



Datum

2022-10-11

Vår referens

Tilde Tibblin

Planeringssekreterare

tilde.tibblin@malmo.se

Tjänsteskrivelse

Remiss om Nästa steg - Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer (SOU 2022:41) HVO-2022-3484

Sammanfattning

I december 2020 tillsatte regeringen en utredning med uppdrag att föreslå en äldreomsorgslag samt att ta fram förslag på stärkt medicinsk kompetens inom den kommunala hälso- och sjukvården. Förslagen som lämnas av utredningen bottenar i brister och utmaningar inom äldreomsorgen såsom: demografisk utveckling till en större äldre andel av befolkningen, bristande bemanning och kompetensförsörjning, kontinuitet, ojämlikhet, individanpassning, förebyggande arbete och finansiering.

Utredningen lämnar förslag till en äldreomsorgslag som ska komplettera socialtjänstlagen, den ska gälla medborgare 65 år och äldre, samt andra, som har nedsatt funktionsförmåga och behöver stöd i den dagliga livsföringen. Lagen innehåller exempelvis krav på genomförandeplaner, fast omsorgskontakt, kvalitetsberättelser, personcentrering med mera. Utredningen lämnar också förslag på en nationell ordning för kvalitetsutveckling (NOK) vars innehåll dock inte preciseras närmare i utredningen.

Vad gäller förslagen som avser att stärka den medicinska kompetensen lämnas många olika förslag såsom att kommun och region ska ta fram en gemensam plan för utvecklingen av den kommunala primärvården, att inskrivna i kommunens primärvård ska få en fast vårdkontakt och få medicinsk bedömning av en sjuksköterska dygnet runt. Dessutom föreslås dagens reglering kring medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering slopas till förmån för att ansvaret läggs på verksamhetschefen. Verksamhetschefen ska dock utse en kvalitetsansvarig för omvårdnad respektive rehabilitering om den inte själv har den medicinska kompetensen. Utredningen lämnar också förslag på att det ska införas en medicinsk ledningsfunktion på huvudmannanivå i kommunerna.

Förvaltningen anser att många av förslagen i utredningen är bra, men vill i förvaltningens förslag till yttrande främst lyfta bristande förutsättningar för kommunerna att uppfylla lagen, framför allt när det gäller finansiering och kompetensförsörjning. I det sammanhanget anser förvaltningen också att ikraftträdande 1 januari 2024 är för snart.

Förslag till beslut

1. Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden godkänner förvaltningens förslag till yttrande om *Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer* (SOU 2022:41).

Beslutsunderlag

- Nästa steg - Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer (SOU 2022:41)
- Tjänsteskrivelse HVON 2022-10-27 Remiss om Nästa steg - Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer (SOU 2022:41)
- Förvaltningens förslag till yttrande

Beslutsplanering

Hälsa-, vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott 2022-10-19

Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden 2022-10-27

Beslutet skickas till

Kommunstyrelsen

Ärendet

I april 2017 beslutade regeringen att ge en särskild utredare i uppdrag att göra en översyn av socialtjänstlagen och vissa av socialtjänstens uppgifter. Utredningens slutbetänkande som kom i augusti 2020 kom att heta *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag* (SOU: 2020:47). Någon översyn hade då inte gjorts på 25 år, annat än en lagteknisk revidering. Det ingick i den utredningens uppdrag att analysera hur äldreomsorgen bäst bör regleras i framtiden, inom ramen för socialtjänstlagen eller i en särskild lag som omfattar äldreomsorgen och övriga insatser inom socialtjänsten som är riktade till äldre personer. Utredningens bedömning var då att det utifrån den enskildes perspektiv fanns fördelar med att *inte* införa en särreglering för äldre, för att se till hela individens behov. Det finns ännu inga beslut om att införa den nya socialtjänstlagen.

Efter *Äldreomsorgen under pandemin* (SOU 2020:80, Coronakommissionens delbetänkande) beslutade dock regeringen att i december 2020 uppdra en utredare att föreslå en äldreomsorgslag. I juni 2022 överlämnade utredningen sitt förslag till en äldreomsorgslag och förslag om stärkt medicinsk kompetens i kommunerna. Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden har fått möjlighet att yttra sig om remissen *Nästa steg - Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer* (SOU 2022:41).

Utredningen har haft i uppdrag att ta fram ett förslag på en äldreomsorgslag samt ta 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. Målsättningen med författningsförslagen är att åstadkomma långsiktiga förutsättningar för äldreomsorgen och tydliggöra äldreomsorgens uppdrag och innehåll samt säkerställa tillgången till god hälso- och sjukvård och medicinsk kompetens inom äldreomsorgen. Förslagen bottenar i befintliga strukturella brister och utmaningar i vården och omsorgen om äldre. De brister och utmaningar som utredningen pekar på är följande:

- **Demografi:** Den demografiska utvecklingen förväntas leda till att fler personer är i behov av vård och omsorg om äldre medan den yrkesverksamma andelen av befolkningen minskar. Kraven på kommunens hälso- och sjukvård har förändrats sedan ansvaret fördes över till kommunerna på 1990-talet. Gruppen patienter har vuxit och deras vårdbehov likaså.
- **Individanpassning:** En rådande strikt styrning av enskildas insatser leder till mindre individanpassade insatser, medan individens förväntningar på delaktighet ökar,

delaktigheten är viktig för att enskilda ska kunna stärka och bibehålla funktions- och hälsotillstånd.

- **Bemanning:** Det saknas förutsättningar för ett nära och aktivt ledarskap som främjar att medarbetare söker och stannar i vårdrket, vilket gäller samtliga yrkesgrupper.
- **Kompetens:** Mer och mer vård kan utföras utanför vårdinrättningar och primärvårdens uppdrag har ändrats och vuxit därefter. Hälso- och sjukvårdens omställning till en nära vård ställer nya krav på personcentrerade och proaktiva arbetssätt, samt högre krav på bemanning och på personalens medicinska kompetens. Utredningen anser att fler hälso- och sjukvårdsinsatser behöver utföras av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och att varken regioner eller kommuner har anpassat sin hälso- och sjukvårds tillgänglighet och organisering utifrån de ökade kraven på kommunens primärvård. Utredningen bedömer att regioner och kommuner generellt inte lever upp till de åtaganden som följer av nuvarande lagstiftning och att hälso- och sjukvården inte är jämlik på ett flertal områden för de som har kommunal hälso- och sjukvård. I utredningen framkommer att kompetensen inom till exempel nutrition, munhälsa, fallprevention, läkemedelshantering och rehabilitering skulle behöva förstärkas i kommunerna. Kompetensen brister även om äldre personers särskilda vårdbehov, t.ex. geriatrisk kompetens, även inom läkarkåren. Brist 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. En utvecklad primärvård ställer också högre krav på personalresurser, kompetens och samordning av insatser från flera utförare.
- **Kontinuitet:** Hög personalomsättning försvårar en god personalkontinuitet, vilket påverkar både kvaliteten i insatser såväl som medarbetares arbetsmiljö negativt.
- **Samordning:** Äldre har ofta behov av både omsorgs- och vårdinsatser, vilket kräver en samverkan mellan aktörer och huvudmän. Det finns brister i samverkan idag som bland annat leder till onödiga besök på akutmottagning och inläggningar som tros ha kunnat undvikas.
- **Jämlikhet över landet:** Det finns stora lokala skillnader i landet som är omotiverade gällande likvärdighet i insatsernas omfattning och innehåll samt kvaliteten i insatser.
- **Förebyggande och rehabiliterande insatser:** För att klara den demografiska utmaningen behöver enskildas behov skjutas upp eller minskas, vilket kräver en satsning på förebyggande och hälsofrämjande arbete. Detta arbete sker i för låg utsträckning i kommuner och regioner. Utredningen tar också upp att det idag råder brist på såväl fysioterapeuter som arbetsterapeuter i kommunernas primärvård vilket kan innebära att till exempel kunskapsstöd inte implementeras i alla kommuner och att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal involveras för sent i rehabiliteringen.
- **Lågt förtroende hos allmänheten:** Förtroendet för äldreomsorgen bedöms som lågt och betydligt lägre än allmänhetens förtroende för hälso- och sjukvården. Det kan påverka både personers vilja att söka insatser vilket kan få konsekvenser för både den enskilde samt deras anhöriga. Det kan också påverka viljan att solidariskt finansiera äldreomsorgen, vilket är grundläggande för att ingen ska behöva avstå äldreomsorg på grund av ekonomiska skäl.
- **Finansiering:** Kostnaden för vård och omsorg om äldre per person har under de senaste 20 åren ökat med cirka 20 procent, samtidigt som andelen en kommun lägger på vården och omsorgen om äldre av den totala budgeten har minskat. Enligt beräkningar skulle det behöva tillföras 13,5 miljarder kronor mer till äldreomsorgen idag om andelen som avsattes skulle vara densamma som för 20 år sedan. Antalet som får kommunal primärvård har dessutom mer än dubblats under tidsperioden.

