

Kommittédirektiv

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 ansvaret 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 ca 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 äldreomsorgen 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 verksamheten 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 1700 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.

Coronakommisionen 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 ca 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 specialist-sjuksköterskor 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 behövt. 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 Corona-kommissionen 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 verksamhetsområde 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 sjukvårds-

huvudman. 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 fräntas 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 idag 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 ca 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 avvägningar 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)