten behöver från kommunens primärvård. En person anses inskriven i kommunens primärvård enligt denna bestämmelse, när ansvaret för personens primärvård (exklusive läkarinsatser) övergått till kommunen i enlighet med ansvarsfördelningen i 12 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Regleringen omfattar alla grupper av personer som ska eller kan få hälso- och sjukvård från kommunen, oavsett ålder eller vårdbehov. T.ex. personer som har kommunal primärvård i ordinärt boende eller som bor i ett särskilt boende enligt socialtjänstlagen (2001:453) eller äldreomsorgslagen (2024:000).

En fast vårdkontakt ska utses så snart enheten har fått möjlighet att bedöma vilka vårdbehov den enskilde har och vilken kompetens som är mest ändamålsenlig att den fasta vårdkontakten har mot bakgrund av dessa vårdbehov.

Det krävs starka skäl för att inte utse en fast vårdkontakt i kommunens primärvård. Det är endast i undantagsfall som det kan vara uppenbart att patienten inte har behov av en sådan funktion i kommunen. Bedömningen påverkas t.ex. av om patienten har flera vårdkontakter som behöver samordnas, lider av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning eller annars har särskilt behov av förebyggande eller rehabiliterande insatser.

4 §

För en enskild som har behov av både kommunens och regionens hälso- och sjukvård eller både hälso- och sjukvård och insatser från socialtjänsten ska en individuell plan upprättas under de förutsättningar som anges i 16 kap. 4 och 5 §§ hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 8.6.2.

Paragrafen har ändrats på så sätt att en individuell plan ska upprättas även i de fall när den enskilde endast har behov av hälso- och sjukvård från båda huvudmännen. Varje patient ska endast ha en individiduell plan. I bestämmelsen har även lagts till en hänvisning till nya 16 kap. 5 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) som klargör att personer som är inskrivna i kommunens primärvård som regel har behov av en sådan plan som avses i 16 kap. 4 § samma lag, eftersom ansvaret för primärvårdens tjänster är delat mellan kommun och region i dessa fall. Se även kommentaren till 16 kap. 5 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

11.6 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

4 kap.

4 §

Om en verksamhetschef enligt 2 § i kommunens primärvård inte har den kompetens och erfarenhet som krävs för att säkerställa en god och säker vård ska en kvalitetsansvarig för omvårdnad och en kvalitetsanvarig för rehabilitering utses för att stödja verksamhetschefen inom kompetensområdet.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om vilka uppgifter och vilken kompetens som krävs för att kunna säkerställa kvaliteten enligt första stycket inom kommunens primärvård.

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 8.8.2–8.8.3.

I bestämmelsens *första stycke* förtydligas att verksamhetschefen enligt 2 § är ansvarig för att verksamheten har de förutsättningar som krävs för att bedriva en god och säker vård på vårdgivarnivå. Om verksamhetschefen i kommunens primärvård inte har den medicinska kompetens och erfarenhet som krävs för att fullgöra de uppgifter som krävs för att säkerställa att verksamheten bedriver en god och säker vård, måste den utse en befattningshavare som har det och ge den i uppdrag att fullgöra uppgifter för att stödja verksamhetschefen i dess ansvar. Med kvalitetsansvarig avses den som är ansvarig för att fullgöra de uppgifter som är nödvändiga för att verksamheten ska kunna bedriva en god och säker vård. Vad som är god vård framgår av 5 kap. 1 §. Patientssäkerhetsfrågor regleras i patientsäkerhetslagen (2010:659). Verksamhetschefen kan inte delegera sitt ansvar för patientsäkerheten till en annan befattningshavare, men kan behöva få stöd inom kompetensområdet för att fullgöra sitt ansvar. Det är därför inte här fråga om en delegering av ansvar utan om ett uppdrag att fullgöra vissa uppgifter på verksamhetschefens vägnar. Ett sådant uppdrag innebär därför inte att verksamhetschefens ansvar för en god och säker vård flyttas till den som utses till kvalitetsansvarig för ett visst område. Det är vårdgivaren som ansvarar för att verksamhetschefen har den kompetens och tid som krävs för att säkerställa en god och säker vård. Regleringen gälla alla vårdgivare, oavsett driftsform.

Det finns inget hinder för en verksamhetschef som har efterfrågad kompetens att ändå utse en kvalitetsansvarig för omvårdnad respektive för rehabilitering.

Med kompetens inom omvårdnad avses sådan kompetens som en sjuksköterska har. För att vara kvalitetsansvarig för omvårdnad bör därför krävas att man är legitimerad sjuksköterska.

Med kompetens inom rehabilitering innefattas även kompetens om hjälpmedel. För att vara kvalitetsansvarig för rehabilitering bör därför krävas att man är legitimerad sjukgymnast, fysioterapeut eller arbetsterapeut.

Den som är kvalitetsansvarig bör få i uppdrag att fullgöra uppgifter som är givna inom respektive kompetensområde. De uppgifter som en kvalitetsansvarig för omvårdnad behöver fullgöra motsvarar till stora delar sådana uppgifter som en medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarade för enligt tidigare reglering. I uppgifterna ingår t.ex. att följa forskning och utveckling på området för att säkerställa

att patienterna får vård i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, att stödja klinisk hälso- och sjukvårdpersonal och omsorgspersonal med rutiner, riktlinjer och utbildningar som krävs för att säkerställa en god och säker vård. En central uppgift är att följa upp verksamheten och bidra till kvalitetsutveckling.

Den som är kvalitetsansvarig inom rehabilitering bör ansvara för liknande uppgifter inom rehabiliterings- och hjälpmedelsområdet. När uppdraget ges bör verksamhetschefen skriftligen ange vilka uppgifter som respektive ledningsfunktion ska fullgöra. Det bör göras i samråd med den som ska få uppdraget då det skiljer sig åt vilka uppgifter de kvalitetsansvariga kan ta ansvar för inom olika kompetensområden.

I *andra stycket* finns ett bemyndigande till regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att ta fram föreskrifter om vilka uppgifter som en ansvarig enligt 4 § förväntas ta ansvar för samt vilken kompetens som krävs för att fullgöra sådana uppgifter.

7 kap.

3 d §

I regionen ska det finnas en ledningsansvarig för huvudmannens planering, uppföljning och samordning av hälso- och sjukvårdsinsatser i kommunens primärvård.

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 8.8.5.

Av bestämmelsen framgår att det ska finnas en ledningsansvarig i varje region som ska ha i uppgift att säkerställa att regionen fullgör sitt huvudmannaansvar för tillgången till läkarinsatser och annan legitimerad personal för hälso- och sjukvård till personer som är inskrivna i kommunens primärvård. För att kunna samordna sådana insatser behöver den ledningsansvarige ha en central placering i regionen. Regleringen innebär att den ledningsansvarige ska fullgöra strategiska uppgifter, inte att den ska ha något kliniskt ansvar för läkarinsatserna.

I den ledningsansvariges uppdrag ingår att säkerställa att tillgången till läkare inom primärvården motsvarar patienternas behov och kraven på en god och säker vård. Det är regionens ansvar som huvudman som ska säkerställas. För att kunna säkerställa detta krävs

ett nära samarbete med den som är ledningsansvarig för kommunens primärvård på huvudmannanivå, se kommentaren till 11 kap. 4 §.

En central uppgift för den ledningsansvarige är att delta i planeringen och utvecklingen av det gemensamma hälso- och sjukvårdsuppdraget som huvudmännen har inom primärvården. Det kräver deltagande i arbetet med en gemensam plan för primärvården, se kommentaren till 16 kap. 1 a §, och att delta i annan central samverkan. Den ledningsansvarige ska även följa upp att utformningen och omfattningen av läkarresurserna i kommunens primärvård motsvarar patienternas behov och säkerställa att kraven efterlevs av såväl regionens som privata vårdgivare. I uppdraget ingår även att säkerställa att dessa patienter får likvärdig tillgång till regionens specialiserade vård.

En annan central uppgift för den som är ledningsansvarig är att samordna regionens läkarinsatser i kommunens primärvård. Det innebär att det ankommer på den att tillse att det finns läkare tillgängliga för patienter med kommunal primärvård. Det kan säkerställas t.ex. genom utformningen av de krav som ställs på vårdgivarens organisering, tillgänglighet, att dessa krav motsvarar patienternas vårdbehov etc. I uppdraget ingår också att säkerställa att vårdgivare organiserar sin verksamhet på ett sådant sätt att det är möjligt för patienter i kommunal primärvård att få en medicinsk bedömning av en läkare alla dagar i veckan, dygnet runt. Se även kommentaren till 13 a kap. 2–4 §§.

Det är till den ledningsansvarige enligt denna bestämmelse som kommunen ska kunna vända sig när vårdgivare tillfälligt saknas eller inte fullgör regionens skyldigheter enligt 13 a kap. eller andra bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen eller lokala avtal. Den ledningsansvarige ska då ha de mandat som krävs för att åtgärda bristen på läkarinsatser eller ersätta kommunen för dess kostnader för anlitande av läkare. Även i brådskande fall ska den ledningsansvarige i regionen kunna lösa tillgången genom att omlokalisera regionens resurser.

7 §

I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen samverka med kommuner, samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.

Paragrafen behandlas i avsnitt 8.5.2.

Paragrafen har ändrats och tydliggör nu att regionen i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården även ska samverka med kommunerna.

Motsvarande ändring har gjorts i 11 kap. 3 §.

8 kap.

8 §

Regionen får erbjuda läkemedel utan kostnad till den som får primärvård i ordinärt boende.

Ändringen behandlas i avsnitt 8.5.1.

I paragrafen har begreppet hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) ersatts med uttrycket primärvård i ordinärt boende, se även kommentaren till 12 kap. 2 §.

11 kap.

2 a §

Kommunen ska organisera sin primärvård så att vård kan ges nära enskilda som avses i 12 kap. 1–2 §§.

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 8.5.3.

Bestämmelsen innebär att kommunen ska organisera sin primärvård så att den uppfyller kraven på en nära vård. Regleringen gäller hela kommunens ansvarsområde, dvs. även för hälso- och sjukvårdsinsatser i dagverksamhet och i förekommande fall i s.k. trygghetsboenden om kommunen övertagit ansvaret för hälso- och sjukvård för dessa boenden. Med nära vård avses såväl geografiskt nära patienten som ett personcentrarat förhållningssätt till patienten (jfr. prop. 2019/2020:164 s. 10 f. och och regeringens överenskommelse med SKR om omställningen till en god och nära vård, 2022, s. 22 f.). En nära vård innebär att insatser utformas utifrån patienternas behov och förutsättningar. Det innebär t.ex. att medicinska insatser behöver anpassas till att den enskilde patientens vårdbehov kan förändras över tid. Att vården ges nära påverkar arbetssätt till en ökad person-

centrering och en mer proaktiv vård med fler förebyggande och rehabiliterande insatser.

Placeringen i 11 kap. innebär att kravet på att säkerställa att vården kan ges nära ingår i kommunens ansvar som huvudman. För att leva upp till sitt ansvar som huvudman behöver kommunen ställa krav på privata vårdgivare som kommunen anlitar så att även dessa organiserar sin verksamhet på ett sätt som stödjer ett personcentrerat arbetssätt.

En liknande reglering finns för regionens hälso- och sjukvård i 7 kap. 2 a §.

3 §

I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska kommunen samverka med regionen, samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.

Ändringen behandlas i avsnitt 8.5.2.

Paragrafen har ändrats och tydliggör nu att kommunen i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården även ska samverka med regionen.

Motsvarande ändring har gjorts i 7 kap. 7 §.

4 §

I kommunen ska det finnas en ledningsansvarig som kan säkerställa huvudmannens ansvar för planering, samordning och uppföljning av kommunens primärvård.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om kompetens och uppgifter för den person som avses i första stycket.

Paragrafen behandlas i avsnitt 8.8.4.

Paragrafens innehåll har ändrats helt. Tidigare reglering har upphävts och *första stycket* reglerar nu krav på att det ska finnas en ledningsansvarig för kommunens primärvård på huvudmannanivå i alla kommuner. Ansvaret skiljer sig därför från det ansvar som verksamhetschefen enligt 4 kap. 2 och 4 §§ har på vårdgivarnivå. Det uppdrag som den ledningsansvarige har fråntar inte någon annan

t.ex. ansvarig nämnd eller verksamhetschefen dess ansvar enligt lag eller annan författning.

Regleringen innebär att den ledningsansvarig enligt denna bestämmelse ska säkerställa att ansvarig nämnd i kommunen har tillgång till nödvändig medicinsk kompetens när beslut fattas som direkt eller indirekt kan beröra kommunens primärvård. Den ledningsansvarige ska verka för att det ansvar som kommunen har i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvård, uppfylls av kommunen. Den ledningsansvarige bör därför involveras i de forum och beslutsprocesser som kan beröra hälso- och sjukvårdsfrågor på en övergripande nivå. Regleringen innebär att den ledningsansvarige enligt denna bestämmelse ska bidra med ett hälso- och sjukvårdsperspektiv inför beslut i strategiska frågor i kommunen. Den ledningsansvarige bör t.ex. delta i beredningen av frågor som rör organisering, planering, samverkan och utveckling av hälso- och sjukvård eller i andra fall som på en övergripande nivå påverkar förutsättningarna för kommunens vårdgivare att bedriva en god och säker vård. Det gäller såväl när kommunen är vårdgivare som när privata vårdgivare anlitas. I arbetet ingår att följa upp hur kommunen fullgör sitt hälso- och sjukvårdsuppdrag.

En central uppgift bör även vara att ansvara för samordning mellan kommunens primärvård och socialtjänst samt mellan kommunens primärvård och regionens hälso- och sjukvård. I det arbetet ingår t.ex. arbetet med en gemensam plan för primärvårdens utformning och utveckling, men även annan intern och extern central samverkan. Den ledningsansvarige bör bl.a. utgöra en självklar deltagare i central samverkan med regionen om läkarinsatser och bedriva ett nära samarbete med den ledningsansvarige i regionen som avses i 7 kap. 3 d §. När läkarinsatser brister bör det vara naturligt att den ledningsansvarige i kommunen försöker lösa brister i samverkan med regionen eller i sista hand anlitar läkare om bristen inte åtgärdas av regionen i enlighet med 16 kap. 1 §.

Den ledningsansvarige bör utgöra en naturlig länk till andra samordningsfunktioner inom olika verksamhetsområden samt till kommunens högsta ledning på såväl tjänstemanna- som politisk nivå. Det kan t.ex. behövas i situationer av kris men även som kanal för att ta emot information om bristande förutsättningar på vårdgivarnivå.

För att kunna fullgöra uppgifterna behöver den ansvarige ha en central placering. Avsikten är att det endast ska finnas en ansvarig

för ledningen av primärvården i varje kommun. Bestämmelsen möjliggör dock en anpassning till lokal kontext. I mycket små kommuner finns inget hinder för att förena detta ansvar med kvalitetsansvar enligt 4 kap. 4 § om den ledningsansvarige har den kompetens som krävs för det. I större kommuner finns inget hinder för att t.ex. låta den ledningsansvarige leda en grupp med flera kompetenser, för att kunna samordna huvudmannaansvaret i kommunen.

De uppgifter som den ledningsansvarige ska fullgöra enligt denna bestämmelse utgör endast strategiska uppgifter. Det finns däremot inget som hindrar att samma person även fullgör kliniska uppgifter inom ramen för en annan tjänst.

Uppdraget som ledningsansvarig bör kräva att man är läkare eller sjuksköterska. Kommunen bör kunna avgöra vilken av dessa kompetenser som är mest ändamålsenlig utifrån kommunala hänsyn. Det bör även krävas specialistutbildning, gärna inom en relevant inriktning för de vårdbehov som är vanligt förekommande i kommunens primärvård.

Paragrafens *andra stycke* innehåller ett bemyndigande för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om kompetens och uppgifter för den som är ledningsansvarig på huvudmannanivå i kommunen enligt bestämmelsen i första stycket.