Kapitel 7 om ny äldreomsorgslag

Utifrån ovan nämnda strukturella brister som har varit kända under en längre tid men som fortfarande kvarstår trots en gemensam lagstiftning anser utredningen att det behövs ett tydligare gemensamt ramverk för styrning och uppföljning av äldreomsorgen. Utredningen menar att det inte skulle behöva ske genom en ny särskild lag, men eftersom utredningen har haft i uppdrag att ta fram förslag på en ny äldreomsorgslag så förtydligas krav genom denna. Lagens övergripande bestämmelser ska ge kommunerna utrymme att utifrån en lokal kontext utforma verksamheten så att de når lagens mål. Lagens utformning är tänkt att ge utrymme för tillitsbaserad styrning med utgångspunkt i medarbetarnas kompetens, professionella omdöme samt för att tillvarata innovations- och utvecklingskraft i verksamheten.

7.3.1 Det behövs en särskild lag

Utredningen anser att äldreomsorgens uppdrag och innehåll behöver

K

förtydligas och att en ny lag kan skapa förutsättningar för en mer likvärdig kvalitet i äldreomsorgen. Lagen ska komplettera den befintliga socialtjänstlagen och innehåller inte några bestämmelser om hälso- och sjukvård. Anledningen till det senare beror på att utredningen anser att det finns en risk för att om äldreomsorgslagen skulle innehålla hälso- och sjukvårdsbestämmelser, att hälso- och sjukvården till personer 65 år och äldre skulle bli annan sjukvård än till övriga befolkningen och därför inte jämlik.

7.3.2 Lagens tillämpningsområde beskriver vad som utgör äldreomsorg

Utredningen har haft i uppdrag att definiera begreppet äldreomsorg och vilka som ska omfattas av den föreslagna lagen. Utredningen definierar äldreomsorg genom att det är insatser som ska stödja och hjälpa personer som fyllt 65 år i den dagliga livsföringen, som på grund av ålder har nedsatt funktionsförmåga. Lagen ska också gälla, och äldreomsorg ska även ges till personer som är under 65 år, när insatser inom äldreomsorgen är ändamålsenligt med hänsyn till personens behov av stöd och hjälp. Genom att beskriva dels vilka som omfattas av lagen dels lagens tillämpningsområde, kan äldreomsorgens verksamhet beskrivas.

Utredningen har kommit fram till att lagen måste innehålla en referens till en ålder, eftersom lagen annars skulle behöva avgränsas genom andra attribut så som vilka behov eller insatser som inkluderas i lagen. Utredningen menar vidare att det finns en norm att den som är 65 år och äldre omfattas av äldreomsorg, som även avspeglas i statistik och i forskning. Utredningen övervägde att koppla lagen till riktåldern för pension i socialförsäkringsbalken, så att den kan följa utvecklingen av pensionsålder. Riktåldern relaterar till åldern då en person inte längre förväntas försörja sig själv genom arbete och inte när en person behöver hjälp och stöd i den dagliga livsföringen på grund av nedsatt funktionsförmåga i samband med åldrande. Utredningen fann därför att det inte fanns skäl att välja en annan ålder än 65 år och äldre, som de anser är vedertagen.

En person som är 65 år och äldre kan också ha behov av andra insatser än de som är kopplade till nedsatt funktionsförmåga som har förvärvats eller kvarstår i samband med åldrande, till exempel ekonomiskt bistånd eller stöd och hjälp vid våldsutsatthet. Då dessa personer även omfattas av socialtjänstlagen, omhändertas deras behov av insatser inom den lagstiftningen. Det resulterar i att äldreomsorgenslagen kan avgränsas till att endast omfatta 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.

7.3.3 Lagens förhållande till socialtjänstlagen

Övergripande bestämmelser i socialtjänstlagen ska även fortsatt gälla för äldreomsorgen. Exempelvis ska en ansökan om bistånd även fortsatt utredas, dokumenteras och prövas enligt socialtjänstlagen.

Vissa bestämmelser som endast gäller äldre och äldreomsorg flyttas från socialtjänstlagen till äldreomsorgslagen. Det innefattar specifikt kapitel 5 som avser gruppen äldre människor, delar av kapitel 4 som innefattar rätten att bo med sin partner och fast omsorgskontakt samt den del i kapitel 5 som handlar om personer som vårdar eller stödjer en äldre närstående. Vissa bestämmelser bedöms som så pass viktiga i socialtjänstlagen att de finns med i både socialtjänstlagen och i äldreomsorgslagen, genom en hänvisning i äldreomsorgslagen till socialtjänstlagen.

7.3.4 Lagens syfte

Utredningen beskriver syftet med lagen för att tydliggöra äldreomsorgens uppdrag. Lagens syfte är 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.

7.3.5 Äldreomsorgens mål

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. Utredningen bedömer att det förebyggande perspektivet behöver stärkas i äldreomsorgen. Det handlar bland annat om att nå personer med behov av vård och omsorg i ett tidigt skede, för att kunna erbjuda dem insatser innan behoven vuxit sig stora. För detta krävs uppsökande arbete och tydlig lättillgänglig information om vilket stöd som finns. Det kan även krävas ett teamsamarbete med olika professioner för att kunna omhänderta personers olika behov på ett ändamålsenligt sätt. Äldreomsorgen behöver också genomsyras av arbetssätt som kan stärka eller bevara den enskildes funktionsförmåga. En tillgänglig äldreomsorg innebär bland annat 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 dess tjänster. För detta behövs en ändamålsenlig kommunikation och information.

