

Socialdepartementet

Remissvar över betänkandet SOU 2022:41. 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

---

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum har beretts möjligheten att lämna synpunkter på nämnda betänkande och vill framhålla följande.

### **Sammanfattning**

Den föreslagna Äldreomsorgslagen avser att förtydliga äldreomsorgens uppdrag och innehåll samt skapa förutsättningar för en nationellt mer likvärdig god kvalitet. Lagen ska komplettera socialtjänstlagen och ange vad som särskilt gäller för äldreomsorgen. Förslaget innebär ett antal skyldigheter som åvilar huvudmannen, men det innehåller inga preciserade rättigheter för den enskilde. Äldrecentrum menar att eftersom det saknas till exempel tillförlitlig personalstatistik och statistik över vårdbehov, är det inte möjligt för varken den enskilde eller tillsynsmyndigheten att granska hur Äldreomsorgslagen tillämpas.

Som en del i Äldreomsorgslagen förslås att en förordning om en nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen (NOK) införes, som ett stöd för- och styrning av kommun och verksamheter. Äldrecentrum anser att den föreslagna förordningen är ett vällovt initiativ som på sikt skulle kunna bidra till att utveckla kvaliteten och ökad likvärdighet äldreomsorgen.

Utredningen lämnar ett stort antal förslag på nya lagar som syftar till att stärka hälso- och sjukvården i kommunerna och för att tydliggöra huvudmannens respektive uppdrag, samt att stärka grunderna för deras samverkan kring det gemensamma ansvaret för primärvård. Utredningens förslag innebär en omfattande detaljreglering av framför allt regionens ansvar för läkarförsörjningen i kommunens primärvård. Det är angelägna initiativ, men med tanke på regionernas personalförsörjningsproblem, ter sig förutsättningarna för att regionerna skulle kunna axla ett större ansvar, som mindre troligt.

### **Kommentarer**

En analys av den offentliga äldreomsorgen måste ta sin utgångspunkt i det faktum att det är familjen och anhöriga som svarar för merparten av vården och omsorgen om äldre som bor hemma. Den offentliga äldreomsorgen är ett komplement till familjens insatser.

Hälsoutvecklingen i befolkningen innebär att både friska och sjuka personer lever allt längre och därmed skjuts hälsoproblemen upp till allt högre ålder. Debuten i äldreomsorgen sker också i allt högre ålder och när detta inträffar är trefjärdelar av alla kvinnor ensamstående. Den omsorg som samboende make, maka eller partner tidigare svarat för dygnet runt faller bort, något som barnen inte har möjligheter att ersätta.

En ökad andel av befolkningen når en hög ålder och under innevarande decennium kommer andelen personer 80 år och äldre att öka med nästan 50 procent. Det innebär i motsvarande grad ökade behov av vård och omsorg. Betänkandet bygger på att vården och omsorgen om äldre har sin bas i hemmet och därmed i familjen. Det ömsesidiga beroendet, stat och familj,

innebär att när den offentliga äldreomsorgen krymper, något som successivt skett under de senaste decennierna, överförs ansvar och uppgifter på familjen och anhöriga. I detta perspektiv ifrågasätter Äldrecentrum hur en Äldreomsorgslag och förslagen om stärkt medicinsk kompetens i kommunerna kan motverka konsekvenserna av en krympande äldreomsorg för familjerna?

I avsnitt 3.3.2 om vård och omsorgsbehov hos äldre personer anser Äldrecentrum att avsnittet ”psykisk ohälsa” bör kompletteras med vårdbehov som beror av sömnohälsa (en riskfaktor för att drabbas av demenssjukdom), respektive missbruksproblem. Bland uppräknade vårdbehov finns också ”felaktig läkemedelsanvändning”, något som ter sig märkligt. Vårdbehov som uppstår på grund av felaktig förskrivning; över- eller underförskrivning eller förskrivning av olämpliga kombinationer av läkemedel osv, torde bero på förskrivande läkare och inte på vård och omsorgsbehov hos den äldre.

Strukturella faktorer som demografi, hälsoutveckling, förändrade familjestrukturer och en krympande tillgång till särskilt boende samverkar till att lägga allt större ansvar och uppgifter på familjen till hemmaboende äldre. Det innebär att multisjuka äldre i allt större utsträckning vårdas hemma i livets slut. Enligt Äldrecentrum ställer det ökade krav på regionerna, kommunens primärvård och hemtjänst, för att kunna erbjuda en god palliativa vård i hemmet. I detta perspektiv är det en stor brist att utredningen inte haft direktiv att utreda gränsdragningen respektive ansvarsfördelningen mellan huvudmännen, när det gäller den specialiserade sjukvården i hemmet.