12 kap.

1 §

Kommunen ska erbjuda en god primärvård åt den som efter beslut av kommunen bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 8 § andra stycket äldreomsorgslagen (2024:000), 5 kap. 7 § tredje stycket eller motsvarande tillståndspliktig boendeform eller bostad som avses i 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453). Kommunen ska även i samband med dagverksamhet enligt 3 kap. 6 § samma lag erbjuda en god primärvård åt den som vistas i dagverksamheten.

Paragrafen behandlas i avsnitt 8.5.1.

Paragrafen har förtydligats på så sätt att det framgår av bestämmelsens ordalydelse att den hälso- och sjukvård som kommunen har ansvar för avser hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå.

Ändringen innebär ingen förändring i tidigare ansvarsfördelning mellan huvudmännen.

I paragrafen har även hänvisningen till 5 kap. 5 § andra stycket socialtjänstlagen (2001:453) ändrats till 8 § andra stycket äldreomsorgslagen (2024:000). Ändringen innebär ingen förändring i sak, se kommentaren till 8 § andra stycket äldreomsorgslagen (2024:000).

2 §

Kommunen får erbjuda den som vistas i kommunen primärvård i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 8 § tredje stycket äldreomsorgslagen (2024:000).

Paragrafen behandlas i avsnitt 8.5.1.

Paragrafen har förtydligats på så sätt att det framgår av bestämmelsens ordalydelse att den hälso- och sjukvård som kommunen har befogenhet att ta ansvar för avser hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå. Uttrycket hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) har tagits bort och ersatts med primärvård i ordinärt boende.

Ändringen innebär ingen förändring i tidigare ansvarsfördelning mellan huvudmännen.

I paragrafen har även hänvisningen till 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453) ändrats till 8 § tredje stycket äldreomsorgslagen (2024:000). Ändringen innebär ingen förändring i sak, se kommentaren till 8 § tredje stycket äldreomsorgslagen (2024:000).

3 §

Med undantag för vad som anges i 16 kap. 1 § andra stycket gäller vad som sägs i 1 och 2 §§ inte sådan primärvård som ges av läkare.

Ändringen behandlas i avsnitt 8.5.1.

Paragrafen har ändrats redaktionellt och språkligt. Ändringen innebär att det framgår av bestämmelsens ordalydelse att den hälso- och sjukvård som kommunen har ansvar för och befogenhet att ta ansvar för är på primärvårdsnivå.

4 §

Regionen får på framställning av en kommun inom regionen erbjuda läkemedel utan kostnad ur läkemedelsförråd till den som

1. bor i en sådan särskild boendeform som avses i 8 § andra stycket äldreomsorgslagen (2024:000), eller

2. får primärvård i ordinärt boende genom kommunens försorg.

Regionen svarar för kostnaderna för läkemedel som rekvireras till läkemedelsförråden.

Ändringen behandlas i avsnitt 8.5.1.

I paragrafens *första stycke* har en redaktionell och en språklig ändring gjorts. I punkten 1 har hänvisningen till 5 kap. 5 § andra stycket socialtjänstlagen (2001:453) ändrats till 8 § andra stycket äldreomsorgslagen (2024:000). Ändringen innebär ingen förändring i sak, se kommentaren till 8 § andra stycket äldreomsorgslagen (2024:000).

I punkten 2 har begreppet hemsjukvård ersatts med primärvård i ordinärt boende med anledning av begreppsförändring i fråga om kommunens hälso- och sjukvårdsansvar, se även kommentaren till 2 §.

Andra stycket är oförändrat.

13 a kap.

Regionens ansvar i kommunens primärvård

2 §

Regionen ska säkerställa att enskilda som är inskrivna i kommunens primärvård vid behov kan få en medicinsk bedömning av en läkare i primärvården dygnet runt.

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 8.7.5.

Bestämmelsen förtydligar att regionen som huvudman ska säkerställa att primärvården bemannas och organiseras så att personer som är inskrivna i kommunens primärvård och har behov av det kan få en medicinsk bedömning av en läkare i primärvården alla dagar i veckan, dygnet runt. Det innebär t.ex. att regionen behöver finansiera primärvården på ett adekvat sätt och ställa krav på vårdgivare att ha viss organisering eller daglig tillgänglighet som möjliggör detta

för dessa patientgrupper. I första hand bör verksamheten kunna planeras så att hembesök kan utföras på dagtid och på vardagar, men medicinska bedömningar måste även kunna utföras på kvällar helger om det behövs. Av regleringen följer även en skyldighet att läkarinsatser från primärvården ska vara tillgänglig dygnet runt för dessa patienter för att ta hand om brådskande behov. Med medicinska bedömningar avses i detta fall sådana bedömningar som kräver en läkares kompetens för att säkerställa att patienten får en hälso- och sjukvård av god kvalitet och som är patientsäker. Med primärvården avses här inte en organisatorisk enhet inom regionen utan vårdnivån oavsett hur den är organiserad i regionen.

Med kommunens primärvård avses primärvård enligt 12 kap. 1–2 §§. Med inskrivna i kommunens primärvård avses personer som bor i särskilda boenden enligt 12 kap. 1 § eller som får primärvård i ordinärt boende enligt 12 kap. 2 §. Vilka grupper det är kan variera mellan kommuner beroende på i vilken omfattning kommunen har tagit över ansvar för primärvård i ordinärt boende.

Det måste vara praktiskt möjligt att få en medicinsk bedömning av en läkare, när patienten har behov av det. Det kan t.ex. vara en förutsättning för att avgöra om den fortsatta vården kan ges i patientens boende eller om patienten behöver vård på vårdinrättning, och i så fall om det behöver ske omedelbart eller kan anstå till ett senare skede.

Bestämmelsen är teknikneutral. Tillgängligheten till läkare kan utformas på olika sätt utifrån den enskildes individuella behov i det enskilda fallet. Vårdbehovet i varje enskilt fall avgör om den medicinska bedömningen bör ske genom fysiska eller digitala patientbesök. Utgångspunkten för personer som är inskrivna i kommunens primärvård är att de inte själva eller med assistans kan ta sig till en vårdinrättning. De behöver därför normalt få insatserna utförda i sitt eget hem, oavsett om de bor i särskilt eller ordinärt boende. Bestämmelsen innebär att det behöver finnas möjlighet för läkare att göra medicinska bedömningar dagligen liksom möjlighet för handledning och konsultation till kommunens hälso- och sjukvårdspersonal, se även kommentaren till 4 §. Region och kommun ska planera utformningen av primärvården utifrån lokala förutsättningar, se 16 kap. 1 a §.

3 §

Regionen ska säkerställa att enskilda i anslutning till att de skrivs in i kommunens primärvård kan lista sig hos en vårdgivare som ansvarar för läkarinsatser till ett särskilt boende enligt 12 kap. 1 § eller ordinärt boende enligt 12 kap. 2 §.

Regionen får inte begränsa den enskildes val till endast denna vårdgivare.

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 8.7.2.

Bestämmelsens *första stycke* innebär att regioner vid organiseringen av läkarinsatser till personer som även får primärvård från kommunen, ska säkerställa att organiseringen av deras läkarinsatser bidrar till att hög tillgänglighet och relationskontinuitet uppnås för patienterna. Avsikten är att endast en vårdgivare ska ansvara för ett visst särskilt boende eller ett visst s.k. hemsjukvårdsområde (ansvarsområde för primärvård i ordinärt boende).

Bestämmelsen innebär att det måste finnas en möjlighet för berörda patienter att välja att lista sig hos en utförare i primärvården, som har ett exklusivt läkaruppdrag kopplat till ett boende.

Vad som avses med uttrycket inskriven i kommunens primärvård framgår av kommentaren till 2 §.

Då regionen är skyldig att lämna ett sådant erbjudande enligt den aktuella bestämmelsen spelar det ingen roll om patienten tidigare samma år redan har utnyttjat alla sina tillfällen att lista om sig. Av *andra stycket* framgår att regionen inte får begränsa patientens val till enbart denna vårdgivare, i andra fall än om patienten redan har utnyttjat sin rätt att lista om sig under året, (se prop. 2021/22:72 *Ökad effektivitet i primärvården – en primärvårdsreform*).

Den enskilde bör informeras om vad det särskilda läkaruppdraget innebär då det kan vara en fördel för patienten att få en högre tillgänglighet till en fast läkarkontakt hos den vårdgivaren se kommentaren till 4 §. Samtidigt bör patienten få information om möjligheten att behålla en tidigare fast läkarkontakt som den är nöjd med i stället för att lista om sig.

4 §

Regionen ska säkerställa att den vårdgivare som avses i 3 § har fasta läkarkontakter som kan vara tillgängliga för,

1. planerad och oplanerad medicinsk bedömning och behandling, planering och samordning av patienternas vård, och

2. handledning och viss fortbildning av kommunens hälso- och sjukvårdspersonal.

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 8.7.3.

Bestämmelsen klargör vad som ska ingå i det särskilda läkaruppdraget hos den vårdgivaren som avses i 3 §. Det ankommer på regionen att genom kravställning säkerställa att de vårdgivare som avses i 3 § har läkare som kan vara tillgängliga för att fullgöra de uppgifter som krävs enligt uppdraget på ett sätt som svarar mot patientgruppens behov.

I *första punkten* regleras patientrelaterade uppgifter för de som är fasta läkarkontakter. Med planerade medicinska bedömningar avses de läkarbesök som planeras i förväg utifrån patientens vårdbehov. Det kan vara t.ex. regelbunden rond och läkarbesök efter individuella behov, hälsosamtal samt läkemedelsgenomgångar i enlighet med gällande bestämmelser. Dessa bör framgå av patientens individuella plan enligt 16 kap. 4 § och annan vårdplanering. Avsikten med dessa läkarbesök bör vara att följa upp patientens vårdbehov med jämna intervall utifrån vad som är lämpligt i det enskilda fallet. Med oplanerade medicinska bedömningar avses vårdbehov som förvärras eller uppstår plötsligt och som inte kan anstå till ett planerat läkarbesök. Det kan t.ex. vara läkarbesök i mer brådskande vårdsituationer som inte måste tas om hand på en akutmottagning.

Med planering och samordning avses det arbete som generellt ankommer på en fast läkarkontakt bl.a. att vara tillgänglig för att delta i planering och samordning av varje patients vård. I planeringen ingår att avgöra med vilken frekvens patienten ska omfattas av regelbunden rond, om det finns behov av läkarbesök, hur brådskande vårdbehov ska tas om hand, att följa upp hur insatserna fungerar för patienten etc. I största möjliga utsträckning bör planeringen innebära att läkarinsatser kan ges av patientens fasta läkarkontakt på vardagar på dagtid. Av 2 § framgår att det övrig tid ska finnas tillgång till en anpassad jour för brådskande behov som uppstår mer oväntat.

Så länge tillgängligheten eller relationskontinuiteten inte försämras för patienten finns inget som hindrar att regionen preciserar närmare vad som förväntas av läkarinsatsen i kommunens primärvård. Med hänsyn till patienternas generella vårdbehov är omfattande är det däremot inte lämpligt att i förväg ange hur mycket tid som läkarinsatsen får ta i anspråk.

Läkarbesök till patienter med kommunal primärvård ska som regel ske i patientens eget hem såvida inte patienten själv föredrar att besöka vårdinrättningen. Läkaren ska ha förutsättningar att göra fysiska hembesök, men får även erbjuda digitala läkarbesök om det är ändamålsenligt i det enskilda fallet.

Bestämmelsen innebär att regionen ska säkerställa att vårdgivaren har de förutsättningar som krävs för att fasta läkarkontakter kan finnas tillgängliga för att kunna ta hand om patienternas behov av vård, varje dag. Det innebär att den som är fast läkarkontakt behöver kunna avsätta viss tid för dessa patientgrupper varje dag som läkaren arbetar, se även 2 §.

Läkaren ska finnas tillgänglig för medicinska bedömningar och medicinska behandlingar på primärvårdsnivå.

I *andra punkten* regleras att läkaren även ska vara tillgänglig för handledning av kommunens hälso- och sjukvårdspersonal. Med uttrycket handledning avses konsultation och rådgivning av olika slag, i såväl patientrelaterade som icke patientrelaterade frågor. Läkare hos den särskilda vårdgivaren som avses i 3 § ska även ansvara för viss fortbildning som kräver läkarkompetens. Det kan vara fråga om information och utbildningsinsatser för kompetensöverföring mellan olika professioner liksom nödvändig fortbildning som läkare behöver stå för till kommunens personal. Detta fråntar inte kommunen eller en privat vårdgivare dess arbetsgivaransvar för personalens kompetensutveckling.

Kommunens primärvård

5 §

Kommunen ska säkerställa att enskilda som är inskrivna i kommunens primärvård vid behov kan få en medicinsk bedömning av en sjuksköterska dygnet runt.

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 8.6.1.

Bestämmelsen innebär att kommunen som huvudman är skyldig att säkerställa att organiseringen och bemanningen av sjuksköterskor hos vårdgivare i kommunens primärvård medför att det finns sjuksköterskor tillgängliga alla dagar i veckan, dygnet runt, i den omfattning och på det sätt som krävs för att möta de vårdbehov som patienter har i kommunens primärvård. Med inskriven i kommunens primärvård avses de som bor i särskilda boenden som avses i 12 kap. 1 § eller får primärvård i ordinärt boende i enlighet med 12 kap. 2 §.

Den tekniska utvecklingen medför att vissa medicinska bedömningar och behandlingar kan ske digitalt. Om en patient t.ex. behöver tillgång till sjuksköterska på plats dygnet runt måste det finnas förutsättningar att få det. Vårdbehovet i varje enskilt fall avgör om den medicinska bedömningen bör ske genom fysiska eller digitala patientbesök. Regleringen påverkar både hur kommunen organiserar sin egen primärvård och hur kommunen ställer krav på sådana särskilda boenden som bedrivs i privat regi.

Med medicinska bedömningar avses i detta fall sådana bedömningar som kräver en sjuksköterskas kompetens för att säkerställa att patienten får en hälso- och sjukvård av god kvalitet och som är patientsäker. Om en sjuksköterska bedömer att en patient behöver insatser som går utöver hens kompetensområde är hen i enlighet med det yrkesansvar som gäller all hälso- och sjukvårdspersonal i enlighet med 6 kap. 2 § patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldig att kontakta läkare eller annan nödvändig hälso- och sjukvårdspersonal.

Av bestämmelsen i patientsäkerhetslagen (2010:659) följer att sjuksköterskor ska ha förutsättningar att själv utföra medicinska behandlingar på plats inom sitt kompetensområde.

Av 6 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659) följer att sjuksköterskor endast får delegera arbetsuppgifter som utgör hälso- och sjukvård till någon annan om den personen har de förutsättningar som krävs för att fullgöra uppgiften så att kraven på god och säker vård efterlevs.

Bemanningen av sjuksköterskor i kommunens primärvård bör särskilt anpassas till vårdbehoven hos dem som är inskrivna i kommunens primärvård.

6 §

Kommunen ska säkerställa att enskilda som är inskrivna i kommunens primärvård kan få en fast vårdkontakt i kommunen.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om uppgifter och kompetens för personer som avses i första stycket.

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 8.6.3.

Bestämmelsens *första stycke* innebär att det som regel ska utses en fast vårdkontakt i anslutning till att en person skrivs in i kommunens primärvård. En motsvarande bestämmelse finns i 6 kap. 2 a § patientlagen (2014:821).

De allra flesta patienter som har skrivits in i kommunal primärvård har ett så omfattande vård-, planerings- eller samordningsbehov att de behöver en fast vårdkontakt. Det kan däremot t.ex. vara uppenbart obehövligt med en fast vårdkontakt om en patient tillfälligt får primärvård i ordinärt boende men utan att ha något större behov av samordning och planering av olika vårdinsatser.

Vem som bör fullgöra funktionen i det enskilda fallet bör beslutas i nära anslutning till att en person skriv in i kommunens primärvård.