De mål i socialtjänstlagen som enbart gäller för äldre personer föreslås 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.

7.3.6 En personcentrerad äldreomsorg med individen i centrum

Utredningen anser att individperspektivet behöver stärkas inom äldreomsorgen gällande utredning, beslut och genomförande. För att det ska vara möjligt anser utredningen att det är viktigt att nämndens riktlinjer vid biståndsbedömning inte är för styrande eller detaljerande för att ge utrymme för biståndshandläggaren att arbeta individbaserat. Framför allt anser utredningen att olika bedömningsinstrument såsom Individens behov i centrum (IBIC) eller Behov av stöd (BAS) bör användas för att hjälpa biståndshandläggaren att arbeta individbaserat. Insatserna som beslutas bör också vara flexibla och inte allt för detaljerade.

Därför införs en bestämmelse om att de insatser som en person beviljas 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.

7.3.7 Ett personcentrerat perspektiv vid utförande av insatserna

Utredningen föreslår att ett krav på att genomförandeplaner ska upprättas införs i äldreomsorgslagen. Undantagsfall för när en person inte behöver en genomförandeplan är när det anses uppenbart obehövt eller när insatsen ges utan behovsprövning. Planen ska utgå från personens individuella behov och förutsättningar och ska upprättas, följas upp och fortlöpande hållas aktuell tillsammans med personen, så långt det är möjligt. Bestämmelsen innefattar inte hur ofta planen ska följas upp. Anhöriga eller andra närstående ska också ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och personen den gäller inte motsätter sig det. Planen ska även innehålla information om rehabiliterande och förebyggande insatser som avser att stärka eller bibehålla den enskildes funktioner.

Inom nämndens verksamhet upprättas genomförandeplaner i stor utsträckning eftersom det är ett allmänt råd i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Råden beskriver hur en insats ska dokumenteras och att genomförandeplanen bör upprättas av den som utför insatserna.

7.3.8 De beviljade insatserna behöver följas upp för att säkerställa att insatserna tillgodoser behoven

Äldreomsorgslagen innefattar en bestämmelse om att nämnden ska följa upp insatser inom äldreomsorgen för att säkerställa att de insatser som beviljats tillgodoser de behov av insatser som personen har samt att insatser har god kvalitet. I dagsläget finns inget uttryckligt krav på uppföljning i socialtjänstlagen. Det finns dock bestämmelser om god kvalitet och enligt förarbetet till socialtjänstlagen måste insatser följas upp för att säkerställa att de är av god kvalitet. Bestämmelsen innefattar inte hur ofta en insats ska följas upp utan att det ska ske efter behov.

7.3.9 Delaktighet, inflytande och information

Utredningen menar att den enskildes tillgång till delaktighet, inflytande och information är av vikt. Det finns redan bestämmelser i socialtjänstlagen som till viss del beskriver vikten av delaktighet och inflytande. Utredningen menar dock att det är svårt att vara delaktig och ha inflytande i sina insatser och det saknas kunskap om själva processen, därför föreslås en ny bestämmelse om att en person ska få den information som behövs för att hen ska kunna vara delaktig och ha inflytande i sitt ärende och över de insatser som ges. Informationen ska beskriva handlägningsprocessen, planering, utförande av beviljade insatser, uppföljning och fast omsorgskontakt. Informationen ska anpassas till vad som anses behövas för att personer ska kunna vara delaktiga och ha inflytande i sitt ärende. Därför kan det vara aktuellt att ge informationen i skrift eller att delge en anhörig. Bestämmelsen avser också att utjämna maktbalansen mellan handläggare och ansökande, samt göra processen mer jämlik mellan olika individer som är mer eller mindre resursstarka.

7.3.10 En samordnad vård och omsorg

I samband med att personer flyttar till ett särskilt boende för äldre ska en individuell plan upprättas för samordning av insatser, oavsett om personens behov kräver insatser från båda huvudmännen kommun och region. Utredningen utgår från att personer som flyttar in på

särskilt boende för äldre ofta har omfattande behov och är i behov av både omsorg och hälso- och sjukvård. I samband med inflyttning ska den enskilde skrivas in i den kommunala primärvården och bör få en hälsoundersökning av en läkare för att identifiera hälsotillstånd, eventuella vårdbehov inklusive förebyggande insatser. Vid denna undersökning ska det även beslutas hur ofta uppföljning av den enskildes hälsotillstånd ska göras. Detta förslag återkommer under stärkt medicinsk kompetens i kommunerna (8.6.1 om individuell vårdplanering) och avser samma individuella plan.

7.3.11 Kontinuitet, trygghet och säkerhet

Utredningen anser att personers behov av kontinuitet, trygghet och säkerhet behöver tillgodoses på ett bättre sätt än idag. Därför ska det införas en bestämmelse i äldreomsorgslagen som anger att personers behov av kontinuitet, trygghet och säkerhet ska beaktas vid planering och organisering av verksamheten. Det innebär att kommunerna behöver planera och organisera sitt arbete på ett sådant sätt att de uppnår en god personalkontinuitet, som ska bidra till en god omsorgskontinuitet. Hänsyn till detta ska tas vid schemaläggning och när verksamheten organiserar personal i team och enheter.

Utredningen nämner olika modeller för ett gott sådant arbete, exempelvis Skönsmomodellen. Nämnden bedriver ett arbete med Malmömodellen för kontinuitet som delvis utgår från Skönsmomodellen.

7.3.12 Fast omsorgskontakt

I juli 2022 trädde en bestämmelse om fast omsorgskontakt för äldre personer med hemtjänst i kraft i socialtjänstlagen. Bestämmelsen utgår från att personer ska erbjudas en fast omsorgskontakt i form av en undersköterska om det inte är uppenbart obehövligt. Utredningen ger förslag på att även de som bor i särskilda boendeformer för äldre ska inkluderas i denna bestämmelse.

7.3.13 Uppföljning för kvalitetsutveckling

Utredningen ger förslag på att det årligen ska upprättas kvalitetsberättelser för äldreomsorgen. Kvalitetsberättelsen ska innehålla en redogörelse för

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.

Kvalitetsberättelsen ska tillsammans med patientsäkerhetsberättelsen utgöra underlag för nämndens utveckling och säkring av äldreomsorgens kvalitet. Att upprätta kvalitetsberättelser finns redan som allmänt råd i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Utredningen anser att det finns behov av att detta ska gälla för alla, för att nämnden lättare ska kunna se brister och förutsättningar och kunna följa upp och styra kvalitetsutvecklingen i äldreomsorgen.

7.3.14 Ledarskap

Chefen för den operativa verksamheten, det som ofta kallas för första linjens chef, ska ges de förutsättningar som behövs för att de ska kunna utföra ett aktivt och närvarande ledarskap. Utredningen anser att uppdraget för första linjens chefer är komplext och beskriver ett aktivt och närvarande ledarskap som att kunna ge praktiskt stöd och ledning till personal. Huvudmännen behöver med detta förslag arbeta aktivt för att möjliggöra detta, bland annat genom att se till att första linjens chefer ansvarar för ett rimligt antal medarbetare. Utredningen beskriver att första linjens chefer inom äldreomsorgen allt för ofta ansvarar för väldigt många

medarbetare, vilket inte anses som rimliga förutsättningar för ett aktivt och närvarande ledarskap. Utredningen vill inte ge förslag på ett antal högst tillåtna medarbetare per chef, utan menar att det måste planeras utifrån hur organisationen är planerad. Utredningen håller dock med tidigare utredning (SOU 2017:21) som menar att ett rimligt antal medarbetare ligger mellan 20–30 medarbetare gällande första linjens chefer inom äldreomsorgen.