Merparten av framställningen handlar om vård och omsorg om äldre som bor hemma. Med tanke på att det särskilda boendet är den mest resurskrävande delen av äldreomsorgen, vore det rimligt med en djupare analys av vården och omsorgen i det särskilda boendet. I IVOs tillsynsrapport från granskningen av landets särskilda boenden (2022) framkom omfattande brister beträffande vård i livets slutskede, läkemedelshantering, individuell bedömning och kompetens, samt kontinuitet och dokumentation mm. IVO beskriver att vården bygger på att olegitimerad vård- och omsorgspersonal möter patienten i vardagen och rapporterar till sjuksköterska, som i sin tur rapporterar till läkare, som fattar beslut om medicinsk vård och behandling. IVO framhåller att denna kedja, bräcklig i sig, utmanas ytterligare om det är låg kontinuitet i personalgruppen, bristande journalföring, vårdplaner saknas eller inte finns tillgängliga för all berörd personal, osäker läkemedelshantering och språkförbistring i personalgruppen. De brister som framkommer i IVOs granskning bottnar överlag i omfattande personalförsörjningsproblem i det särskilda boendet.

## **Förslag om en Äldreomsorgslag**

Den föreslagna Äldreomsorgslagen avser att förtydliga äldreomsorgens uppdrag och innehåll samt skapa förutsättningar för en nationellt mer likvärdig god kvalitet. Lagen ska komplettera socialtjänstlagen, och ange vad som särskilt gäller för äldreomsorgen.

### **Kommentarer**

Paragraf 1§ ”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”.

Äldrecentrum anser att definitionen av äldreomsorg är otydlig. Utredningen föreslår att äldreomsorg ska definieras som ”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”. Vidare föreslår utredningen att ”äldreomsorg även kan omfatta personer under 65 år om när det är ändamålsenligt”. Att ha en åldersgräns som ändå inte ska gälla som åldersgräns fyller ingen funktion och bör slopas.

Otydligheten får också konsekvenser för nuvarande skrivningen i 5 kap. 10 § SoL. Förslaget i 19 § i Äldreomsorgslagen innefattar inte personer som vårdar och stödjer äldre, utan enbart närstående med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Att äldre tagits bort skapar en begränsning i vilka närstående som ska erbjudas stöd och står inte i samklang med Nationell anhörigstrategi inom hälso- och sjukvård och omsorg som har presenterats av Socialdepartementet (2022).

Den föreslagna Äldreomsorgslagen har samma lagtekniska konstruktion som nuvarande socialtjänstlagen; en målinriktad ramlag. Lagen innebär ett antal skyldigheter som åvilar huvudmannen, medan den innefattar inga preciserade rättigheter för den enskilde. Ett av syftena med den föreslagna Äldreomsorgslagen är att förtydliga äldreomsorgens uppdrag och innehåll samt skapa förutsättningar för en nationell mer likvärdig god kvalitet. Vidare anges att lagen skulle ”utgöra ett förtydligat underlag för IVO [...] tillsyn inom äldreomsorgens område” (sid 238). Äldrecentrum menar att eftersom det saknas att till exempel tillförlitlig personalstatistik och statistik över vårdbehov, är det inte möjligt för den enskilde eller tillsynsmyndigheten att granska hur Äldreomsorgslagen tillämpas.

## **En nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorg (NOK)**

I Äldreomsorgslagen förslås att en förordning om en nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen (NOK) införes (28 §), som ett stöd och en styrning för kommun och verksamheter. 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. Utredningens förslag utgör en grund för vidare arbete med att utveckla förordningen.

### **Kommentarer**

Äldrecentrum instämmer i att NOK är ett vällovligt initiativ som på sikt skulle kunna bidra till att utveckla kvaliteten och skapa en ökad likvärdighet äldreomsorgen. Äldrecentrum deltar gärna i ett fortsatt arbetet med förordningen. I arbetet inom Regionala Samverkans och Stödstrukturer, RSS, som många FoU enheter inom äldreomsorgen medverkar i, finns också mycket kunskap som kan vara till nytta i arbetet med förordningen. Inom FoU enheterna finns överlag stor kompetens att stötta lokalt och regionalt utvecklingsarbetet samt att beforska och att ta fram underlag för uppföljning.

## **Stärkt primärvård i kommunerna**

Utredningen lämnar flera förslag på lagstiftning som syftar till att stärka hälso- och sjukvården i kommunerna, att tydliggöra huvudmännens uppdrag, samt att stärka grunderna för deras samverkan kring det gemensamma ansvaret för primärvård. Utredningen föreslår att det i kommunen ska det finnas en ledningsansvarig för kommunens primärvård, som säkerställer kommunens ansvar för en god och säker vård. I regionen ska det finnas en ledningsansvarig för planering och samordning av hälso-och sjukvårdsinsatser i kommunens primärvård.