Funktionen bör ansvara för att planera och samordna de insatser som patienten behöver från olika aktörer samt hålla patient och anhöriga eller andra närstående informerade om planerade insatser. Den bör också så långt möjligt vara den som utför insatserna inom sitt kompetensområde. I planeringen ingår att följa upp hur kommunens insatser fungerar för patienten. Samordningen ska ske tillsammans med andra aktörer, t.ex. patientens fasta läkarkontakt och i förekommande fall fasta omsorgskontakt, biståndshandläggare samt anhöriga eller andra närstående till patienten.

Funktionen bör även delta i och vid behov själv sammankalla till samordnad planering i enlighet med vad som följer av lagen om samverkan vid utskrivning från sluten vård patientens individuella plan.

I *andra stycket* finns en upplysning om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får ta fram närmare föreskrifter om vilka uppgifter och vilken kompetens en fast vårdkontakt i kommunen ska ha.

14 kap.

1 §

Regionen får till en kommun inom regionen överlåta skyldigheten att erbjuda primärvård i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 8 § tredje stycket äldreomsorgslagen (2024:000), om regionen och kommunen kommer överens om det. Överenskommelsen får inte avse ansvar för primärvård som ges av läkare. Överenskommelsen får även avse ansvar för sådana förbrukningsartiklar som avses i 8 kap. 9 §.

Regionen får lämna sådant ekonomiskt bidrag till kommunen som motiveras av överlåtelsen.

Paragrafen behandlas i avsnitt 8.5.1.

I paragrafens *första stycke* har en språklig ändring gjorts med anledning av begreppsförändring i fråga om kommunens hälso- och sjukvårdsansvar, se även kommentaren till 12 kap. 1–2 §§. Ändringen innebär att begreppet hemsjukvård har ersatts med primärvård i ordinärt boende. I paragrafen har även hänvisningen till 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453) ändrats till 8 § tredje stycket äldreomsorgslagen (2024:000), se kommentaren till 8 § tredje stycket äldreomsorgslagen (2024:000). Ändringen innebär ingen förändring i sak. *Andra stycket* är oförändrat.

2 §

Om samtliga kommuner inom en regions område ingår i en överlåtelse av ansvar för primärvård i ordinärt boende enligt 1 § och om det behövs för kostnadsutjämning mellan kommunerna, får kommunerna lämna ekonomiskt bidrag till varandra.

Paragrafen behandlas i avsnitt 8.5.1.

I paragrafen har en språklig ändring gjorts med anledning av begreppsförändring i fråga om kommunens hälso- och sjukvårdsansvar, se även kommentaren till 12 kap. 2 §. Ändringen innebär att uttrycket hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) har ersatts med primärvård i ordinärt boende.

16 kap.

1 §

Regionen ska till kommunerna inom regionen avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god primärvård i särskilt boende och i dagverksamhet enligt 12 kap. 1 §. Detsamma gäller primärvård i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 8 § tredje stycket äldreomsorgslagen (2024:453), om en kommun ansvarar för vården enligt 14 kap. 1 §.

Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter att tillhandahålla läkare enligt denna lag har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från regionen.

Paragrafen behandlas i avsnitt 8.7.1.

I första stycket har en språklig ändring gjorts med anledning av en begreppsförändring i fråga om kommunens hälso- och sjukvårdsansvar, se även kommentaren till 12 kap. 1–2 §§. Ändringen innebär inte någon förändring av regionens ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser inom den specialiserade vården till de personer som omfattas av den aktuella bestämmelsen. Paragrafen har vidare ändrats på så sätt att begreppet hemsjukvård har ersatts med primärvård i ordinärt boende. I paragrafen har hänvisningen till 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453) ändrats till 8 § tredje stycket äldreomsorgslagen (2024:000), se kommentaren till 8 § tredje stycket äldreomsorgslagen (2024:000). Ändringen innebär ingen förändring i sak.

Andra stycket har ändrats på så sätt att det som tidigare reglerades där har tagits bort och ersatts med en ny bestämmelse i 5 § om gemensam plan. I detta stycke regleras nu i stället vad som tidigare följde av tredje stycket. Regleringen har ändrats på så sätt att kommunen har rätt att anlita läkare på egen hand på regionens bekostnad om regionens vårdgivare inte uppfyller kraven på läkarinsatsen som följer av bestämmelserna i denna lag. Några av kraven preciseras i 13 a kap., men även brister i andra skyldigheter som följer av denna lag kan ge kommunen rätt att anlita läkare. Det gäller t.ex. om regionen inte lever upp till den allmänna behovsprincipen som följer av 3 kap. 1 §.

Kommunen bör ha tolkningsföreträde i fråga om regionen har fullgjort sina skyldigheter enligt denna lag eller inte. Det kan vara fallet om t.ex. kommunens patienter inte får en medicinskt bedöm-

ning av en läkare på begäran av kommunens sjuksköterska. Det kan vara fråga om såväl brister i tillgången till läkare i ett enskilt fall, som vid mer upprepade tillfällen över tid. Det bör ingå i de ledningsansvarigas uppgifter på huvudmannanivå att komma överens om en lämplig ordning för hur dessa situationer ska hanteras praktiskt, se 7 kap. 3 d § och 11 kap. 4 §.

1 a §

Regionen och kommunerna i regionen ska i en gemensam plan ange formerna för och utvecklingen av primärvården.

Planen ska följas upp årligen.

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 8.5.2.

Bestämmelsens *första stycke* innebär att huvudmännen är skyldiga att planera utformningen och utvecklingen av primärvården gemensamt. Regleringen ersätter delvis vad som tidigare följde av 1 § andra stycket om att huvudmännen skulle sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan. Se även närmare krav på omfattningen av och formerna för läkarinsatsen i 13 a kap. 2–4 §§.

Planeringen ska inte endast avse hur läkarinsatserna behöver utformas utan ska omfatta en gemensam plan för hur patienter som får primärvård från båda huvudmännen ska få tillgång till samtliga medicinska kompetenser inom primärvården.

Bestämmelsen innebär i princip att en plan ska finnas för varje kommun, men hindrar inte att kommuner väljer att samverka med närliggande kommuner och göra en gemensam planering för ett visst geografiskt område. Båda huvudmännen är ansvariga för planen. Planen ska säkerställa att patienter i området får tillgång till samtliga primärvårdstjänster, men överlåter till huvudmännen att bestämma hur hälso- och sjukvårdens resurser används mest effektivt. Det bör t.ex. framgå vilken huvudman som ska stå för dietister, farmaceuter och psykologer m.fl. primärvårdskompetenser.

Med utvecklingen av primärvården avses en gemensam plan för dess utveckling utifrån statliga och lokala reformer. Det kan t.ex. innefatta en gemensam strategi för hur man ska säkerställa en fast läkarkontakt till alla som har behov av det, hur kompetensförsörjningen ska säkerställas m.m.

I arbetet bör bl.a. de som är ledningsansvariga i kommunen och regionen delta, se kommentaren till 7 kap. 3 d § och 11 kap. 4. §.

Av *andra stycket* framgår att planen ska följas upp årligen.

4 §

När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, ska regionen tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan.

Planen ska upprättas om regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål och planen ska följas upp löpande.

Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

1. vilka insatser, inklusive förebyggande och rehabiliterande insatser, som behövs,

2. vilka insatser som respektive huvudman ska svara för,

3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än regionen eller kommunen,

4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen,

5. vad målet med insatserna är utifrån den enskildes perspektiv, och

6. i tillämpliga fall, hur förväntade framtida vårdbehov ska omhändertas.

Paragrafen behandlas i avsnitt 8.6.2.

Paragrafens *första och tredje styckena* är oförändrade. *Andra stycket* har ändrats på så sätt att det förtydligas en skyldighet att löpande följa upp planen (jfr prop. 2016/17:106, s. 51 f. och s. 72). Det innebär att patientens hälsotillstånd och hur de beslutade insatserna fungerar följs upp och att den individuella planen vid behov ändras. *Fjärde stycket* har förtydligats på så sätt att det framgår av *första punkten* att även förebyggande och rehabiliterande insatser ska ingå i planen. *Andra – fjärde punkterna* är oförändrade.

Femte punkten är ny. Regleringen innebär att man vid planeringen av olika insatser ska ta hänsyn till vad den enskilde har för mål med insatserna. *Sjätte punkten* är ny och anger att den individuella planen i vissa fall även ska ange hur framtida vårdbehov ska hanteras. Med förväntade framtida vårdbehov avses sådant tillstånd som kan förutses med stor säkerhet och därför bör omfattas av planeringen. Det kan t.ex. vara fråga om var den enskilde vill avsluta sin sista tid eller en plan för när och vilka palliativa insatser som ska påbörjas. Det kan även ange hur kommunens hälso- och sjukvårdspersonal ska hantera eventuella biverkningar eller mindre allvarliga åkommor eller agera vid ett visst förändrat hälsotillstånd, när kontakt med läkare eller annan profession ska tas osv. Det är personalen som arbetar med planeringen av vården som avgör om det finns behov att i det enskilda fallet planera även för förväntade förändringar i patientens vårdbehov.

5 §

En individuell plan enligt 4 § ska upprättas för enskilda som är inskrivna i kommunens primärvård, om det inte är uppenbart obehövligt.

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 8.6.2.

Bestämmelsen innebär att en sådan individuell plan som avses i 4 § som huvudregel ska upprättas för personer som är inskrivna i kommunens primärvård – se även kommentaren till 12 kap. 1–2 §§ om vilka som anses inskrivna i kommunens primärvård.

Med uppenbart obehövligt avses situationer då det är uppenbart att patienten inte har behov av några samordnade insatser eller insatserna är så begränsade att en plan inte behövs för samordningen, insatsernas kvalitet, patientsäkerheten eller patientens trygghet.

Särskilda yttranden

Särskilt yttrande av experterna Lisbeth Löpare Johansson och Greger Bengtsson

Vi delar utredningens analys att äldres vård och omsorg behöver förbättras och att äldres behov behöver prioriteras. Vi delar däremot inte det vägval mot ökad detaljstyrning som utredningen föreslår. Förslaget om en nationell ordning för kvalitetsutveckling av äldreomsorgen innebär en sådan ökad detaljstyrning genom att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer föreslås precisera hur lagstiftningen ska tolkas, bland annat genom bestämmelser om det genomförande som ska gälla för äldreomsorgen. Förslagen är en följd av utredningens direktiv.

Vi står i dag inför en demografisk utveckling med fler äldre och kommande brist på kompetens. Förslag som kräver utökad bemanning utan analys om möjligheten att realisera detta tillsammans med ökad detaljstyrning riskerar att låsa in äldreomsorgen i gamla arbetssätt.

För att nu och i framtiden kunna ge en bra äldreomsorg och hälso- och sjukvård är det i stället centralt att lägga kraften på att undanröja hinder för samverkan, använda digitaliserings möjligheter och utveckla nya personcentrerade och förebyggande arbetssätt.

Greger Bengtsson och Lisbeth Löpare Johansson,
Samordnare, SKR

Särskilt yttrande av experten Mari Huupponen

Jag anser att utredningen har gjort en korrekt analys av de problem som äldreomsorgen har och står inför. Jag instämmer med utredningens problembeskrivning och stödjer de förslag som tagits fram.

Mina invändningar gäller det som jag anser saknas: precisa, uppföljningsbara mål och krav och att det finns styrinstrument som främjar måluppfyllelse. Efterlevnaden av den nuvarande regleringen har visat sig vara låg. Detta beror på att dagens styrning av äldreomsorgen motverkar mål som en adekvat bemannad, kompetenssatt och resurssatt äldreomsorg. Det är min uppfattning att det krävs mer för att stoppa den negativa utvecklingen som kontinuerliga besparings- och vinstkrav i äldreomsorgen skapar.

Jag anser inte att utredningens förslag kan förväntas komma till rätta med brister i äldreomsorgen om de inte kompletteras med förslag på sådana styrinstrument. Därmed är det osannolikt att en äldreomsorgslag kan göra skillnad utan att kombineras med kontroll, insyn, tillsyn och hot om rättsföljder, när dagens styrning av äldreomsorgen snarare motverkar lagens intentioner.

Jag ser en tydlig regelstyrning i kombination med långsiktig finansiering, insyn och tillsyn som den enda vägen framåt. Tillräckligt med personal med rätt kompetens och trygga anställningar är en förutsättning för en vård och omsorg av god kvalitet. Jag önskar att utredningens förslag kompletteras med förslag på styrmedel som främjar måluppfyllelse och motverkar urholkningen av äldreomsorgens kvalitet.

Mari Huupponen,
Utredare, Kommunal

Särskilt yttrande från experten Marta Szebehely

Utredningen har tagit fram en problembeskrivning som jag delar till fullo. Jag är enig om att äldreomsorgens kvalitet behöver stärkas, att god omsorg förutsätter personalkontinuitet och att personalen måste ha tillräckligt med tid, handlingsutrymme och stöd från enhetschef. Jag stöder därför förslagen om adekvat bemanning, enhetschefers förutsättningar för aktivt och närvarande ledarskap, att kontinuitet, trygghet och säkerhet ska beaktas vid planering och organisering av verksamheten samt införandet av fast omsorgskontakt.

Jag är dock tveksam om förslagen kan lösa de identifierade problemen om inte lagförslagen kompletteras med en tydlig koppling mellan mål och uppföljningsbara kriterier, inte minst så att IVO har en möjlighet att följa upp och agera om kriterierna inte uppfylls. Det innebär även att jag vill se en förstärkning av IVOs resurser.

Utredningen föreslår att en årlig kvalitetsberättelse ska lämnas till socialnämnden. Här vill jag se uttryckliga krav i lagen på att rapporten ska innehålla uppgifter om reell bemanning, anställningsformer, utbildning, sjuktal och dylikt. Insyn i den faktiska personalsituationen är en förutsättning för att socialnämnden ska kunna ta ansvar för verksamheten.

Insyn är förutsättning för ett tydligt ansvarsutkrävande på såväl lokal som nationell nivå, och för detta krävs tillförlitlig personalstatistik. Utredningen konstaterar att i dag saknar Socialstyrelsen lagstöd för att samla in statistik över bemanning. Detta måste åtgärdas.

Marta Szebehely,
Professor emeritus, Stockholms universitet

Särskilt yttrande av experterna Christina Tallberg och Eva Eriksson

Vi står bakom utredningens förslag till nya bestämmelser för äldreomsorgen. Dessa skärpningar är angelägna för att höja kvaliteten.

Biståndsbedömning ska utgå ifrån goda levnadsförhållanden

Utredningsuppdraget borde inte ha begränsats av målparagrafen i nuvarande socialtjänstlag, där äldre endast tillförsäkras en ”skälig levnadsnivå”. Det är möjligen en rimlig målsättning för tillfälliga insatser, men inte tillräckligt för mottagare av äldreomsorg där stödet ofta är varaktigt och pågår livet ut. Ambitionsnivån i äldreomsorgen behöver höjas.

Utredningens förslag är en bra grund för en ambitionshöjning, eftersom den tydligt lyfter individuella behov som grund för bistånd. Vår uppfattning är att med goda levnadsförhållanden, uttryckt i lag, hade det varit enklare att biståndsbedöma insatserna och äldre hade fått större möjligheter till ett gott liv i äldreomsorgen.

Verksamheten ska utgå från vetenskap och beprövad erfarenhet

För den enskilde äldre ska sociala och medicinska bedömningar bilda en fungerande enhet. Därför borde äldreomsorgen, i likhet med hälso- och sjukvården, bedrivas i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En ny bestämmelse med denna innebörd skulle medföra stora vinster för äldreomsorgens kvalitet och därmed för de äldre som är beroende av dess insatser.

Christina Tallberg,
Ordförande, PRO
Pensionärernas riksorganisation

Eva Eriksson,
Förbundsordförande,
SPF pensionärerna

Särskilt yttrande av sakkunniga Linnea Englund Davidsson

Utredningen har på ett förtjänstfullt sätt redogjort för äldreomsorgens villkor samt beskrivit de behov och brister som äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården står inför i dag, såväl som framtidens utmaningar. Utredningen har med avstamp i denna beskrivning motiverat och tagit fram förslag i enlighet med direktiven, och för stora delar av förslagen gjort ett gediget arbete med att konsekvensutreda och kostnadsberäkna förslagens effekter.