7.3.15 Personal, bemanning och kompetens

I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) samt i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) finns bestämmelser om att det ska finnas tillräcklig personal samt personal med rätt kompetens för att insatser ska kunna utföras i enlighet med de mål och krav som gäller för verksamheten. Utredningen ger förslag på att denna bestämmelse även ska finnas inom äldreomsorgslagen samt inom socialtjänstlagen.

I socialtjänstlagen finns idag redan bestämmelser kring kompetens i form av personal med lämplig utbildning och erfarenhet, dock inte något om tillräckligt med personal. Utredningen preciserar inte vad som avses med tillräckligt antal personal och menar att det inte ska preciseras i lagstiftning eftersom det riskerar att bli för trubbigt och måste anpassas efter lokala omständigheter. Det är huvudmännens och verksamhetsansvarigas ansvar att se till att finns tillräcklig personal för att säkerställa att insatser sker i enlighet med lagstiftningens krav och mål såsom god kvalitet, enskildas behov av kontinuitet, säkerhet och trygghet. Detta ska beaktas vid planering av verksamheten.

7.3.16 Stöd till anhöriga och andra närstående

Bestämmelsen i socialtjänstlagen om att nämnden ska erbjuda stöd till den som vårdar eller stödjer äldre personer ska föras in i äldreomsorgslagen. Bestämmelsen stärks även genom äldreomsorgslagen i och med att socialnämnden i sin uppsökande verksamhet ska informera om det stöd som erbjuds dessa personer i kommunen, även innan behov av stöd uppkommit.

7.3.17 Nationella minoriteter och minoritetsspråk

Bestämmelsen om att kommunen ska verka för att nationella minoriteter ska få sina insatser utförda på sitt språk förändras inte i sak utan flyttas endast över till den föreslagna äldreomsorgslagen.

7.3.18 En nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen

Utredningen har också haft i uppdrag att föreslå bestämmelser som reglerar en ordning för en så kallad nationell omsorgsplan. Inspirationen för en nationell omsorgsplan kommer från skolans läroplaner. Utredningen har valt att kalla den föreslagna modellen för nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen, förkortad NOK. NOK ska syfta till att tydliggöra äldreomsorgens uppdrag och främja en likvärdighet över landet. Utredningen har inte haft i uppdrag att ta fram en NOK i sin helhet.

Utredningen menar att det idag finns skillnader i landet gällande äldreomsorgen som inte handlar om olika organisering eller medborgarnas behov, utan snarare handlar om kommuners olika prioriteringar och vilka resurser de väljer att lägga på äldreomsorgen i förhållande till andra kommunala åtaganden. Utredningen menar vidare att socialtjänstlagen är en ramlag där närmare reglering gällande enskildas rättigheter, socialtjänstens förfaringsätt och förutsättningar för att ge stöd och hjälp av god kvalitet inte förekommer i något större utsträckning. Detta har lett till att äldreomsorgens uppdrag och innehåll uppfattas som otydligt, både av allmänheten och av dem som arbetar inom äldreomsorgen. Utredningen ger därför förslag på en modell för styrning där

socialtjänstlagen och en äldreomsorgslag anger de grundläggande målen och bestämmelserna för äldreomsorgen och en ordning för kvalitetsutveckling anger mer preciserande nationella delmål tillsammans med bestämmelser för genomförande. Utredningen menar att genom att uppdraget och innehållet förtydligas i en NOK blir det tydligare vilka förväntningar huvudmännen ska leva upp till. Det underlättar även för enskilda att förstå och förutse vad de ska kunna förvänta sig av äldreomsorgen.

NOK föreslås utformas i form av en förordning, med bindande bestämmelser inom de områden som NOK omfattar. Bestämmelserna i förordningen om en NOK blir då föreskrifter om hur lagstiftningens krav ska verkställas. Socialtjänstlagen, äldreomsorgslagen och NOK blir tre styrande instrument som kompletterar varandra för att bidra till en långsiktig utveckling med stegvisa förbättringar och en successiv höjning av kvaliteten i äldreomsorgen. Detta anses bidra till en nationellt mer likvärdig god kvalitet i äldreomsorgen.

Utredningen har haft i uppdrag att ta fram olika områden som en NOK bör omfatta. Områdena har arbetats fram utifrån analyser och rapporter samt tillsammans med äldre, anhöriga, medarbetare, chefer och ledare inom vården och omsorgen om äldre. Förslagen på områden utgår från vad som skapar värde för den enskilde inom äldreomsorgen. NOK bör enligt utredningen omfatta områdena:

- meningsfull tillvaro
- individanpassning och personcentrering
- självbestämmande och delaktighet
- trygghet och säker vård och omsorg
- förebyggande, hälsofrämjande och funktionsstödjande
- tillgänglighet
- samordning och kontinuitet
- stöd, avlastning och involvering av anhöriga och andra närstående.

Kraven i en NOK ska vända sig till huvudmännen och inte formuleras som vad de enskilda kan förvänta sig av äldreomsorgen. NOK ska inte inkludera hälso- och sjukvård mot bakgrunden att hälso- och sjukvårdslagen inte anses besitta samma problematik gällande otydlig reglering som socialtjänstlagen. Utredningen lämnar inte något mer ingående förslag på NOK, utan det ska enligt deras uppdrag lämnas till en lämplig kunskapsmyndighet att ta fram. För att remissinstanserna ska kunna yttra sig gällande förslaget ger de exempel på hur modellen kan utformas. Utredningen menar att till varje enskilt område som de föreslår, ska relevanta delmål formuleras som konkretiserar och styr mot de övergripande målen i lagstiftningen. Till dessa delmål kopplas genomförande som ska konkretisera hur verksamheten ska arbeta och vilka förutsättningar som behöver finnas för att uppnå målen i de båda bestämmelserna. Dessa bestämmelser anser utredningen ska vara bindande bestämmelser. Utredningen anser att den myndighet som får i uppdrag att ta fram en modell för NOK även ska föreslå en ordning för hur den ska följas upp och förvaltas. Förordningen om NOK föreslås också bli en del av det regelverk som verksamheterna tillsynas utifrån, vilket kan bidra till en ökad tydlighet och likvärdighet gällande tillsynen.

Kapitel 8 om stärkt medicinsk kompetens i kommunerna

Med anledning av de brister som utredningen redovisar lämnar den ett antal förslag på området om stärkt primärvård i kommuner. Nedan presenteras även två bedömningar (8.2 och 8.4.1) relaterat till de utmaningar som utredningen konstaterat finns i den kommunala primärvården.