### **Kommentarer**

Utredningen föreslår ett stort antal nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen. Till exempel att det i regionen ska finnas en ledningsansvarig för planering och samordning av hälso-och sjukvårdsinsatser i kommunens primärvård (7 kap. 3 d§ HSL). I kommunen ska det finnas en ledningsansvarig (11 kap. 4§ HSL), som ansvarar för att säkerställa kommunens ansvar för planering, samordning och uppföljning av kommunens primärvård.

I utredningen föreslås att regionens ansvar för att tillhandahålla läkare förtydligas och att det ska vara möjligt att vid behov få en medicinsk bedömning av läkare dygnet runt (13 a kap. 2§ HSL). Vidare föreslås för att säkerställa att patienten få träffa samma läkare att patienter i anslutning till att de skrivs in i kommunens primärvård ska kunna lista sig hos en vårdgivare med särskilt uppdrag att ha fast läkarkontakt tillgänglig för både planerade och oplanerade besök (13 a kap. 3§ HSL).

På motsvarande sätt tydliggörs kommunens ansvar för att säkerställa att det är möjligt att vid behov få en medicinsk bedömning av sjuksköterska dygnet runt i kommunens primärvård (13 a kap. 5§ HSL). En fast vårdkontakt i kommunen ska utses när man skrivs in i den kommunala primärvården, för att planera och samordna vården (13a kap. 6§ HSL). När de enskilde har behov av insatser från både regionen och kommunen ska det upprättas en individuell plan över bland annat förebyggande och rehabiliterande insatser (16 kap. 4§ HSL). Även vårdgivare, genom verksamhetschefen, ska säkerställa att rätt kompetens finns för att kunna ta sitt ansvar för att den hälso-och sjukvård som bedrivs i verksamheten är god och säker (4 kap. 4§ HSL). I HSL föreslås därför krav på två nya funktioner, kvalitetsansvarig för omvårdnad samt kvalitetsansvarig för rehabilitering. Dessa ska tillsättas om inte verksamhetschefen besitter nödvändig kompetens inom dessa områden. Eller omvänt om verksamhetschefen har hälso- och sjukvårdskompetens finns inga krav på att inrätta de nya funktionerna.

Äldrecentrum anser att de föreslagna lagregleringarna som syftar till stärkt medicinsk kompetens i form av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i kommunerna är välkomna. Utredningen föreslår en omfattande och ökad detaljreglering av framför allt regionens ansvar för läkarförsörjningen i kommunens primärvård. Med tanke på de problem med personalförsörjningen, särskilt vad gäller läkare, som föreligger i primärvården och som framhålls i Coronakommissionens rapport (2020), ifrågasätter Äldrecentrum dock om ökade krav på regionen kommer att leda till bättre tillgång på läkare.

Några exempel på lagförslag som kräver ett förtydligande är 12 kap. 1§ HSL, där det inte framgår om det lagfästa ansvaret för kommunens primärvård också gäller i region Stockholm, dvs innebär en kommunalisering av hemsjukvården i regionen?

I betänkandet finns ett förslag om att patienter i anslutning till att de skrivs in i kommunens primärvård ska kunna lista sig hos en vårdgivare med särskilt uppdrag att ha fast läkarkontakt tillgänglig för både planerade och oplanerade besök (13 a kap. 3§ HSL). Här uppkommer frågan om patienten vid inskrivning i kommunens primärvård anmodas att lista om sig/ byta till den läkare som huvudmannen anlitar som fast läkare, eller kunna ha kvar sin tidigare läkarkontakt? Om patienten ”byter” läkarkontakten, vad får detta för konsekvenser för kontinuiteten i patient – läkarrelationen?

Sammantaget kräver den ökade lagregleringen av ansvaret för medicinska insatser i kommunens primärvård, sin tur en utökad, proaktiv och skärpt tillsyn för att granska lagefterlevnaden. Äldrecentrum vill också påtala att det finns brister i den officiella statistiken över kommunal hemsjukvård, vilket försvårar möjligheten individbaserad systematisk uppföljning av insatser i den kommunens primärvård. Privata utförare har ingen skyldighet att lämna uppgifter om sin verksamhet, vilket innebär ett informationstapp, till exempel när det gäller privata vårdgivare i särskilt boende. I region Stockholm sker dessutom ingen inrapportering från kommunerna (förutom från kommunalt drivna särskilda boenden och från Norrtälje kommun), något som omöjliggör att få en nationell bild av verksamheten kommunal primärvård.

En annan brist i nuvarande statistikrapportering är att det är enbart besök i hemmet som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som registreras. Även när det gäller registreringen av vårdåtgärder har privata utförare ingen skyldighet att lämna uppgifter om sin verksamhet. I den statistikdatabas över Vårdåtgärder som är under uppbyggnad av Socialstyrelsen, registreras inte insatser av undersköterskor. Det ger en skev bild av hemsjukvårdens frontpersonal, dess kompetens och bidrag till en God och Nära vård i kommunen.