Likväl saknas tillfredsställande konsekvensanalyser av vissa av utredningens förslag gällande stärkt medicinsk kompetens i kommuner, med avseende på ekonomiska effekter och kompetensförsörjning för berörda yrkesgrupper. Detta gäller framför allt förslagen 8.6.1 Medicinsk bedömning av sjuksköterska dygnet runt, 8.7.5 Medicinsk bedömning av läkare dygnet runt. Dessa förslag syftar till att ställa krav på tillgängligheten av medicinsk kompetens inom den kommunala primärvården genom reglering i författning, något som i dag hanteras genom avtal mellan kommuner och regioner.

Utredningen menar att ovan nämnda förslag enbart förtydligar vad som redan förväntas av kommuner och regioner enligt nuvarande bestämmelser, men som huvudmännen inte lever upp till, vilket motiverar att regleringen bör införas. Därmed innebär förslagen, enligt utredningen, inga nya åtaganden och medför således inte några nya kostnader för kommunerna. Därför har kostnadsberäkningar ej genomförts. Oaktat om förslagen innebär ett nytt åtagande eller ej, så förefaller dock slutsatsen att förslagen inte skulle få kostnadseffekter för kommuner och regioner teoretisk. En ny lagstiftning med krav på tillgång till medicinsk kompetens kommer sannolikt föranleda behov av ökade resurser hos kommunerna för att tillgodose kraven, med ökade kostnader till följd. Ett mer utvecklat resonemang kring sådana ekonomiska konsekvenser hade varit önskvärt för att fullt ut förstå effekterna av förslaget.

Vidare diskuteras kompetensförsörjningen av yrkesgrupperna sjuksköterskor och läkare i avsnitt 9.5.3. Utredningen konstaterar att förslagen sannolikt kommer att leda till omfördelningar av befintliga resurser till patienter i kommunal primärvård, men gör inga uppskattningar av omfattningen av förslagens effekter gällande sådana omfördelningar eller ökade resursbehov. Detta gör det svårt

att bedöma i vilken omfattning förslagen skulle påverka kompetensförsörjningen inom nämnda yrkesgrupper. En ansats till att uppskatta omfattningen av dessa effekter hade behövts för att kunna ta ställning till hur väl förslagen skulle bidra till att förbättra situationen och till priset av vilka potentiella risker och kostnader. Förslagen kommer styra om vårdresurser mot en viss patientgrupp och vårdnivå, vilket kan få betydande konsekvenser för kompetensförsörjningen inom vården i stort.

Sammantaget är det svårt att se hur en ökad detaljreglering gällande tillgång på medicinsk kompetens inte skulle leda till behov av ökad bemanning för att leva upp till kraven, och därmed ökade kostnader för kommunerna samt utmaningar med kompetensförsörjning för både kommuner och regioner. Det saknas även analys av hur förslagen kan påverka kommuner av olika storlek. Utan en uppskattning av effekternas omfattning är det svårt att fullt ut överblicka och bedöma konsekvenserna av dessa förslag.

Linnea Englund Davidsson,
Departementssekreterare, Finansdepartementet

Referenser

Författningar

Internationella konventioner

FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.

SÖ 1971:41, *Sveriges internationella överenskommelser, Internationell konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter*.

SÖ 1998:35, *Sveriges internationella överenskommelser, Europeisk social stadga (reviderad)*.

SÖ 2008:26, *Sveriges internationella överenskommelser, Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning*.

EU-rättsakter

Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna, (2010/C 83/02).

Lagar

Regeringsformen.

Lag (1993:387) *om stöd och service till vissa funktionshindrade m.fl*.

Lag (1993:584) *om medicintekniska produkter*.

Lag (1998:1656) *om patientnämndsverksamhet m.m*.

Socialtjänstlagen (2001:453).

Lag (2001:454) *om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten*.

Lag *(2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap*.

Lagen (2007:724) *om nationella minoriteter och minoritetsspråk.*

Patientdatalagen (2008:355).

Diskrimineringslagen (2008:567).

Lag (2008:962) *om valfrihetssystem*.

Lag (2009:47) *om vissa kommunala befogenheter*.

Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Socialförsäkringsbalken (2010:110).

Patientsäkerhetslagen (2010:659).

Patientlagen (2014:821).

Lag (2016:1145) *om offentlig upphandling*.

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Lag (2017:612) *om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård*.

Kommunallagen (2017:725).

Förordningar

Högskoleförordningen (1993:100).

Förordning (2001:637) *om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten*.

Socialtjänstförordningen (2001:937).

Förordning (2013:176) *med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.*

Förordningen (2015:155) *om statliga styrningen med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst*.

Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

Myndighetsföreskrifter

Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2007:17) *om personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser äldre*.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) *om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*.

Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12) *om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre*.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2014:5) *om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS*.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:10) *om förebyggande av och behandling vid undernäring.*

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) *om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården*.

Rättsfall m.m.

RÅ 1991 ref. 91.

HFD 2016 ref. 56.

Justitieombudsmannen, JO Dnr 252–2002.

Lagrådets yttrande, *Ny hälso- och sjukvårdslag*, 2017.

Propositioner och skrivelser m.m.

Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen nr 38 år 1957, *angående vissa frågor rörande åldringsvården.*

Prop. 1979/80:1, *om socialtjänst*.

Prop. 1979/80:2, *med förslag till sekretesslag m.m*.

Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*

Prop. 1990/91:14, *om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m*.

Prop. 1990/91:117, *om en ny kommunallag*.

Prop. 1992/93:159, *om stöd och service till vissa funktionshindrade*.

Prop. 1994/95:195, *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*

Prop. 1995/96:176, *Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården*.

Prop. 1996/97:124, *Ändring i socialtjänstlagen*.

Prop. 1997/98:82, *Europarådets sociala stadga.*

Prop. 1997/98:113, *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*.

Prop. 2000/01:80, *Ny socialtjänstlag m.m*.

Prop. 2002/03:20, *Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet*.

Prop. 2005/06:115, *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*.

Prop. 2008/09:74 *Vårdval i primärvården*.

Prop. 2008/09:82, *Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående*.

Prop. 2008/09:160, *Samlad och tydlig tillsyn av socialtjänsten*.

Prop. 2008/09:193, *Vissa psykiatrifrågor m.m*.

Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontrakt och förnyad medicinsk bedömning*.

Prop. 2009/10:80, *En reformerad grundlag*.

Prop. 2009/10:116, *Värdigt liv inom äldreomsorgen*.

Prop. 2011/12:159, *Ett utvidgat skydd mot åldersdiskriminering.*

Prop. 2012/13:20, *Inspektionen för vård och omsorg – en ny tillsynsmyndighet för hälso-och sjukvård och socialtjänst*.

Prop. 2012/13:175, *Vissa frågor om behörighet för personal i hälso- och sjukvården och socialtjänsten*.

Prop. 2013/14:106, *Patientlag*.

Prop. 2016/17:43, *En ny hälso- och sjukvårdslag*.

Prop. 2016/17:106, *Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård*.

Prop. 2016/17:171, *En ny kommunallag*.

Prop. 2017/18:83, *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti*.

Prop. 2017/18:105, *Ny dataskyddslag*.

Prop. 2017/18:106, *Förenklat beslutsfattande om hemtjänst för äldre*.

Prop. 2017/18:151, *En generell rätt till kommunal avtalssamverkan*.

Prop. 2017/18:199, *En stärkt minoritetspolitik*.

Prop. 2017/18:273, *Biståndsbedömt trygghetsboende för äldre*.

Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*.

Prop. 2020/21:175, *Stärkt kompetens i vård och omsorg – reglering av undersköterskeyrket*.

Prop. 2021/22:01, *Budgetpropositionen för 2022*.

Prop. 2021/22:72, *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform*.

Prop. 2021/22:116, *Fast omsorgskontakt i hemtjänsten.*

Prop. 2021/22:135, *Idéburen välfärd*.

Prop. 2021/22:177, *Sammanhållen vård och omsorgsdokumentation*.

Prop. 2021/22:181, *Justerade åldersgränser i pensionssystemet och i kringliggande system*.

Rskr, 1996/97:186, *Riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.

Skr. 2017/18:280, *Framtidens äldreomsorg – en nationell kvalitetsplan*.

Bet. 2020/21: FiU46, *Vissa ändringar i statens budget 2021 – Stöd till äldreomsorgen med anledning av coronaviruset*.

Bet. 2021/22:SoU24. *Angående fast omsorgskontakt inom hemtjänst*.

Riksdagsskrivelse 2021/22:269.

Statens offentliga utredningar

SOU 1999:97, *Socialtjänst i utveckling*.

SOU 2000:114, *Samverkan – Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet, m.m.*

SOU 2003:91, *Äldrepolitik för framtiden. 100 steg till trygghet och utveckling med en åldrande befolkning*.

SOU 2003:99, *En ny sekretesslag*.

SOU 2004:68, *Äldrevårdsutredningen.*

SOU 2008:51, *Värdigt liv i äldreomsorgen*.

SOU 2011:55, *Kommunaliserad hemsjukvård*.

SOU 2015:20, *Trygg och effektiv utskrivning från sluten vård*.

SOU 2015:80, *Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till vård, omsorg och forskning*.

SOU 2016:2, *Effektiv vård.*

SOU 2017:21, *Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg för äldre personer.*

SOU 2017:43, *På lika villkor! Delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen*.

SOU 2017:52, *Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer*.

SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*.

SOU 2019:20, *Stärkt kompetens i vård och omsorg*.

SOU 2020:14, *Framtidens teknik i omsorgens tjänst*.

SOU 2020:19, *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälsosystem*.

SOU 2020:36, *Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter.*

SOU 2020:47, *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag.*

SOU 2020:70, *Fast omsorgskontakt i hemtjänsten*.

SOU 2020:80, *Äldreomsorgen under pandemin.*

SOU 2021:52, *Vilja välja vård och omsorg – En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre*.

SOU 2022:6, *Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga.*

Departementsserien och promemorior

Ds 2022:4, *Ökade möjligheter till användning av välfärdsteknik inom äldreomsorgen*.

Förordningsdirektiv från Socialdepartementet (Fm: 2016:1), *Förordning om ändring i socialtjänstförordningen (2001:937).*

Socialdepartementets promemoria (S2022/02134), *Nationell anhörigstrategi inom hälso- och sjukvård och omsorg*, 2022.

Kommittédirektiv

Dir. 2019:37, *Översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst och hälso- och sjukvårdsverksamhet*.

Dir. 2020:142, *En äldreomsorgslag.*

Dir 2021:68 *Författningsberedskap inför framtida pandemier*.

Rapporter

Arbetsmiljöverket, *Första linjens chefer i vård och omsorg,* 2018.

Arbetsmiljöverket, *Projektrapport Äldreomsorgen 2017–2019*, 2020.

Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning (CHIS), *Konsumtion av digitala och fysiska besök i primärvården för olika grupper i befolkningen under covid-19-pandemin*, 2022.

Delegationen för senior arbetskraft, S 2018:10, *Rapport 21, 70 är det nya 50*, 2020.

E-hälsomyndigheten, *Sammanhållen journalföring. Möjligheter till digital informations-försörjning på hälsodataområdet*, 2022.

Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsans utveckling årsrapport 2022*, 2022.

Försäkringskassan, Sjukförsäkringsrapport 2018:2, *Sjukfrånvaron på svensk arbetsmarknad,* 2018.

Governo, *Fördjupad analys av äldreomsorg. Utvärdering av Stockholms stads hantering av covid-19-pandemin*, 2021.

Internetstiftelsen, *Svenskarna och internet 2021*, 2021.

IVO, *Äldre efterfrågar kontinuitet, Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre – slutrapport 2013,* 2013.

IVO, *Med makt följer ansvar, kommunernas myndighetsutövning inom LSS och hemtjänst*, 2016.

IVO, *Tillsynsrapport. De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2015*, 2016.

IVO, *Samverkan för multisjuka äldres välbefinnande*, 2018.

IVO, *Tillsynsrapport. De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2017*, 2018.

IVO, *Vad har IVO sett 2017?*, 2018.

IVO, *Vad har IVO sett 2018?*, 2019.

IVO, *Nattbemanning på boenden för äldre personer med demenssjukdom eller demensliknande tillstånd*, 2020.

IVO, *Vad har IVO sett 2019?*, 2020.

IVO, *Vad har IVO sett 2020?*, 2021.

IVO, *Vad har IVO sett 2021?*, 2022.

Kommittén för socialt skydd och EU- kommissionen, 2021 *Long-term care report*, 2021.

Kommunal, *Trygghet på arbetsmarknaden. En rapport om arbetsrätt och anställningsvillkor i välfärden*, 2020.

Kommunal, *Rätt bemanning – En rapport om kvalitet och bemanning i äldreomsorgen*, 2021.

Kommunal, *Så mycket bättre? En jämförelse av anställningsvillkor och löner i privat och kommunalt driven äldreomsorg*, 2021.

Kommunal, *En hemtjänst att lita på*, 2022.

Ledarna, *Lönlöst att ta ansvar? Personalansvar och lön i kvinnor- och mansdominerade arbetsområden*, 2019.

Ledarna, *Lönlöst att få det att fungera! Illegitima arbetsuppgifter, personalansvar och lön i kvinnor- och mansdominerade arbetsområden*, 2020.

Länsstyrelsen Stockholm, *Äldre och våld i nära relationer – En kartläggning om kommunernas arbete 2017*, 2017.

Myndigheten för delaktighet, *Åtgärder på äldreområdet under perioden 2016–2020 Redovisning av Sveriges genomförande av Madrid International Plan of Action on Ageing (MIPAA*), 2021.

Nationella vårdkompetensrådet, *Pandemin och kompetensförsörjning, 2022.*

Neuro, *Neurorapporten 2021*, *Ojämlik tillgång till rehabilitering*, 2021.

Neuro, Neurorapporten 2022, *Allt färre får tillgång till livsviktiga hjälpmedel*, 2022.

OECD, *Sverige: Landprofil hälsa 2019*, 2019.

Regeringskansliet (Socialdepartementet), *National follow-up of the Regional Implementation Strategy of the Madrid International Plan of Action on Ageing (MIPAA) in Sweden*, 2021.

Region Stockholm, *Folkhälsorapport 2019 – Stockholms län*, 2019.

Riksrevisionen, *Riktade utbyggnadsuppdrag till universitet och högskolor – regeringens styrning genom utformning och uppföljning, (2021:1)*, 2021.

SCB, *Sveriges framtida befolkning 2021–2070*, 2021.

SKR, Prognos av särskilda boenden, Stöd för att prognostisera behov av särskilda boenden för äldre, 2019.

SKR, *Ekonomirapporten, maj 2020 – Om kommunernas och regionernas ekonomi*, 2020.

SKR, Fakta om äldreomsorgen i ljuset av Coronapandemin, 2020.

SKR, Vård och omsorg i hemmet 2019 svårigheter och framgångsfaktorer, 2020.

SKR, *Ekonomirapporten, oktober 2021 – Om kommunernas och regionernas ekonomi*, 2021.

SKR, *Hälso- och sjukvårdsrapport*, 2021.

Socialstyrelsen, *Ädelreformen slutrapport*, 1996.

Socialstyrelsen, *Påverkar chefens personalansvar kvaliteten i vården och omsorgen?*, 2006.

Socialstyrelsen, *Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre – Primärvårdens och äldreomsorgens uppdrag och insatser*, 2011.

Socialstyrelsen, *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2011*, 2011.

Socialstyrelsen, *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2012*, 2012.

Socialstyrelsen, *Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2012*, 2014.

Socialstyrelsen, *Kartläggning av medicinskt ansvarig sjuksköterska och andra kvalitetssäkrande funktioner*, 2014.