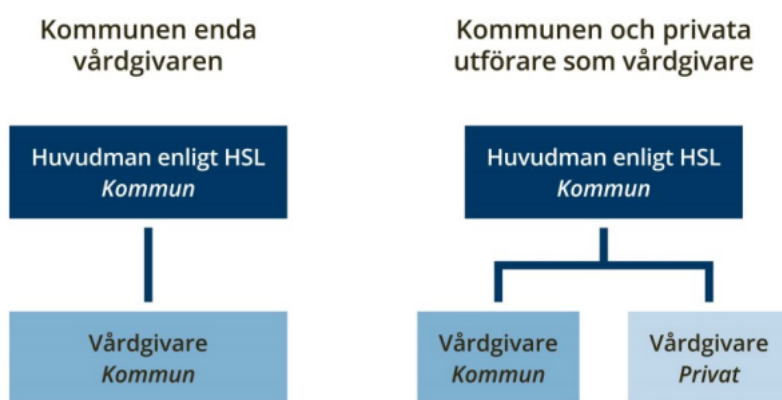
Allra först redogörs dock för vad som är kommunens hälso- och sjukvårdsansvar.

Kommunens ansvar för hälso- och sjukvård regleras i 12 kapitlet i hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Där framgår att kommunerna har en skyldighet att bedriva hälso- och sjukvård i särskilda boenden och får ta över ansvaret för hälso- och sjukvård i ordinärt boende från regionerna, vilket Malmö stad har gjort. I förarbetena till lagen framgår att kommunernas hälso- och sjukvård ska bedrivas på primärvårdsnivå. Kommunens ansvar innefattar att se till att patientgrupperna får tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver. Detta innebär ett visst ansvar för att till exempel äldre personer med kommunal primärvård får tillgång till läkare som regionen ska bekosta och utföra, genom att påkalla behov och efterfråga läkarresursen.

Primärvård definieras sedan den 1 juli 2022 som hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder 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. I kommunens primärvård får vården ges av sjuksköterska, men inte läkare.

Ytterligare ett förtydligande behövs kring kommunens ansvar när det gäller hälso- och sjukvård. Enligt hälso- och sjukvårdslagen har kommunen ett huvudmannansvar för hälso- och sjukvården. Dessutom kan kommunen ha ett vårdgivaransvar som utförare av hälso- och sjukvård. I Malmö finns privata vårdgivare, inom särskilt boende och korttidsverksamhet, för vilka kommunen, genom hälsa-, vård- och omsorgsnämnden, fortsatt har huvudmannansvar. Se till höger i bild 1. Regionen är huvudman för sin hälso- och sjukvård.

Bild 1. Kommunens roll som huvudman och vårdgivare.



8.2 Gränsdragning mot specialiserad hälso- och sjukvård i hemmet

Utredningen menar att omställningen till en nära vård och utökade möjligheter att utföra medicinska insatser i hemmet medför att gränssnittet mellan kommunal primärvård och regionens specialiserade sjukvård som kan utföras i hemmet blir mer och mer otydligt. Utredningen bedömer att en ytterligare utredning bör få i uppdrag att förtydliga ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och möjligheten till samverkan inom den specialiserade vården i hälso- och sjukvårdslagen.

8.4.1 Kommunens möjlighet att utföra läkarinsatser

Utredningen hade i uppdrag att överväga om det är ändamålsenligt att ge kommuner möjlighet att utföra läkarinsatser. Utredningen har kommit fram till att det i princip finns tre alternativa lösningar för att ge kommuner utökade möjligheter att utföra läkarinsatser. Utredningen bedömer att varje sådant förslag innebär nya risker och att ingen av dessa lösningar därför är ändamålsenlig. Utredningens mening är att kommuner inte bör få utökade möjligheter att utföra läkarinsatser utan att samtidigt ta över huvudmannansansvaret. En sådan lösning anses inte vara lämplig utan att samtidigt se över kommunindelningen eftersom för få kommuner har de förutsättningar som krävs för att ta ett sådant ansvar, bland annat vad gäller infrastruktur, kompetens och kontinuitet.

8.5.1 Det kommunala primärvårdsansvaret

Utredningen anser att kommunens hälso- och sjukvårdsansvar som huvudman behöver förtydligas genom ett klagörande om att det som kommunerna har befogenhet att ta ansvar för är primärvård. Därför föreslås att det ska framgå i 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”. Begreppet hemsjukvård ska som en följd ersättas med uttrycket primärvård i ordinärt boende.

I kapitel 8.5.4 klargör utredningen vad de menar med begreppet ”inskriven i kommunens primärvård” eftersom begreppet genomgående används i utredningen. Med inskriven i kommunens primärvård menas personer som bor i särskilda boendeformer för äldre och personer som har primärvård i ordinärt boende. De som endast har hemtjänst eller endast dagverksamhet anses alltså inte vara inskrivna i kommunens primärvård.

8.5.2 En gemensam plan för primärvården

Utredningen föreslår att det i lagtext ska göras tydligare att regionerna och kommunerna ska samverka med varandra vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården. Det ska ske genom lagkrav på att regionen och kommunerna i regionen ska ta fram en gemensam plan och däri ange formerna för och utvecklingen av primärvården. Denna plan ska följas upp årligen av båda huvudmännen.

Syftet med planen är att säkerställa att patienten får en sammanhängande hälso- och sjukvård oavsett huvudman och säkerställa en likvärdig tillgång till hälso- och sjukvård i hela landet. Utredningen menar att en långsiktig och strategisk planering för huvudmännens gemensamma åtaganden krävs för att underlätta samverkan, men planeringen bör även ske på kortare sikt. 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.

Utredningens förslag om primärvårdens utformning innebär att det av den gemensamma planen särskilt ska framgå hur primärvårdens medicinska kompetenser och medicintekniska utrustning ska tillhandahållas personer som får sin primärvård från båda huvudmännen i ett visst geografiskt område. Utgångspunkten i utredningens förslag är att det ska upprättas en plan per kommun, men det finns inget som hindrar samverkan i exempelvis kommunförbund.

Utredningen menar att det kan finnas för- och nackdelar med att reglera i detalj vad den gemensamma planen ska innehålla. Förslaget innebär att det finns möjlighet för regeringen att vid behov närmare reglera innehållet. Utredningens exempel på innehåll omfattar frågor som

kompetensförsörjning, lokalfrågor och utbudspunkter. Den ska också utvecklas utifrån samhällsutveckling, eventuell ny lagreglering eller ändrade gränssnitt mellan primärvård och specialiserad vård.

8.5.3 Kommunens primärvård ska ges nära patienten

Utredningen föreslår att det ska framgå av hälso- och sjukvårdslagen att kommunerna ska organisera sin primärvård så att vården kan ges nära enskilda som omfattas av kommunens primärvårdsansvar.

Redan idag framgår det av HSL att regionernas vård ska ges nära och utredningen bedömer att det bör formuleras likadant för kommunens primärvård. Lagregleringen föreslås för att stödja den utvecklingen som pågår inom hälso- och sjukvården till en ”nära vård”, men är även tänkt att bidra till ökad samverkan.

Utredningen går igenom vad den menar att nära vård innebär för kommunens primärvård. För att vården ska kunna ges nära patienten utifrån dennes behov och förutsättningar, behöver sjuksköterskor men även annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 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 försämrade hälsotillstånd behöver bemanningen runt den enskilda individen kunna anpassas.

8.6.1 Medicinsk bedömning av sjuksköterska dygnet runt

Utredningen menar att 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. Utredningen föreslår därför att det ska framgå i hälso- och sjukvårdslagen att kommunen ska säkerställa att enskilda som är inskrivna i kommunens primärvård vid behov kan få en medicinsk bedömning av en sjuksköterska dygnet runt.