Socialstyrelsen, *Läkemedelorsakad sjuklighet hos äldre*, 2014.

Socialstyrelsen, *Utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar. Lägesrapport 2015*, 2015.

Socialstyrelsen, *En nationell strategi för demenssjukdom: underlag och förslag till prioriterade insatser till 2022*, 2017.

Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer – Utvärdering. Vård och omsorg vid demenssjukdom. Sammanfattning med förbättringsområden*, 2018.

Socialstyrelsen, *Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre. Uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre*, 2018.

Socialstyrelsen, *Kommunal finansierad hälso- och sjukvård – Förstudie*, 2019.

Socialstyrelsen, *Anhöriga som vårdar eller stödjer närstående äldre personer. Underlag till en nationell strategi*, 2020.

Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet 2020*, 2020.

Socialstyrelsen, *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2020*, 2020.

Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet 2021*, 2021.

Socialstyrelsen, *Förutsättningar och stöd för första linjens chefer – Kartläggning av första linjens chefer i äldreomsorgen*, 2021.

Socialstyrelsen, *Socialstyrelsens kompetensmål för undersköterskor*, 2021.

Socialstyrelsen, *Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2020*, 2021.

Socialstyrelsen, *Statistik om socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform 2020*, 2021.

Socialstyrelsen, *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020*, 2021.

Socialstyrelsen, *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården*, 2021.

Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2021*, 2021.

Socialstyrelsen, *Återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre*, 2021.

Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet 2022*, 2022.

Socialstyrelsen, *Nationellt kompetenscentrum för vård och omsorg för äldre. Inrättande av centrum vid Socialstyrelsen*, 2022.

Socialstyrelsen, *Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2021*, 2022.

Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre*. *Lägesrapport 2022,* 2022.

Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet, *Kompetensförsörjning inom primärvården. Delredovisning*, 2022.

Stockholms läns Äldrecentrum, *Lämplig bemanning i boende särskilt avsett för personer med demenssjukdom,* 2010.

Stockholms läns Äldrecentrum, *Från ord till handling*, 2010.

Stockholms läns Äldrecentrum, *Tillit och relationer*, 2015.

Stockholms läns Äldrecentrum, *StockholmSNAC2019. En beskrivning av äldreomsorgstagarna och omsorgens omfattning i Stockholm stad 2019*, 2020.

Sveriges Dövas Pensionärsförbund, *Valfrihet och värdighet saknas hos äldre döva! 2007–2010*.

Szehebely, M, *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden*, 2020.

Vård- och omsorgsanalys, *Varierande väntan på vård*, 2015.

Vård- och omsorgsanalys, *Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Om uppföljning av resultat ur ett patient- och brukarperspektiv*, 2016.

Vård- och omsorgsanalys, *Samordnad vård och omsorgs. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmentiserat vård och omsorgssystem*, 2016.

Vård- och omsorgsanalys, *Vården ur patienternas perspektiv 65 år och äldre*, 2017.

Vård- och omsorgsanalys, *Laga efter läge*, 2020.

Vård- och omsorgsanalys, *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv 2019,* 2020.

Vård- och omsorgsanalys, *Digital teknik med äldre i fokus. En delredovisning av utvärderingen av överenskommelsen om digitalisering i äldreomsorgen*, 2021

Vård- och omsorgsanalys, *Fast kontakt i primärvården,* 2021.

Vård- och omsorgsanalys, *I skuggan av covid-19*, 2021.

Vård- och omsorgsanalys, *Läget för ledarna- Förutsättningar för ledarskapsutveckling i kommunal vård och omsorg*, 2021.

Vård- och omsorgsanalys, *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport*, 2021.

Vård- och omsorgsanalys, *Vården ur befolkningens perspektiv – 65 år och äldre, 2022.* Välfärdskommissionen, *Slutredovisning till Regeringskansliet*, 2021.

WHO, *ICOPE Implementation framework*, 2019.

WHO, *Decade of healthy ageing: baseline report – summary*, 2021.

Övrigt

A/RES/75/131, United Nations Decade of Healthy Ageing (2021–2030).

Andersson, L. *Ålderism*, 2008.

Anhörigas riksförbund, *Anhörigperspektiv – en möjlighet till utveckling? Nationell kartläggning av kommunernas stöd till anhöriga 2019, 2020.*

Akademikerförbundet SSR, *Vägar till en god äldreomsorg*, 2014.

Dagens medicin, *Säkerställ en kunskapsbaserad kommunal vård*. www.dagensmedicin.se/opinion/debatt/sakerstall-en-kunskapsbaserad-kommunal-vard/ (hämtad 22-05-31).

Daneryd, P, *Skönsmons hemtjänst i Sundsvall – Ett framgångs-exempel*, 2015.

DN debatt, *Sjuttio är inte det nya femtio utan i stället något mer*, 2021, https://www.dn.se/debatt/sjuttio-ar-inte-det-nya-femtio-utan-i-stallet-nagot-mer/ (hämtad 22-03-16).

Ekonomifakta, *Vårdcentraler i privat regi*, https://www.ekonomifakta.se/Fakta/Valfarden-i-privat-regi/Vard-och-omsorg-i-privat-regi/vardcentraler-i-privat-regi/ (hämtad 22-05-24).

Emmaboda kommun, *Emmabodamodellen ett salutogent arbetssätt i äldreomsorgen*, 2015.

Folkhälsomyndigheten, *Förslag till åtgärder inom vissa av socialtjänstens verksamheter vid smittspridning av covid-19*, 2020

Folkhälsomyndigheten, *Det är viktigt att förebygga psykisk ohälsa bland äldre*, 2021.

Folkhälsomyndigheten, *Fallolyckor bland äldre, vårdade*, https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/halsa/fallolyckor-bland-aldre/ (hämtad 22-05-31).

Folkhälsomyndigheten, *Hälsosamt åldrande*,

https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/halsosamt-aldrande (hämtad 22-03-21).

Folkhälsomyndigheten, *Statistik & rapportering*, https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik (hämtad 22-05-31).

FoU Nordost, *Upptäcka signaler om och att initiera åtgärd vid psykisk ohälsa hos äldre*, 2018.

FoU i Väst och Göteborgsregionen, *Rätt stöd i rätt tid – en kartläggning av GR kommunernas hälsofrämjande och förebyggande arbete för äldre och orsaker till varför äldre söker bistånd från äldreomsorg första gången*, 2016.

FoU i Väst och Göteborgsregionen, *Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg?*, 2021.

Fysioterapeuterna, *Faktablad om fall och skörhet*, www.fysioterapeuterna.se (hämtad 21-06-22).

Fysioterapeuterna, *Fysioterapeut*, https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/professionsutveckling/om-professionen/kort-fakta-om-fysioterapeut_slutversion201117.pdf (hämtad 22-04-14).

Fysioterapeuternas och arbetsterapeuternas förbund, *Vardagsrehabilitering – en kunskapsöversikt*, 2015.

Grafström M, Sundström G, *Fattigvården och framväxten av dagens offentliga äldreomsorg – exemplet Daretorp*, Jönköping University School of Health and Welfare Working Paper No. 04, 2015.

Göteborgs universitet, *H70-studierna i Göteborg*, https://www.gu.se/forskning/h70-studierna-i-goteborg (hämtad 22-03-30).

Holmberg, B, Äldre i centrum 3/202, *Att vilja men inte kunna*. https://aldreicentrum.se/teman/yrkeskunskapare-3-20/att-vilja-men-inte-kunna/ (hämtad 22-05-22).

Hörsellinjen, *Hörselnedsättning på äldre dar*, https://horsellinjen.se/fakta-och-rad/aldre/horselskadade-pa-aldre-dagar/ (hämtad 22-04-01).

Janlöv, A-C. *Participation in needs assessment of older people prior to public home help: older persons', their family members', and assessing home help officers' experiences*. Lund: Lund University; 2006

Johansson, I-L, *Ålderdoms-Sverige*, 1952.

Jönsson, H, *Perspektiv på ålderism*, Lund, 2021.

Jönsson, H, Harnett, T, *Socialt arbete med äldre*, 2015.

Kommunal, *Svenska språket – A och O inom äldreomsorgen*, 2019.

Kommunalarbetaren, *Miljardtapp för äldreomsorgen trots rekordökning av äldre*, https://ka.se/2022/05/17/de-aldre-blir-fler-men-pengarna-till-aldreomsorg-minskar/ (hämtad 22-05-23).

Kunskapsguiden, *För bästa tillgängliga vilja*, https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/funktionshinder/stodja-vuxna-personers-vilja/for-basta-tillgangliga-vilja (hämtad 22-04-30).

Kunskapsguiden, *Läkemedel*, https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/yrkesintroduktion-for-baspersonal-inom-aldreomsorgen/aldres-sarskilda-behov/ (hämtad 22-04-01).

Kunskapsguiden, *Multisjuklighet hos äldre personer*, *Om multisjuklighet*, https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/multisjuklighet-hos-aldre-personer/om-multisjuklighet/ (hämtad 21-08-13).

Kunskapsguiden, *Om munvård för äldre personer*, https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/munvard-for-aldre-personer/tandhalsa/ (hämtad 21-08-13).

Kunskapsguiden, *Teambaserat arbetssätt för att förebygga fallolyckor*, https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/fallolyckor/utveckla-verksamheten/teambaserat-arbetssatt/ (hämtad 2022-03-22).

Kunskapsguiden, *Yrkesintroduktion för baspersonal inom äldreomsorgen. Hälsa*, https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/yrkesintroduktion-for-baspersonal-inom-aldreomsorgen/halsa/ (hämtad 21-08-13).

Lindelöf, M. och Rönnbäck, E, *Att fördela bistånd, om handläggningsprocessen inom äldreomsorgen*. Umeå Universitet No 41, 2004.

MSB, *Samhällets kostnader för Fallskador, Resultat*, 2010.

MSB, *Samhällets kostnader för att förebygga fallolyckor*, 2012.

MSB, *Kantar Sifos rapport om förtroende, oro och beteende under pandemin.* https://www.msb.se/sv/aktuellt/avslutade-handelser-och-insatser/msbs-arbete-med-anledning-av-coronaviruset/kantar-sifos-rapport-om-fortroende-oro-och-beteende-under-coronakrisen/ (hämtad 22-05-21).

Nationella vårdkompetensrådet, *Årlig redovisning för 2021*, 2022.

Nationella vårdkompetensrådet, *Rådets verksamhetsplan för 2022*, https://www.nationellavardkompetensradet.se/contentassets/36922415d19a4bc2b140cd024daa7111/nationella-vardkompetensradets-verksamhetsplan-2022.pdf (hämtad 22-03-12).

Nationella vårdkompetensrådet, *Om nationella vårdkompetensrådet*, https://www.nationellavardkompetensradet.se/om-radet/om-nationella-vardkompetensradet/ (hämtad 22-03-12).

Nationellt kompetenscentrum anhöriga, *Fakta om anhörigstöd*, https://anhoriga.se/stod-och-kunskap/fakta-om-anhorigstod/ (hämtad 22-05-13).

Nestor, *För en god och jämlik hälso- och sjukvård på särskilt boende*, 2021.

Phoenix, *Lön- och inkomststatistik inom hemtjänsten*, https://www.phoenix.nu/lon-inkomststatistik-inom-hemtjansten/ (hämtad 22-mm-dd)

Regeringen (Socialdepartementet), *Uppdrag gällande kartläggning och stöd av den kommunala hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap. S2021/05469*, 2021.

Regeringen (Socialdepartementet), *Uppdrag om kompetensförsörjning inom primärvården*, 2021.

Regeringen (Socialdepartementet), *Nationell strategi för omsorg om personer med demenssjukdom*, 2018. https://www.regeringen.se/informationsmaterial/2018/05/nationell-strategi-for-omsorg-om-personer-med-demenssjukdom/ (hämtad 22-05-09).

Regeringen och SKR, *En avsiktsförklaring mellan staten och Sveriges kommuner och regioner om utveckling av välfärdens digitala infrastruktur*, 2020.

Regeringen och SKR, *En överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om etablering och införande av infrastruktur för säker digital kommunikation i offentlig sektor*, 2021.

Regeringen och SKR, *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner* om *God och nära vård 2021. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav*, 2021.

Regeringen och SKR, *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om God och nära vård 2022. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav*, 2022.

Regeringen och SKR, *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om äldreomsorg – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus*, 2022.

Regeringen, *Sveriges första nationella anhörigstrategi* https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2022/04/sveriges-forsta-nationella-anhorigstrategi/ (hämtad 22-05-24).

Region Skåne, *Tips till dig som är närstående till någon med synnedsättning*, 2019. https://vard.skane.se/habilitering-och-hjalpmedel/stod-och-behandling/tips-for-dig-som-ar-narstaende-till-nagon-med-synnedsattning/ (Hämtad 22-04-01).

SBU, *Kontinuitet i vården*, 2021.

SCB, *Arbetskraftsbarometern 2019*, 2020.

SCB, *Finansiärer och utförare inom vården, skolan och omsorgen*, https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/offentlig-ekonomi/finanser-for-den-kommunala-sektorn/finansiarer-och-utforare-inom-varden-skolan-och-omsorgen/ (hämtad 22-05-22).

SCB, *Lönestatistik – Hur mycket tjänar ...?*, https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/lonesok/Search/?lon=chef+%C3%A4ldreomsorg (hämtad 22-05-25).

SCB, *Standard för svensk yrkesklassificering (SSYK*), https://www.scb.se/dokumentation/klassifikationer-och-standarder/standard-for-svensk-yrkesklassificering-ssyk/ (hämtad 21-11-09).

SCB, *Statistikdatabas*, *Tabell 5.23 – Återstående medellivslängd vid 0, 30 respektive 65 års ålder*, https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__LE__LE0201__LE0201H%c3%a4lsa/Tema523/ (hämtad 21-09-07).

SCB, Statistikdatabasen, https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__NV__NV0109__NV0109O/BNTT01/table/tableViewLayout1/ (hämtad 22-05-19).

SCB, *Vanligaste yrket i riket var Undersköterskor inom hemtjänst, hemsjukvård och äldreboende*, https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/arbetsmarknad/sysselsattning-forvarvsarbete-och-arbetstider/yrkesregistret-med-yrkesstatistik/pong/statistiknyhet/yrkesregistret-med-yrkesstatistik-2020/ (hämtad 22-04-22).

Senioralert, *Om senioralert*, https://www.senioralert.se/om-senior-alert/ (hämtad 22-03-22).

Sjukgymnastförbundet och Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, *Ättestupan eller folkhälsomål*, 2011.

SKL, *Fallskador bland äldre – en sammanfattning av en kunskapsöversikt om fallskador*, 2009.

SKL, *Bättre hälsa för personer med funktionsnedsättning*, 2018.

Skolverket, *Nationella yrkespaket för komvux*, https://www.skolverket.se/undervisning/vuxenutbildningen/komvux-gymnasial/nationella-yrkespaket-for-komvux (hämtad 22-03-14).

SKR, *Strategi för hälsa*, 2018.

SKR, *Enkätundersökning bland landets MAS/MAR*, 2020.

SKR *Kommungruppsindelning 2017*, https://skr.se/tjanster/kommunerochregioner/faktakommunerochregioner/kommungruppsindelning.2051.html (hämtad 22-05-27).

SKR, *Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård*, 2020.

SKR, *Nationell kraftsamling för att minska fall hos äldre*, 2020.

SKR, *Omställningen till nära vård*, 2020.

SKR, *Valfrihetssystem i kommuner, beslutsläget 2021*, 2021.https://skr.se/skr/demokratiledningstyrning/driftformer/valfrihetssystemochersattningsmodeller/socialomsorgvalfrihetssystemersattningsmodeller/valfrihetssystemikommunerbeslutsla get2021.58928.html (hämtad 2022-03-17).

SKR, *Kompetenslyft, äldreomsorgen*, https://skr.se/skr/arbetsgivarekollektivavtal/personalochkompetensforsorjning/aldreomsorg/kompetenslyftaldreomsorgen.46592.html (hämtad 22-03-30).

SKR, *KPP databas, Basrapport slutenvård*.

SKR, *Strategier för att möta kompetensutmaningen*, https://skr.se/skr/arbetsgivarekollektivavtal/personalochkompetensforsorjning/kompetensforsorjningstrategier.13423.html (hämtad 22-05-08).

SKR, *Tabell 4. Antal anställningar, faktiska årsarbetare, sysselsatta och helt lediga efter AID-etikett (yrke) i kommuner nov 2020*, https://skr.se/download/18.6deffc76178c9b0208ceffa/1618408744326/Tabell-4-KP-2020.pdf (hämtad 22-05-25).

SNAC. *Demensförekomst i Sverige 2001–2013. Geografiska och temporala variationer*, 2017.

Socialmedicinsk tidskrift, *Åldrandet och äldreomsorgens utveckling, 2010.*

Socialstyrelsen, *En effektiv socialtjänst – Att fördela resurser och använda dem effektivt*, 2009.

Socialstyrelsen, *Meddelandeblad – Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering*, 2017.

Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser 2018 – Vård och omsorg om äldre. Jämförelser mellan kommuner och län,* 2019. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2019-2-2.pdf (hämtad 22-05-14).

Socialstyrelsen, *Att följa utvecklingen av fast läkarkontakt*, 2020.

Socialstyrelsen, *Att förebygga och behandla undernäring. Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst*, 2020.

Socialstyrelsen, *Individens behov i centrum – Lägesbeskrivning för införandet januari 2020*, 2020.

Socialstyrelsen, *Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser*, 2020.

Socialstyrelsen, *Statistik om äldre*, 2020.

Socialstyrelsen, *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2020?, 2020.*

Socialstyrelsen, *Individens behov i centrum. Ett stöd för att använda ICF och strukturerad dokumentation i socialtjänsten*, 2021.

Socialstyrelsen, *Meddelandeblad – Fast läkarkontakt m.m.*, 2021.

Socialstyrelsen, *Statistik om insatser till äldre*, 2021.

Socialstyrelsen, *Vem får göra vad*, 2021, https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/vem-far-gora-vad/tolk/ (hämtad 22-04-01).

Socialstyrelsen, *Fast läkarkontakt*, 2022. https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/god-och-nara-vard/fast-lakarkontakt/ (hämtad 22-04-08).

Socialstyrelsen, *Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården*, 2022.

Socialstyrelsen, *BAS (behov av stöd)*, https://www.socialstyrelsen.se/utvecklaverksamhet/evidensbaseradpraktik/metodguiden/bas-behov-av-stod (hämtad 2022-03-29).

Socialstyrelsen, *Fallförebyggande insatser för äldre*, https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/fallforebyggande-insatser-for-aldre/ (hämtad 22-03-24).

Socialstyrelsen, *Individens behov i centrum, IBIC*, https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/funktionshinder/individens-behov-i-centrum-funktionshinder (hämtad 22-03-29).

Socialstyrelsen, *Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF, Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF – Socialstyrelsen.*

Socialstyrelsen, *Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård*, 2019, https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/kommunal-halso-och-sjukvard/ (hämtad 22-03-14).

Socialstyrelsen, *Socialstyrelsens termbank*, https://termbank.socialstyrelsen.se (hämtad 22-02-17)

Socialstyrelsen, *Statistikdatabasen*.

Socialstyrelsen, *Äldreomsorgens förebyggande arbete skiljer stort över lande*t, https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/aldreomsorgens-forebyggande-arbete-skiljer-stort-over-landet (hämtad 22-03-28).

Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser av äldreomsorg 2021*, https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/aldreomsorg/ (hämtad 22-03-30).

Stadsrevisionen, Stockholms stad, *Uppdraget som biståndshandläggare inom äldreomsorgen, 2007*

Statens Folkhälsoinstitut, *Fallolyckor bland äldre*, 2009.

Stockholms stad, *Kontinuitet inom hemtjänsten, Projektrapport från stadsrevisionen*, 2018.

Studieförbundet näringsliv och samhälle (SNS), *Äldreomsorgens ständiga förändringar – om organisation, arbetsmiljö och ledarskap*, 2021.

Svensk sjuksköterskeförening, *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*, https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksk%C3%B6terska%202017.pdf (hämtad 21-06-22).

Svenska Makularegistret, *Allmänt om synnedsättning*, 2021. https://makulareg.se/patientinformation/allmant-om-synnedsattning (hämtad 22-04-01).

Sveriges farmaceuter, *Vad är en farmaceut?*, https://www.sverigesfarmaceuter.se/omsverigesfarmaceuter/vad-ar-en-farmaceut/ (hämtad 22-05-31).

Sveriges Radio, *Kommuner splittrade i frågan om de ska kunna anställa egna läkare*, https://sverigesradio.se/artikel/kommuner-splittrade-i-fragan-om-de-ska-kunna-anstalla-egna-lakare (hämtad 21-12-07).

Szehebely, M, *Omsorgsvardag under skiftande organisatoriska villkor,* 2006.

Szebehely, M, Stranz, A & Strandell, R, *Vem ska arbeta i framtidens äldreomsorg?*, 2017.

Takter, M, *Vem är den enskilde i ett enskilt hem? En studie av hur biståndshandläggare förhåller sig till anhörigas möjligheter till frivillighet, autonomi och personlig integritet*, 2017.

UNGA75/131, *United Nations Decade of Healthy Ageing (2021–2030)*, 2020.

Upphandlingsmyndigeten, *Valfrihetswebben*, https://www.valfrihetswebben.se/sok-annons/?q=&arias=%23collapse0%2C%23collapse2%2C%23collapseGroup70%2C%23collapseGroup47&CategoryFilter=3&ServiceCategory=49,78,48&Municipality=&County=&CountryCouncil=&page=1&searchtype=AdPage (hämtad 22-05-22).

Vision, *Tid att leda. En kunskapsöversikt om hur chefskap påverkar äldreomsorgens kvalitet*, 2014.

Vårdhandboken, *Fallprevention,* https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/basal-och-preventiv-omvardnad/fallprevention/ (hämtad 22-04-01).

Vårdhandboken, *Översikt,* https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/basal-och-preventiv-omvardnad/fallprevention/oversikt/ (hämtad 22-05-18).

WHO, *The case for investing in public health*, 2014.

Kommittédirektiv 2020:142

En äldreomsorgslag

Beslut vid regeringssammanträde den 22 december 2020

Sammanfattning

En särskild utredare får i uppdrag att föreslå en äldreomsorgslag. Begreppet äldreomsorg behöver definieras och verksamheten ges ett tydligare uppdrag och innehåll. Den pågående covid-19-pandemin har visat att patientsäkerheten inom den kommunala vården brister. Utredaren får vidare i uppdrag att överväga och lämna förslag på hur den medicinska kompetensen kan stärkas i verksamheten samt, vid behov, på den kommunala ledningsnivån. Målsättningen är att åstadkomma långsiktiga förutsättningar för äldreomsorgen och att tydliggöra äldreomsorgens uppdrag och innehåll samt säkerställa tillgången till god hälso- och sjukvård och medicinsk kompetens inom äldreomsorgen.

Utredaren ska bl.a.:

– föreslå en äldreomsorgslag som kompletterar socialtjänstlagen (2001:453) med särskilda bestämmelser om vård och omsorg om äldre och som bl.a. innehåller bestämmelser om en nationell omsorgsplan,
– överväga och vid behov lämna förslag som stärker tillgången till medicinsk kompetens inom äldreomsorgen.

Uppdraget ska redovisas senast den 30 juni 2022.

Bakgrund

Äldreomsorg

Äldreomsorgen utgör en del av socialtjänsten vilken i huvudsak regleras i socialtjänstlagen, förkortad SoL. Begreppet äldreomsorg saknar legal definition men i den officiella statistiken redovisas bl.a. hemtjänst, särskilt boende, trygghetslarm, matdistribution, ledsagning, dagverksamhet, korttidsplats, boendestöd, avlösning av anhöriga och annat bistånd. Äldre personer kan därutöver ha andra insatser som inte är relaterade till åldrandet.

Det är kommunen som är huvudman för äldreomsorgen. Det innebär att det är kommunerna som är ansvariga för vilka insatser som äldre beviljas och också för att insatserna är av god kvalitet (3 kap. 3 § SoL). Det ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet och kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Kommunernas huvudmannaansvar gäller oavsett om omsorgen bedrivs i kommunens egen regi eller om den har överlämnats till en enskild utförare.

Socialtjänstlagen är en målinriktad ramlag med både skyldigheter för kommunen och rättigheter för den enskilde. Lagen ska ge kommunerna ett förhållandevis stort utrymme vid tillämpningen och möjliggöra anpassning till lokala förutsättningar. Den ska också ge frihet vid val av tillvägagångssätt och möjliggöra hänsynstagande till den enskildes behov och önskemål.

Hälso- och sjukvård

De lagar som reglerar hälso- och sjukvården ställer den enskildes behov av vård och omsorg i centrum. En god vård ska kunna ges överallt där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet, såväl i ordinärt som särskilt boende. Precis som alla andra medborgare ska äldre med äldreomsorgsinsatser ges en sammanhängande, jämlik och tillgänglig hälso- och sjukvård med hög patientsäkerhet. Utgångspunkten för hälso- och sjukvården ska vara den enskildes individuella behov och förutsättningar, inte dennes ålder.

Regionernas respektive kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård följer av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL. Det övergripande ansvaret åligger regionerna, inklusive det fulla an-

svaret för insatser från läkare. Kommunernas ansvar är begränsat till insatser upp till och med sjuksköterskenivå och innefattar bl.a. hälso- och sjukvård åt äldre personer i särskilt boende, personer med funktionsnedsättning och i dagverksamhet.

De allra flesta kommuner har därutöver tecknat avtal med sin region om att överta regionens ansvar för den så kallade hemsjukvården. Hemsjukvård kan ges i både ordinärt och särskilt boende och omfattar såväl medicinska insatser och rehabilitering som omvårdnad.

Behov av utvecklingsarbete

Cirka 20 procent av Sveriges befolkning är 65 år och äldre. Andelen varierar dock kraftigt mellan olika kommuner. Antalet personer 80 år och äldre är i dag 534 000 personer. Antalet förväntas enligt Statistiska centralbyrån att öka till cirka 806 000 personer 2030.

Svensk äldreomsorg ska vara trygg och säker. I det ingår att äldre ska veta och kunna förutse vilket stöd och vilken hjälp man kan få och när i livet man kan få den. Den vård och omsorg som ges ska vara av god kvalitet och ges utifrån den äldres behov. Det kräver vård- och omsorgsprofessioner med rätt förutsättningar att utföra sitt arbete.

Utbrottet av covid-19 har tydliggjort svagheter inom svensk äldreomsorg. Det handlar bland annat om brister i samordning mellan huvudmän, låg personalkontinuitet och för liten tillgång till personal med rätt kompetens. Äldreomsorgen behöver långsiktigt förstärkas med ett tydligare lagstadgat uppdrag och innehåll.

Coronakommissionen

Regeringen tillsatte den 30 juni 2020 en kommitté i form av en kommission för utvärdering av de åtgärder som vidtagits för att begränsa spridningen av sjukdomen covid-19 (dir. 2020:74). Kommittén har antagit namnet Coronakommissionen (S 2020:09). I uppdraget ingår att utvärdera regeringens, förvaltningsmyndigheternas, regionernas och kommunernas åtgärder för att begränsa spridningen av det virus som orsakar covid-19 och spridningens effekter liksom att göra en internationell jämförelse med relevanta länder av de olika åtgärder som vidtagits. Uppdraget ska slutredovisas senast den 28 februari

2022. Två delredovisningar ska lämnas. I den första delredovisningen, som lämnades den 15 december 2020 i ett delbetänkande, analyseras och utvärderas smittspridningen inom vård och omsorg om äldre. Den andra delredovisningen ska göras senast den 31 oktober 2021.

I Coronakommissionens delbetänkande Äldreomsorgen under pandemin (SOU 2020:80) konstateras att den svenska strategin att skydda de äldre har misslyckats. Orsaken till att äldreomsorgen var illa rustad för hantera en pandemi härleder kommissionen till vad de anser är sedan länge välkända strukturella brister. Trots åtgärder från regeringen och statliga myndigheter under våren 2020 för att minska smittspridning i äldreomsorgen, bedömer kommissionen att dessa åtgärder var sena och i flera avseenden otillräckliga. De brister kommissionen pekar på handlar bl.a. om otillräcklig bemanning och kompetens, otillräcklig medicinsk kompetens och tillgång till medicinsk utrustning samt problem kring skyddsutrustning och provtagningskapacitet. Kommissionen bedömer vidare att gällande regelverk inte är tillräckligt eller tillräckligt tydligt, bl.a. vad gäller möjligheterna att vidta smittskyddsåtgärder, och att det måste säkerställas att det i äldreomsorgen finns lagliga möjligheter att vidta de åtgärder som krävs i extraordinära situationer.

Coronakommissionen vänder sig i sina bedömningar till såväl riksdagen och regeringen som arbetsgivare, huvudmän och myndigheter. Enligt kommissionen bör bl.a. kommuner få möjlighet att anställa läkare, arbetsmiljön och anställningsvillkoren inom äldreomsorgen förbättras samt tillgången till sjuksköterske- och läkarkompetens öka.

Uppdraget att förslå en äldreomsorgslag

Socialtjänstens insatser riktade mot äldre personer är reglerade på flera olika sätt vad gäller mål, syfte och kvalitet. I socialtjänstlagen saknas dock en lagstadgad definition av vad äldreomsorg är. För äldre personer kan det leda till att det blir otydligt vad de kan förvänta sig av äldreomsorgen. Det handlar dels om huruvida det stöd och den hjälp som tillhandahålls motsvarar de behov av vård och omsorg som man har, dels att veta och kunna förutse vilket stöd och vilken hjälp man kan få.

Lagstiftningen är övergripande och kan uppfattas som otydlig. Det saknas nationella riktlinjer om vilka grundläggande krav som äldre-

omsorgen ska utgå ifrån. Det innebär en risk för att kommunerna tillämpar lagen olika.

Frågan om att särreglera äldreomsorgen har tidigare varit under utredning. Utredningen Framtidens socialtjänst har haft regeringens uppdrag att göra en översyn av socialtjänstlagen. I uppdraget ingick också att analysera och beakta vilken funktion en särreglering för äldre skulle kunna ha. I augusti 2020 överlämnade utredningen sitt slutbetänkande Hållbar socialtjänst – En socialtjänstlag (SOU 2020:47). Där anför utredningen att det för den socialt inriktade äldreomsorgen finns flera fördelar med en fortsatt reglering i socialtjänstlagen och att det därför bör vara grunden för det fortsatta arbetet med äldreomsorgens reglering. Vad en särlagstiftning för äldreomsorgen skulle innebära berodde dock på hur en sådan lag utformas, t.ex. när det gäller vilka personer och insatser som lagen skulle omfatta. Utredningen ansåg att ett fortsatt arbete behövdes för att se över frågan. Det gäller särskilt frågor om kontinuitet, personalens förutsättningar, likvärdighet och konkreta förutsättningar för samverkan mellan huvudmän och verksamheter.

Flera statliga utredningar och myndighetsrapporter har visat på att vården och omsorgen om äldre brister och att den inte är sammanhållen. En äldre person i behov av vård- och omsorgsinsatser har oftast nedsatt förmåga att själv samordna sin vård och omsorg. Det finns därmed en risk att äldre personer inte får sina behov tillgodosedda. För att komma till rätta med detta behöver det tas ett samlat grepp om de vård- och omsorgsinsatser som erbjuds till äldre. Det är viktigt att åtgärda de brister som finns i dagens system för att på så vis skapa förutsättningar för en mer sammanhållen äldreomsorg där såväl hälso- och sjukvård som omsorg ingår. Frågan om huvudmannaskap har dock utretts flera gånger och bedömningen är att en ändrad ansvarsfördelning skulle leda till oklarhet mellan kommuner och regioner.