Många vårdinsatser kan planeras i förväg med en god individuell vårdplanering, men 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 hand om tillfälligt ökade vårdbehov. Dessa behov kan uppstå alla dagar i veckan, inte bara på kontorstid på vardagar. Omsorgspersonal behöver också enligt utredningen ha möjlighet att kontakta, rådfråga och få handledning av en sjuksköterska alla dagar i veckan, dygnet runt.

Genom att i bestämmelsen ange att kommunen ska ”säkerställa” detta görs det tydligt 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 med mera. Detta gäller även i den mån kommunen tillhandahåller hälso- och sjukvård i privat regi där kommunen behöver ställa krav på vårdgivaren så att detta säkerställs även i dessa fall. Kommunen som huvudman ansvarar även

för att finansieringen skapar förutsättningar för detta.

8.6.2 Individuell vårdplanering

I nuvarande lagstiftning finns krav på regioner och kommuner att upprätta en individuell plan för brukaren/patienten då den har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Utredningen föreslår att denna individuella plan även ska upprättas för alla enskilda som är inskrivna i kommunens primärvård, dvs. även för de som inte har behov av socialtjänstinsatser, om det inte är uppenbart obehövt. Utredningen bedömer att en individuell plan som regel behöver tas fram för äldre personer och kroniskt svårt sjuka personer som är inskrivna i kommunens primärvård. Behovet får anses vara uppenbart för framför allt multisjuka med komplexa vårdbehov med en mängd vårdkontakter som behöver samordnas.

Med individuell vårdplanering menar utredningen arbetet med att planera de hälso- och sjukvårdsinsatser som en enskild patient behöver från vårdenheter, exempelvis i den kommunala primärvården, den regionala primärvården eller den specialiserade vården. En individuell vårdplan som en viss vårdenhet behöver göra för att planera sitt arbete, utgör alltså en del av underlaget för den individuella planen. Det är inte 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. Planeringen bör anpassas efter varje individs behov och förutsättningar. Individuella planer kan därför se väldigt olika ut. Detta förslag hör ihop med förslaget i ny äldreomsorgslag (7.3.10 om en samordnad vård och omsorg) och avser samma individuella plan men beskriver att planen ska upprättas för samtliga som är inskrivna i den kommunala primärvården.

Utredningen föreslår också lagändringar kring innehållet i den individuella planen, i den individuella planen ska, förutom redan reglerade uppgifter, 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. Utredningen föreslår också lagreglering om att planen ska ses över löpande för att anpassas efter den enskildes hälsotillstånd.

8.6.3 Fast vårdkontakt i kommuner

Utredningen lämnar förslag på lagstiftning med krav att kommunen ska säkerställa att en enskild som är inskriven i kommunens primärvård kan få en fast vårdkontakt i kommunen. En fast vårdkontakt ska utses i anslutning till att den enskilde skrivs in i kommunens primärvård, om det inte är uppenbart obehövt. Den fasta vårdkontakten föreslås vara legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, beroende på patientens behov av medicinska insatser kan det vara sjuksköterska, fysioterapeut eller arbetsterapeut. Den fasta vårdkontakten ska ha i uppgift att svara för planering, samordning och uppföljning av den 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 samordning av den enskildes insatser från socialtjänsten med bland andra dennes fasta omsorgskontakt.

Förslaget är tänkt att skapa förutsättningar för en nära vård, stärka relationskontinuiteten och underlätta samordningen av olika vård- och omsorgsinsatser närmast patienten. 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.

En person kan därför enligt utredningen inte vara fast vårdkontakt i kommunen till annat än ett rimligt antal patienter.

Eftersom ett syfte med en fast vårdkontakt är att skapa relationskontinuitet anser utredningen att vårdkontakten som regel bör utföra patientens planerade vårdinsatser inom ramen för sitt kompetensområde, inte bara delegera uppgifter till omsorgspersonal. 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 i förordning.

8.7.1 Styrning för ökad likvärdighet och tillgänglighet

Utredningen bedömer att regionerna inte lever upp till åtaganden som följer av bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen och att det krävs förtydliganden i lag som klargör vilka krav som ställs på regionernas läkarinsatser i den kommunala primärvården. De nuvarande avtalen mellan huvudmännen om läkarmedverkan bidrar inte till transparens.

Utredningen föreslår mot bakgrund i ovan att regleringen i hälso- och sjukvårdslagen om att huvudmännen ska sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan ska ersättas med en reglering om grundläggande krav på läkarinsatser i kommunens primärvård, i syfte att stärka kontinuitet, tillgänglighet och delaktighet i primärvården. Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt hälso- och sjukvårdslagen, ska kommunerna ha rätt att anlita läkare på egen hand, på regionens bekostnad.

8.7.2 Möjlighet att lista sig hos en vårdgivare med ett särskilt uppdrag

Utredningen föreslår att hälso- och sjukvårdslagen kompletteras med en reglering om att regionen ska säkerställa att enskilda som är inskrivna i kommunens primärvård har möjlighet att lista sig hos en vårdgivare med ett särskilt uppdrag med ansvar för läkarinsatser till ett särskilt boende eller ett visst hemsjukvårdsområde och där få en fast läkarkontakt. Berörda patienter ska i anslutning till inskrivning i kommunens primärvård få information om vilken vårdgivare som boendet eller hemsjukvården 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 kan få god tillgång till en fast läkarkontakt där. Erbjudandet om listning får dock inte medföra att patientens valfrihet begränsas.

8.7.3 Innehållet i det särskilda läkaruppdraget

Utredningen föreslår ny reglering i hälso- och sjukvårdslagen om att 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.

Utredningen exemplifierar att det idag finns vård- och hälsocentraler som har rullande schema för att fullgöra läkaruppdrag i kommunal primärvård vilket medför att patienterna kan få träffa olika läkare varje gång. 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. Utredningen menar att sådana arbetsätt inte är förenliga med det nu föreslagna läkaruppdraget.

8.7.4 Uppgifter för alla fasta läkarkontakter

Den föreslagna fasta läkarkontakten till en enskild som är inskriven i kommunens primärvård föreslås ha i uppgift att delta i planeringen, samordningen och uppföljningen av patientens vård tillsammans med patientens fasta vårdkontakt i kommunen, och i förekommande fall, andra berörda funktioner samt patienten och dennes närstående. För att garantera att läkare är delaktiga i planeringen, samordningen och uppföljningen av patientens primärvård föreslår utredningen att detta ska vara en reglerad uppgift för alla som är fast läkarkontakt till en person som är inskriven i kommunens primärvård. Det kommer att gälla alla vårdgivare, inte bara de med särskilt uppdrag att stå för läkarinsatser i den kommunala primärvården.

8.7.5 Medicinsk bedömning av läkare dygnet runt

Regionen föreslås säkerställa att enskilda som är inskrivna i kommunens primärvård vid behov kan få en medicinsk bedömning av en läkare dygnet runt. 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).