Spridningen av sjukdomen covid-19 inom äldreomsorgen har synliggjort brister i verksamheterna. Konsekvenserna av brister i samordning mellan hälso- och sjukvård och äldreomsorg, personalkontinuitet och rätt kompetens hos personalen har blivit tydliga. Äldreomsorgen har en hög andel timanställda och det förekommer ofta att chefer leder stora arbetsgrupper. Tillsammans med svårigheter att rekrytera utbildade undersköterskor och sjuksköterskor gör detta verksam-

heten sårbar för påfrestningar och innebär risker för patientsäkerheten och kvaliteten i omsorgen.

Att personal med rätt kompetens utför arbetsuppgifterna är avgörande för att den äldre ska få trygg och säker vård och omsorg. Det är också viktigt för den äldre att ha möjlighet att få vård och omsorg av samma personal då det skapar trygghet och möjlighet att skapa en ömsesidig relation. Kontinuiteten kan också ha betydelse för bemötandet av den äldre. Det bör vara tydligt vilka mål, krav och förväntningar som omger äldreomsorgens uppdrag. För att åtgärda de brister som tydliggjordes under pandemins inledande skede är det viktigt att beakta de grundläggande orsakerna bakom bristerna.

För att kunna möta framtidens utmaningar och för att öka förtroendet för äldreomsorgen behöver behovet av nationella åtgärder ses över. Äldreomsorgen ska även fortsättningsvis utgöra en del av kommunernas socialtjänst. Det innebär att äldreomsorgen även framöver omfattas av de övergripande mål och andra bestämmelser som gäller för socialtjänsten. Bland annat gäller det respekten för självbestämmande och integritet, krav på planering, kvalitet och utformande av insatser samt rätten till bistånd och möjligheten att överklaga beslut som går den enskilde emot. Regeringen anser att styrningen av myndigheter ska baseras på tillit. En utgångspunkt för utredaren ska därför vara att lagen ger kommunerna bra förutsättningar att tillvarata medarbetarnas kompetens och att utveckla verksamheten.

Utredaren ska därför:

– föreslå en äldreomsorgslag som kompletterar socialtjänstlagen och reglerar vård och omsorg till äldre,
– definiera begreppet äldreomsorg och vilka som omfattas av lagen.

Uppdraget att lämna förslag om en nationell omsorgsplan

Socialtjänstlagen ger kommunerna ett stort utrymme att anpassa verksamheten efter lokala behov. Socialtjänstlagens ramlagskaraktär och den kommunala självstyrelsen är i grunden bra och bör värnas. Utformningen av och kvaliteten inom äldreomsorgen skiljer sig dock åt över landet. Regeringen ser därför behov av att förtydliga äldreomsorgens uppdrag och innehåll i syfte att öka den nationella likvärdigheten och stärka den äldres ställning.

Tidigare utredningsförslag för äldreomsorgen har handlat om att samverkan mellan kommuner och regioner måste fungera för att den äldre ska få sina behov tillgodosedda. Personalens kompetens är också grundläggande. För att insatserna ska utföras med rätt kompetens och på ett så välfungerande sätt som möjligt behöver det finnas personal med rätt kompetens att rekrytera, en organisering av verksamheten och ett ledarskap som är tydligt och tillgängligt för medarbetarna.

En modell som lagstiftaren använt för att tydliggöra skolans uppdrag och för att skapa strukturer för mål- och kvalitetsuppföljning är ordningen med läroplaner. Enligt 1 kap. 11 § skollagen (2010:800) ska det finnas läroplaner för varje skolform som anger utbildningens värdegrund och uppdrag.

Läroplanen ska också ange mål och riktlinjer för verksamheten. Regeringen har beslutat om förordningar om läroplaner för respektive skolform.

Regeringen bedömer att en liknande modell kan bidra till en långsiktig förbättring av och en höjd kvalitet inom äldreomsorgen. En nationell omsorgsplan kan tydliggöra äldreomsorgens uppdrag och främja likvärdighet över landet. I en omsorgsplan skulle innehållet i äldreomsorgen bl.a. kunna preciseras när det gäller ansvar, mål, värdegrund, kvalitet, anhörigstöd och riktlinjer samt samverkan mellan huvudmännen.

Med en omsorgsplan ges tillsynsmyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), en möjlighet att granska kommuner och andra utförare i förhållande till vad som anges i omsorgsplanen. Det blir också möjligt för regeringen att utvärdera och vid behov revidera omsorgsplanen.

Utredaren ges i uppdrag att föreslå bestämmelser som reglerar en ordning för en nationell omsorgsplan. Regeringen avser sedan att ge relevant myndighet i uppdrag att precisera och utforma förslag på innehållet i omsorgsplanen. Möjligheten till lokal anpassning ska värnas.

Utredaren ska därför:

– i äldreomsorgslagen föreslå bestämmelser som reglerar en ordning för en nationell omsorgsplan,

– vid utformningen av bestämmelserna om omsorgsplanen ta utgångspunkt i socialtjänstlagens bestämmelser om värdegrund, ansvar, mål och kvalitet samt om samverkan mellan huvudmän,

– lämna förslag på områden som en nationell omsorgsplan bör omfatta.

Utredaren ska vid genomförandet av uppdraget särskilt överväga för- och nackdelar med att införa en nationell omsorgsplan och då särskilt beakta hur den kommunala självstyrelsen påverkas.

Uppdraget att stärka tillgången till medicinsk kompetens

Behovet av medicinsk kompetens

Behovet av att stärka äldreomsorgen handlar inte minst om tillgången till medicinsk kompetens IVO konstaterar i en tillsyn av vård och omsorg till äldre under covid-19-pandemin (publicerad 2020-11-24) att det finns allvarliga brister hos regionerna vad gäller medicinsk vård och behandling av personer på särskilda boenden för äldre. Tillsynen som IVO har genomfört riktar sig mot regioner och privata verksamheter med ansvar för läkarinsatser vid särskilda boenden för äldre. Syftet med tillsynen var att granska om äldre som bor på särskilt boende har fått vård och behandling utifrån den enskildes behov vid misstänkt eller konstaterad covid-19 och att ta reda på om det funnits förutsättningar för att de som inte bedöms vara i behov av sjukhusvård har fått adekvat vård och behandling på det särskilda boendet. Tillsynen har utgått från de 1 700 särskilda boenden som finns i IVO:s omsorgsregister. IVO har gått vidare med en fördjupad granskning av 98 boenden. IVO gör bedömningen att ingen av landets 21 regioner har tagit det fulla ansvaret för att säkerställa en individuellt behovsanpassad vård och behandling för äldre i särskilt boende. IVO konstaterar bl.a. att ungefär en femtedel av personerna på de 98 av IVO granskade särskilda boendena inte har fått någon individuell läkarbedömning och att äldre på de granskade boendena och deras närstående inte fått information och gjorts delaktiga vad gäller vård och behandling vid misstänkt eller konstaterad covid-19. Inte heller har, på de granskade boendena, ställningstagande om och genomförande av vård i livets slutskede skett i enlighet med gällande regelverk och Socialstyrelsens riktlinjer.

Coronakommissionen konstaterar i sitt delbetänkande Äldreomsorgen under pandemin (SOU 2020:80) att äldreomsorgstagarnas medicinska behov har ökat sedan tiden för Ädel-reformen. Vidare

konstaterar kommissionen att bemanningen med medicinskt utbildad personal trots detta är låg, bl.a. vad gäller sjuksköterskor. Ofta finns en sjuksköterska på dagtid vardagar med ansvar för cirka 30 omsorgstagare och en sjuksköterska med ansvar för ett större antal boende på kvällar och helger. Kommissionen refererar till att några studier har identifierat ett tydligt samband mellan andelen sjuksköterskor och utbrottens omfattning. Ju högre andel sjuksköterskor, desto lägre risk för smitta och dödsfall.

Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård är huvudsakligen vård som ges på primärvårdsnivå. Primärvård är således ett ansvar för både regioner och kommuner. I regeringens proposition Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (prop. 2019/20:164) lägger regeringen fast tre övergripande mål för inriktningen. Dessa är: målet att tillgängligheten till primärvården ska öka, målet en mer delaktig patient och en personcentrerad vård samt målet att kontinuiteten i primärvården ska öka. I propositionen slår regeringen fast att samverkan mellan huvudmännen är en central förutsättning för att en utveckling av den nära vården och en reformering av primärvården ska kunna genomföras. Vidare lämnar regeringen bl.a. förslag om ett grunduppdrag för primärvården som ska gälla för de verksamheter som utgör primärvård i både regioner och kommuner. I propositionen betonar regeringen vikten av att primärvården organiseras så att det skapas förutsättningar för att alla som vill ha en fast läkarkontakt ska kunna få en sådan. För personer med komplexa behov, såsom multisjuka äldre eller personer med kroniska sjukdomar, kan behovet av kontinuitet i form av en fast läkarkontakt vara extra stort. När den äldre har behov av både vård och omsorg måste vården och omsorgen samordnas. Att någon är föremål för omsorg innebär inte att denne har mindre behov av hälso- och sjukvård. För att detta ska kunna göras bedömer regeringen att det kommer att krävas en större och mer direkt tillgång till sjuksköterskor och läkare i kommunal hälso- och sjukvård, såväl för äldre på särskilt boende som för äldre i ordinärt boende. En uppsplittring mellan kommunal och regional hälso- och sjukvård måste dock undvikas. Äldre personer med komplexa vårdbehov har inte sällan behov av flera olika medicinska specialiteter: allmänmedicin, internmedicin, psykiatri, geriatrik med flera. Detta innefattar även specialistsjuksköterskor med kompetenser inom bl.a. geriatrik, hjärtsjukvård, demens, diabetes och palliativ vård. Dessutom har oftast de äldre

personerna behov av omfattande omsorgsinsatser. Samordning av vård och omsorg blir därmed än viktigare.

Inom den kommunala hälso- och sjukvården arbetar flera legitimerade professioner. Kommunerna får bl.a. anställa sjuksköterskor men får som huvudregel inte anlita behandlande läkare. I stället är regionerna skyldiga att avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i bland annat särskilt boende och inom hemsjukvården i de fall som denna övertagits av kommunen. Detta förhållande regleras genom avtal mellan huvudmännen. Först om regionen inte uppfyller sina skyldigheter att tillhandahålla läkare enligt avtal, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader från regionen. Kommunerna har dock alltid möjlighet att anställa eller anlita läkare i stabs- eller ledningsfunktion som stöd i till exempel planering eller utbildning.

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård har i sitt betänkande God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19) lyft fram att det är viktigt att betona och förtydliga att den hälso- och sjukvård som utförs i hemmet omfattas av samma kvalitetskrav, behov av resurssättning och kompetensbehov som övrig hälso- och sjukvård, och att det enda som särskiljer den är platsen som vården utförs på. Som ett led i detta har utredningen bl.a. föreslagit att begreppet hemsjukvård ersätts med begreppet hälso- och sjukvård i hemmet. Tydliggörandet syftar till att skapa förutsättningar för personcentrerad vård över huvudmannagränserna, till nytta för dem med störst och mest komplexa behov av insatser från båda huvudmännen. Utredningens förslag bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Regeringen gav i mars 2019 ett uppdrag till Socialstyrelsen om att stärka stödet till den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården med utgångspunkt i en åtgärdsplan som Socialstyrelsen tidigare redovisat (S2019/01225). Uppdraget ska slutredovisas den 31 mars 2021.

Regeringen bedömer att det behövs ytterligare insatser för att tillgodose äldres behov av en fungerande och säker vård och omsorg. Den regionala och den kommunala hälso- och sjukvården behöver komma närmare äldreomsorgen och finnas till hands såväl för hälsofrämjande insatser som för sjukvård så snart behov uppstår.

För att kunna uppnå detta behöver tillgången till medicinsk kompetens stärkas inom äldreomsorgen. Det kan dels handla om att stärka

och öka sjuksköterske- och läkarmedverkan inom äldreomsorgen för de äldre i behov av hälso- och sjukvård, dels om att säkerställa att äldre i särskilt boende kan få ta del av god och säker hälso- och sjukvård i sin bostad när behov uppstår. Ett sätt att åstadkomma detta kan vara att en kommunal sjuksköterska vid ett äldreboende ska kunna tillkalla läkare närhelst det bedöms behövligt. För att en sådan ordning ska vara genomförbar torde det vara aktuellt för särskilda boenden att ha tillgång till sjuksköterskor dygnet runt. Tillgången till sjuksköterskor dygnet runt torde även vara en viktig förutsättning för medicinska insatser i form av exempelvis dropp och syrgas. Genom en ökad medicinsk kompetens kan övrig personal ges möjlighet till stöd och handledning vid medicinsk behandling. Regeringen anser också att kommunernas behov av större geriatrisk kunskap är en viktig fråga som behöver adresseras.

Brister i läkarmedverkan bör kunna lösas genom förbättrad samverkan mellan regioner och kommuner och en mer samordnad vård och omsorg. Det handlar om bättre tillgänglighet, att avsätta tillräcklig med tid för läkare, en ökad kontinuitet och ett utvecklat teamarbete. Enligt Coronakommissionen är bilden av hur läkarinsatser har fungerat under våren varierad mellan olika kommuner och boenden, från stor nöjdhet till skarp kritik. Det kan ifrågasättas om den nuvarande uppdelningen mellan kommun och region är ändamålsenlig när det kommer till läkaransvaret. Äldreomsorgen är i dag beroende av regionerna och deras prioriteringar för sådana medicinska bedömningar som bara en läkare kan göra. Med en egen möjlighet att tillhandahålla läkarinsatser kan det finnas möjlighet för kommunerna att ta ett större ansvar. En sådan ordning får dock inte innebära att det skapas nya huvudmannagränser och otydlighet kring vem som är ytterst ansvarig för att säkerställa tillgången till läkare och för att säkra en god och jämlik vård. Coronakommissionen påpekar också att det i alla händelser är angeläget att regionerna säkerställer att äldreomsorgen får tillgång till de läkarresurser den behöver.

Medicinskt ledningsansvarig läkare (MAL)

Inom det verksamhetsområde där kommunen bestämmer ska det finnas sjuksköterskor med ett särskilt medicinskt ansvar, så kallade medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS). Om ett verksamhetso-

mråde i huvudsak omfattar rehabilitering får en fysioterapeut, arbetsterapeut eller sjukgymnast fullgöra de uppgifter som åligger en medicinskt ansvarig sjuksköterska. Han eller hon kan då kallas medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Det ska finnas minst en MAS i varje kommun. Något motsvarande krav finns inte för MAR. Ett verksamhetsområde kan vara geografiskt eller vara en viss uppgift, t.ex. all fysioterapi vid kommunens särskilda boenden för äldre.

En kommun får enligt 15 kap. 1 § HSL sluta avtal med någon annan om att utföra sådan hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för. Även när sådan hälso- och sjukvård enligt avtal utförs av någon annan gäller kommunens grundläggande hälso- och sjukvårdsansvar som sjukvårdshuvudman. Det förekommer bl.a. att privata utförare har en egen anställd MAS och MAR eller att de använder kommunens MAS och MAR.

Vilken roll har MAS?

HSL:s beskrivning av funktionen MAS är på en övergripande nivå. Den omständigheten att det finns MAS i den kommunala hälso- och sjukvården och att de har ett särskilt ansvar, innebär inte att ansvar fråntas andra. Precis som i andra hälso- och sjukvårdsverksamheter har sjukvårdshuvudmannen, vårdgivaren, verksamhetschefen och hälso- och sjukvårdspersonalen alla sitt ansvar. Vårdgivarens mest grundläggande ansvar är att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god vård upprätthålls (3 kap. 1 § PSL).

Hur man väljer att arbeta med de olika områdena skiljer sig mellan olika kommuner och även hur man prioriterar mellan de olika uppgifterna. MAS ansvar beskrivs av kommunerna som brett. Det innehåller både proaktivt kvalitetsarbete och reaktiv kvalitetsuppföljning och tillsyn.

Finns det behov av medicinskt ledningsansvariga läkare?

MAS har ett långtgående ansvar för kvaliteten och säkerheten i den kommunala hälso- och sjukvården. Han eller hon har inget primärt ansvar för vården av en enskild patient men kan ingripa i enskilda fall och bestämma över vården. MAS är en viktig resurs i planeringen av kommunens hälso- och sjukvård. Trots MAS roll och uppdrag visar

granskning av äldreomsorgen att länken mellan hälso- och sjukvården och omsorgen inte alltid fungerar. MAS lämnas inte sällan ensam med svåra medicinska bedömningar och beslut. Brister i äldreomsorgens tillgång till hälso- och sjukvård föranleder frågan om huruvida kommunerna skulle kunna dra nytta av en ytterligare medicinsk ansvarsnivå. En sådan funktion skulle dels kunna vara en länk till den regionala hälso- och sjukvården och de regionala stabsläkarna, dels vara en sammanhållande länk för MAS och MAR och övrig hälso- och sjukvårdspersonal inom kommunen. En sådan funktion skulle även kunna bedöma de medicinska konsekvenserna av strategiska beslut samt prioritera resurser utifrån medicinska behov. Syftet skulle vara att stärka den medicinska kompetensen i kommunerna. Coronakommissionen lyfter i sitt delbetänkande (SOU 2020:80) att kommunerna behöver bli bättre kravställare gentemot regionerna i fråga om tillgången till läkarinsatser. Genom att inrätta en funktion med medicinskt ledningsansvarig läkare kan kommunernas planering av hälso- och sjukvården, bedömning av behov och begäran om läkarinsatser från regionerna samt patientsäkerhetsarbetet förstärkas. Funktionen kan också, tillsammans med MAS, fylla en roll i kommunernas krisledningsarbete. Det finns i dagsläget ingenting som förbjuder kommuner att ha en sådan funktion.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

För att täcka framtidens behov av insatser behöver kommuner och regioner satsa på hållbara lösningar som bidrar till äldres hälsa och som samtidigt är samhällsekonomiskt lönsamma. Forskning visar att hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser är en betydande del av en sådan lösning. Det finns god evidens för att hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser kan bidra till bättre hälsa hos den enskilde. Att tidigt erbjuda personcentrerad rehabilitering i hemmet kan resultera i att äldre personer behåller sin självständighet längre och att behovet av mer omfattande hemtjänstinsatser och särskilt boende kan skjutas på framtiden. Utöver individuella vinster för äldre kvinnor och män visar studier att hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser är god ekonomi för kommunen. Flera studier genomförda i Sverige och Norge visar att upp emot 70 procent av alla som söker hemtjänst kan klara

sig helt på egen hand eller med mindre insatser efter att de fått personcentrerad rehabilitering.

Ansvarsfördelningen mellan region och kommun avseende rehabilitering är dock otydlig och varierar mellan olika kommuner och regioner. Generellt ska regionen ansvara för den rehabilitering som ordineras från den specialistvård som patienten behöver medan kommunen har ansvar för den rehabilitering som de patienter får som inte behöver specialistvård. Behoven har förändrats eftersom kortare vårdtider och snabbare utskrivning från sjukhus lett till att mer rehabilitering behöver ske i hemmet. Det bedrivs redan i dag avancerad vård och rehabilitering i hemmet där samverkan mellan olika vårdnivåer och professioner behöver stärkas för att säkerställa en god och patientsäker vård. Här kan en MAR ha viktig roll att fylla.

Uppdraget som MAR regleras i hälso- och sjukvårdslagen (11 kap. 4 § HSL) som beskriver att för verksamhetsområden som huvudsakligen omfattar rehabilitering, får arbetsterapeut eller fysioterapeut fullgöra uppgifter som annars åligger MAS. I dag är det valfritt för kommunerna om de vill anställa en MAR. År 2019 hade cirka 80 kommuner en anställd MAR. En MAR säkerställer att det finns en jämlik tillgång på hälsofrämjande, preventiva och rehabiliterande åtgärder av hög kvalitet i kommunen och behöver därför ges goda förutsättningar för att fullgöra sitt ansvar.

Såväl MAS som MAR kan fungera som en länk mellan hälso- och sjukvårdsverksamheterna och den kommunala ledningen av hälso- och sjukvården. Med det ökade behovet av hälso- och sjukvård till äldre och inom äldreomsorgen följer även ett ökat behov av rehabilitering. Tillgången till och utformningen av hälsofrämjande och preventiva åtgärder kommer också att ha mycket stor betydelse.

Närmare om uppdraget

Mot bakgrund av ovanstående får utredaren i uppdrag att göra följande:

– Föreslå en ändamålsenlig reglering och lämna de förslag som krävs för att reglera tillgången till medicinsk kompetens i särskilt boende samt för hemsjukvården. I uppdraget ingår att överväga och ta ställning till om det finns behov av och är ändamålsenligt att ha tillgång till läkare och sjuksköterskor dygnet runt i särskilt boende och, om det finns ett sådant behov, lämna de förslag som krävs.

- Föreslå en ändamålsenlig reglering och lämna de förslag som krävs för att stärka tillgången till medicinsk kompetens till de verksamheter som utför vård och omsorg till äldre genom hemtjänst.
- Överväga och ta ställning till om det finns behov av och är ändamålsenligt att ge kommuner möjlighet att utföra läkarinsatser och, om det finns ett sådant behov, lämna de förslag som krävs för att reglera en sådan ordning.
- Överväga och ta ställning till om det finns behov av och är ändamålsenligt att inom den kommunala hälso- och sjukvården införa krav på medicinskt ledningsansvarig läkare (MAL) med övergripande medicinskt ansvar för den kommunala hälso- och sjukvården och, om det finns ett sådant behov, lämna de förslag som krävs för att reglera en sådan funktion.
- Överväga och ta ställning till om det finns behov av och är ändamålsenligt att det inom varje kommun ska finnas en medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) på samma sätt som det i dag finns krav på medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Om det finns ett sådant behov ska utredaren lämna de förslag som krävs för att reglera en sådan funktion.
- Lämna nödvändiga författningsförslag inom ramen för hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Utredaren ska vid genomförandet av uppdraget särskilt ta hänsyn till och se till konsekvenserna av förslagen för kommuner av olika storlek.

Konsekvensbeskrivningar

Om förslagen påverkar kostnader eller intäkter för staten, kommuner eller regioner ska utredaren beräkna och redovisa dessa kostnader och konsekvenser i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474).

Den kommunala självstyrelsen utgör grunden för skötseln av alla kommunala angelägenheter som bestäms i lag (14 kap. 2 § regeringsformen). En inskränkning i den kommunala självstyrelsen bör enligt 14 kap. 3 § regeringsformen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranlett den. Påverkar något av förslagen som utredaren lämnar den kommunala självstyrelsen ska utredaren särskilt redovisa dessa konsekvenser och de särskilda av-

vägningar som enligt utredarens mening motiverar att inskränkningen görs. Om flera möjligheter finns för att nå samma mål, ska utredaren föreslå den som innebär den minst långtgående inskränkningen i den kommunala självstyrelsen.

I konsekvensanalysen ingår att bedöma om den föreslagna regleringen överensstämmer med Sveriges internationella åtaganden om mänskliga rättigheter samt analysera förslagen utifrån bestämmelser om förbud mot diskriminering.

Utredaren ska genomgående anlägga ett jämställdhetsperspektiv i analyser och förslag. Analyserna ska omfatta konsekvenser såväl för den äldre som för anhöriga samt för personal inom berörda yrkesgrupper. Konsekvenser för kompetensförsörjningen av yrkesgruppen läkare och sjuksköterskor ska analyseras.

Arbetets genomförande, kontakter och redovisning av uppdraget

Arbetet ska präglas av ett inkluderande arbetssätt. Utredaren ska samråda med de statliga myndigheter, nationella samordnare och pågående utredningar som berörs av förslagen. Utredaren ska även samråda med Sveriges Kommuner och Regioner samt företrädare för ett antal kommuner och regioner.

Vid genomförandet av uppdraget ska utredaren beakta tidigare utredningars kartläggnings- och analysarbete som är av betydelse för utredningsuppdraget.

Regioner och kommuner samt organisationer som berörs av utredningen, däribland företrädare för de nationella minoriteterna, ska ges tillfälle att bidra med kunskap och möjlighet att framföra synpunkter under utredningens gång.

Utredaren ska löpande hålla Regeringskansliet (Socialdepartementet) informerat om sitt arbete och regelbundet presentera förslag och resultat av arbetet.

Uppdraget ska redovisas senast den 30 juni 2022.

(Socialdepartementet)

Statens offentliga utredningar 2022

Kronologisk förteckning

1. Förbättrade åtgärder när barn misstänks för brott. Ju.
2. En skärpt syn på brott mot journalister och utövare av vissa samhällsnyttiga funktioner. Ju.
3. Sveriges tillgång till vaccin mot covid-19 – framgång genom samarbete och helgardering. S.
4. Minska gapet. Åtgärder för jämställda livsinkomster. A.
5. Innehållsvillkor för public service på internet – och ordningen för beslut vid förhandsprövning. Ku.
6. Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga. Del 1 och 2. S.
7. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2022. Samhället, tekniken och etiken. M.
8. Rätt och rimligt för statligt anställda. Fi.
9. Avfallsbeskattning – En fråga om undantag? Fi.
10. Sverige under pandemin. Volym 1 Samhällets, företagens och enskildas ekonomi. Volym 2 Förutsättningar, vägval och utvärdering. S.
11. Handlingsplan för en långsiktig utveckling av tolktjänsten för döva, hörselskadade och personer med dövblindhet. S.
12. Startlån till förstagångsköpare av bostad. Fi.
13. Godstransporter på väg – vissa frågeställningar kring ett nytt miljöstyrande system. Fi.
14. Sänk tröskeln till en god bostad. Fi.
15. Sveriges globala klimatavtryck. M.
16. Ett förstärkt lagstöd för utlämnande av sekretesskyddade uppgifter till utlandet. Fö.
17. En modell för att mäta och belöna progression inom sfi. U.
18. EU:s förordning om terrorisminnehåll på internet – kompletteringar och ändringar i svensk rätt. Ju.
19. Utökade möjligheter att använda hemliga tvångsmedel. Ju.
20. Privatkopieringsersättningen i framtiden. Ju.
21. Rätt för klimatet. M.
22. Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram. S.
23. En oavvislig ersättningsrätt? Ju.
24. Materielförsörjningsstrategi. För vår gemensamma säkerhet. Fö.
25. Nya krav på betaltjänstleverantörer att lämna uppgifter. Fi.
26. Extraordinära smittskyddsåtgärder – en bedömning. S.
27. Begränsningar i möjligheterna för vissa aktörer att få tillstånd att bedriva öppenvårdsapotek. S.
28. Vår demokrati – värd att värna varje dag. Volym 1 och Volym 2, Antologin 100 år till. Ku.
29. Inkomstskatterapporter och några redovisningsfrågor. Ju.
30. Korttidsarbete under pandemin – en utvärdering av stödets betydelse. Fi.
31. Rätt och lätt – ett förbättrat regelverk för VAB. S.
32. Ko ihmisarvoa mitathiin. Tornionlaaksolaisitten, kväänitten ja lantalaisitten eksklyteerinki ja assimileerinki Då människovärdet mättes. Exkludering och assimilering av tornedalingar, kväner och lantalaiset. Ku.
33. Om prövning och omprövning – en del av den gröna omställningen. M.

34. I mål – vägar vidare för att fler unga ska nå målen med sin gymnasieutbildning. U.
35. Tryggare i vårdyrket – en översyn av vissa frågor inom utbildning till sjuksköterska och barnmorska. U.
36. Arbetslivskriminalitet – en definition, en inledande bedömning av omfattningen, lärdomar från Norge. A.
37. Stärkt arbete med att bekämpa bidragsbrott. Administrativt sanktionssystem och effektivare hantering av misstänkta brott. S.
38. Alla tiders föräldraskap – ett stärkt skydd för barns familjeliv. Del 1 och 2. Ju.
39. Ett register för alla bostadsrätter. Fi.
40. God tvångsvård – trygghet, säkerhet och rättssäkerhet i psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. S.
41. Nästa steg. Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer. S.

Statens offentliga utredningar 2022

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

Minska gapet. Åtgärder för minskade livsinkomster. [4]

Arbetslivskriminalitet – en definition, en inledande bedömning av omfattningen, lärdomar från Norge. [36]

Finansdepartementet

Rätt och rimligt för statligt anställda. [8]

Avfallsbeskattning – En fråga om undantag? [9]

Startlån till förstagångsköpare av bostad. [12]

Godstransporter på väg – vissa frågeställningar kring ett nytt miljöstyrande system. [13]

Sänk tröskeln till en god bostad. [14]

Nya krav på betaltjänstleverantörer att lämna uppgifter. [25]

Korttidsarbete under pandemin – en utvärdering av stödets betydelse. [30]

Ett register för alla bostadsrätter. [39]

Försvarsdepartementet

Ett förstärkt lagstöd för utlämnande av sekretesskyddade uppgifter till utlandet [16]

Materielförsörjningsstrategi. För vår gemensamma säkerhet. [24]

Justitiedepartementet

Förbättrade åtgärder när barn misstänks för brott. [1]

En skärpt syn på brott mot journalister och utövare av vissa samhällsnyttiga funktioner. [2]

EU:s förordning om terrorisminnehåll på internet – kompletteringar och ändringar i svensk rätt. [18]

Utökade möjligheter att använda hemliga tvångsmedel. [19]

Privatkopieringsersättningen i framtiden. [20]

En oavvislig ersättningsrätt? [23]

Inkomstskatterapporter och några redovisningsfrågor. [29]

Alla tiders föräldraskap – ett stärkt skydd för barns familjeliv. Del 1 och 2. [38]

Kulturdepartementet

Innehållsvillkor för public service på internet – och ordningen för beslut vid förhandsprövning. [5]

Vår demokrati – värd att värna varje dag. Volym 1 och Volym 2, Antologin 100 år till. [28]

Ko ihmisarvoa mitathiin. Tornionlaaksolaisitten, kväänitten ja lantalaisitten eksklyteerinki ja assimileerinki
Då människovärdet mättes. Exkludering och assimilering av tornedalingar, kväner och lantalaiset. [32]

Miljödepartementet

Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2022. Samhället, tekniken och etiken. [7]

Sveriges globala klimatavtryck. [15]

Rätt för klimatet. [21]

Om prövning och omprövning – en del av den gröna omställningen. [33]

Socialdepartementet

Sveriges tillgång till vaccin mot covid-19 – framgång genom samarbete och helgardering. [3]

Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga. Del 1 och 2. [6]

Sverige under pandemin. Volym 1 Samhällets, företagens och enskildas ekonomi. Volym 2 Förutsättningar, vägval och utvärdering. [10]

Handlingsplan för en långsiktig utveckling av tolktjänsten för döva, hörselskadade och personer med dövblindhet. [11]

Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram. [22]

Extraordinära smittskyddsåtgärder – en bedömning. [26]

Begränsningar i möjligheterna för vissa aktörer att få tillstånd att bedriva öppenvårdsapotek. [27]

Rätt och lätt – ett förbättrat regelverk för VAB. [31]

Stärkt arbete med att bekämpa bidragsbrott. Administrativt sanktionssystem och effektivare hantering av misstänkta brott. [37]

God tvångsvård – trygghet, säkerhet och rättssäkerhet i pykiatrisk tvångsvård och rättspykiatrisk vård. [40]

Nästa steg. Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer. [41]

Utbildningsdepartementet

En modell för att mäta och belöna progression inom sfi. [17]

I mål – vägar vidare för att fler unga ska nå målen med sin gymnasieutbildning. [34]

Tryggare i vårdyrket – en översyn av vissa frågor inom utbildning till sjuksköterska och barnmorska. [35]