8.8.2 Stärkt medicinsk kompetens inom omvårdnad på vårdgivarnivå

Verksamhetschefen enligt HSL är den högsta ansvariga chefen hos en vårdgivare och ska fullgöra vårdgivarens ansvar för att verksamheten bedriver en god och säker vård. I hälso- och sjukvårdsförordningen framgår att det i verksamhetschefsansvaret ingår att säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. En verksamhetschef ska bland annat ansvara för den löpande verksamheten och upprätthålla och bevaka att hälso- och sjukvårdsverksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet på vården och främja kostnadseffektivitet inom det verksamhetsområde som bestämts. 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. I hälso-, vård- och omsorgsförvaltningen finns fyra verksamhetschefer utsedda, avdelningscheferna för vardera verksamhetsavdelning utgör verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen för sin respektive hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Utredningen föreslår att det ska tydliggöras att verksamhetschefen i kommunens primärvård ansvarar för att en god och säker hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivs. Bland annat för att klargöra de eventuella oklarheter som finns om vilket ansvar medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) egentligen har för kommunens hälso- och sjukvårdsverksamhet i förhållande till den som är verksamhetschef enligt 4 kap. 2 § HSL. Det ansvar som idag ligger på MAS enligt hälso- och sjukvårdsförordningen föreslås i stället ligga på verksamhetschefen.

Om verksamhetschefen i kommunens primärvård inte har den utbildning/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*. Denna reglering föreslås ersätta nuvarande bestämmelser om att kommunen ska ha en medicinskt ansvarig sjuksköterska. Kravet föreslås gälla alla vårdgivare inom kommunens primärvård, dvs. även privata utförare. Det föreslås regleras att denne kvalitetsansvarige för omvårdnad ska vara legitimerad sjuksköterska.

Den verksamhetschef som behöver utse en särskild kvalitetsansvarig för omvårdnad kommer behöva ge denne tydliga direktiv om vilka uppgifter som den ska ansvara för att fullgöra.

8.8.3 Stärkt medicinsk kompetens inom rehabilitering på vårdgivarnivå

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. På liknande sätt som i förslaget om en kvalitetsansvarig för omvårdnad föreslår utredningen därför att om verksamhetschefen inte har tillräcklig utbildning/kompetens och erfarenhet inom området rehabilitering och hjälpmedel ska ledningsuppgifter som kräver sådan kompetens fullgöras av en *kvalitetsansvarig för rehabilitering*. Det föreslås regleras att denne kvalitetsansvarige inom rehabilitering ska fullgöras av en legitimerad fysioterapeut eller arbetsterapeut.

Den verksamhetschef som behöver utse en särskild kvalitetsansvarig inom rehabilitering kommer behöva ge denne tydliga direktiv om vilka uppgifter som den ska ansvara för att fullgöra.

8.8.4 Stärkt medicinsk kompetens på huvudmannanivå

Utredningen menar att det finns behov av att tydligare skilja på huvudmannans respektive vårdgivarens ansvar för hälso- och sjukvården. 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 huvudmannans ansvar att skapa 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.

Utredningen föreslår därför att det ska finnas krav på en utpekad person som är ansvarig för ledningen av kommunens primärvård och som kan säkerställa att kommunen fullgör sitt huvudmannans ansvar, bidrar till att utveckla den kommunala primärvården på övergripande strategisk nivå, bidrar i övergripande planering och samverkan med regionen och andra aktörer samt deltar i upphandling av privata vårdgivare. 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. 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 föreslås vara sjuksköterska eller läkare med specialistkompetens. Utredningen betonar att den inte föreslår 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 den säkerställer med hjälp av den ledningsansvarige. Den som är ledningsansvarig för kommunens primärvård behöver enligt utredningen ha en central placering i kommunen där strategiska beslut som rör hälso- och sjukvård bereds. Avsikten är att den ledningsansvarige ska ha en reell möjlighet att vara delaktig i beredningen av kommunens beslut om organisation, prioriteringar och utvecklingsarbetet med mera. Hälso- och sjukvårdsansvaret enligt HSL kan vara placerat på olika nämnder, i Malmö stad finns exempelvis flera nämnder

som har hälso- och sjukvårdsansvar. Den föreslagna ledningsansvariga behöver enligt utredningens förslag vara placerad vid en förvaltning kopplad till den nämnd som har det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvård i kommunen.

8.8.5 Medicinsk ledningsfunktion i regionen

Vidare föreslår utredningen att det ska införas krav i lag på en ledningsansvarig på huvudmannanivå i alla regioner för planering, uppföljning och samordning av hälso- och sjukvårdsinsatser i kommunens primärvård. Den ledningsansvarige ska säkerställa att regionerna fullgör sitt huvudmannansvar 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 den föreslagna ledningsansvariga i kommunerna.

Ikraftträdande

Utredningen föreslår att äldreomsorgslagen, de föreslagna ändringarna i hälso- och sjukvårdslagen samt följdändringar i andra lagar ska träda i kraft den 1 januari 2024.

Konsekvenser av förslagen

Enligt utredningen ska förslagen utgöra ett paket där de olika delförslagen förstärker varandra och som sammantaget förväntas leda till positiva samhällsekonomiska konsekvenser. De sammantagna konsekvenserna förväntas leda till en utveckling mot en mer jämlik vård och omsorg och en generell förbättring av kvaliteten inom äldreomsorgen och hälso- och sjukvården för patienter med kommunal primärvård.

Utredningen menar att det behövs stora investeringar i vården och omsorgen om äldre. Uteblivna investeringar förväntas få negativa ekonomiska konsekvenser på samhällsnivå i form av exempelvis ökad anhörigvård vilket kan resultera i både minskad sysselsättningsgrad för dessa personer och i minskat stöd för att finansiera välfärden genom skatteintäkter. Det finns enligt utredningen en samsyn kring ett behov av att förbättra kvaliteten i vård och omsorg om äldre, som trots olika satsningar inte har förbättrats. Detta tyder på att så som vården och omsorgen om äldre är organiserad idag inte är ändamålsenligt, varken gällande kvalitet för individen eller kostnadseffektivitet. Kommuner och regioner har genomfört vissa förändringar kopplat till förebyggande arbete, utnyttjande av tekniska och digitala tjänster, men sammantaget pekar utvecklingen på att det inte är tillräckligt. Utredningen anser att det behövs en tydligare nationell styrning för att få starkare genomslag i arbetet med att ställa om mot nödvändiga förbättringar i arbetssätt och organisation och på så sätt kunna åstadkomma en likvärdig äldreomsorg.

Konsekvenser av förslag om äldreomsorgslag

Den äldreomsorgslag som föreslås avser bidra till en förbättrad och mer jämlik äldreomsorg. Den skapar förutsättningar för äldre och dess anhöriga samt andra närstående att vara mer delaktiga i äldreomsorgen, samt att genom det förebyggande perspektivet verka för att individer bibehåller sin hälsa och välmående längre än idag. För personal förväntas den föreslagna lagen bidra med en ökad tydlighet i uppdraget samt förbättrade arbetsförhållanden för både medarbetare och första linjens chef. Enligt utredningen kan det i sin tur öka attraktiviteten gällande att arbeta inom äldreomsorgen vilket kan underlätta kompetensförsörjningen.

Konsekvenser av stärkt medicinsk kompetens

De samlade effekterna av utredningens förslag inom hälso- och sjukvårdsområdet beräknas innebära en ökad personcentrering i den kommunala primärvården och att patienten blir mer

delaktig i utformningen av den egna vården. Genom tydligare strukturer för samverkan på huvudmannanivå och tydligare krav på vad som förväntas av olika vårdgivare förväntas patienter med kommunal primärvård få en utökad och därmed mer jämlik tillgång till hälso- och sjukvård. De olika förslagen förväntas bidra till en stärkt samverkan, ökad relationskontinuitet för patientens och personalens del, ett ökat fokus på förebyggande och rehabiliterande insatser och bättre integrering mellan hälso- och sjukvårdsinsatser från kommun och region, men även med socialtjänsten.

Utredningen menar att stärkt fokus på teambaserade arbetssätt, bättre bemanning och kompetensutveckling kommer bidra till en bättre arbetsmiljö och göra kommunens primärvård mer attraktiv för samtliga professioner. Några av förslagen förväntas skapa förutsättningar för ett gemensamt ansvarstagande när det gäller kompetensförsörjning inom primärvården.

Utredningens förslag som specifikt handlar om att stärka tillgången till läkare och sjuksköterskor för patienter som har kommunal primärvård utgör enligt utredningen inte nya åtaganden, utan förtydliganden av vad som redan följer av befintlig lagstiftning. Utredningen konstaterar att oaktat förslagen finns dock stora utmaningar vad gäller kompetensförsörjningen i primärvården och ”att dessa utmaningar åtgärdas kommer vara avgörande för att nå den fulla potentialen i utredningens förslag”.

Samhällsekonomiska konsekvenser

Utredningens bedömning av de ekonomiska konsekvenserna av förslagen är grovt beräknade och har stora osäkerhetsgrader på grund av att det inte finns goda statistiska underlag för att genomföra säkra beräkningar. Kommunerna avsätter en mindre andel ekonomiska medel till äldreomsorgen idag jämfört med för 20 år sedan. Detta trots en ökad andel äldre personer, som förvisso är friskare längre men också överlever komplicerade diagnoser i högre utsträckning och därför ofta kräver många och komplexa insatser senare i livet. Övergripande för de olika förslagen är att det förebyggande perspektivet stärks vilket enligt utredningen kan leda till effektiviseringar och besparingar på samhällsnivå men även för vården och omsorgen om äldre. De förebyggande perspektiven kan exempelvis stödja till att minska fallskador, läkemedelsrelaterade skador, oplanerade återinskrivningar i slutenvården, undvikbara besök på akutmottagning, minska eller fördröja behov av vård och omsorg i hemmet men även minska den informella vården och omsorgen vilket kan leda till ökad sysselsättningsgrad och minskad sjukfrånvaro. Utredningen visar på olika räkneexempel gällande de olika kostnadsbesparingarna. Ett sådant exempel är fallskador där kostnaden för det förebyggande arbetet uppskattas till 1,7–2 miljarder kronor årligen. Samhällets kostnader för fallskador beräknas vara 16,8 miljarder kronor, varav 11,3 miljarder kronor är direkta kostnader för hälso- och sjukvård samt omsorg. Om en minskning av fallskador skulle ske enligt utredningens beräkningar skulle samhälleliga besparingar på 1,4–2,9 miljarder kunna uppnås totalt per år.

Ekonomiska konsekvenser för kommunen

Förslagen till bestämmelser i en ny äldreomsorgslag ska komplettera bestämmelserna i socialtjänstlagen (2001:453). Därför är många av de förslag utredningen lägger fram förtydliganden av vad som gäller enligt SoL, dess förarbeten och praxis. Det gäller bestämmelserna om:

- nya mål i äldreomsorgslagen
- ett förebyggande perspektiv och en hälsofrämjande, funktionsstödjande och tillgänglig inriktning
- att insatser ska utformas och genomföras på ett sätt som tillgodoser personers

individuella behov och förutsättningar

- att insatser ska följas upp av socialnämnden, om att det ska finnas den personal som behövs för att uppfylla mål och krav i lagstiftningen
- information om stöd till anhöriga eller andra närstående
- 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, vilket utredningen inte bedömer som nya åligganden för kommunerna.

Dessa förslag innebär enligt utredningen inte nya åtaganden och aktualiserar därmed inte finansieringsprincipen.

Utredningens förslag som de bedömer medför nya åtaganden gällande äldreomsorgslag 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
- erbjuda en individuell plan för de som flyttar in i särskilt boende
- att upprätta genomförandeplaner
- att erbjuda fast omsorgskontakt i särskilt boende
- att upprätta kvalitetsberättelser.

Samtliga dessa nya åtaganden aktualiserar finansieringsprincipen och utredningen föreslår att staten ska ersätta kommunerna för de nya kostnaderna.

Utredningen anser att flertalet av de förslag gällande stärkt medicinsk kompetens i kommuner är förtydliganden av sådant som redan förväntas i enlighet med nuvarande regelverk och medför därför inte några nya kostnader. Dessa gäller förslagen om:

- fast vårdkontakt
- att huvudmännen ska säkerställa att personer som är inskrivna i kommunens primärvård kan få en medicinsk bedömning av en sjuksköterska dygnet runt
- att kommunerna ska organisera sin primärvård nära de personer som kommunen ansvarar för
- kvalitetsansvarig för omvårdnad.

Dessa förslag innebär inte nya åtaganden och aktualiserar därmed inte finansieringsprincipen.

Utredningens förslag som de bedömer medför nya åtaganden gällande stärkt medicinsk kompetens i kommunerna är förslagen om:

- utökad skyldighet att ta fram en individuell plan
- krav på kompetens inom rehabilitering och hjälpmedel i ledningen på vårdgivarnivå
- krav på ledningsansvariga på huvudmannanivå i kommuner.

Dessa förslag bedöms medföra nya kostnader och aktualiserar finansieringsprincipen.

Förslaget om att ta fram en gemensam plan för primärvården anses vara ett nytt åtagande, men föreslås finansieras genom den finansiering som ges för lönekostnader för den ledningsansvariga på huvudmannanivå. Att ta fram den gemensamma planen antas nämligen vara en av den ledningsansvarigas arbetsuppgifter.

Konsekvenser för det kommunala självstyret

De flesta av utredningens förslag gällande äldreomsorgslagen innebär inskränkningar av olika grad i den kommunala självstyrelsen till förmån för en tydligare reglering och ökad likvärdighet. Utredningen menar att de effekter som förslagen syftar till att uppnå inte kan uppnås på ett mindre ingripande sätt.

När det gäller förslagen gällande att stärka den medicinska kompetensen innebär de flesta förslagen också intrång i den kommunala självstyrelsen. Här anser utredningen att intrånget är nödvändiga för att åtgärda de brister som finns sedan länge i kommunal hälso- och sjukvård. Effekterna som förslagen syftar till att uppnå kan inte uppnås på ett mindre ingripande sätt enligt utredningen.

Hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningens synpunkter presenteras i förvaltningens förslag till yttrande. Förvaltningen ställer sig i huvudsak positiv till förslagen i remissen, men anser att det finns frågetecken kring bemanning och finansiering. Förvaltningens förslag till yttrande riktar in sig på de områden som berör nämndens ansvar men berör även förslag riktade mot regionen gällande den medicinska kompetensen eftersom förslagen i hög grad påverkar nämndens ansvarsområde.

Ansvariga

Anne Wolf, tf. förvaltningsdirektör