Fast omsorgskontakt i hemtjänsten

Betänkande av Utredningen om fast omsorgskontakt i hemtjänsten

Stockholm 2020

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2020:70

SOU och Ds kan köpas från Norstedts Juridiks kundservice.
Beställningsadress: Norstedts Juridik, Kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@nj.se
Webbadress: www.nj.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Norstedts Juridik AB
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.
Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).
En kort handledning för dem som ska svara på remiss.
Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Elanders Sverige AB
Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2020

ISBN 978-91-38-25117-1
ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet Lena Hallengren

Regeringen beslutade den 29 augusti 2019 att tillsätta en särskild utredare med uppdrag att införa en fast omsorgskontakt i hemtjänsten (dir. 2019:52). Samma dag förordnades riksdagsledamoten Barbro Westerholm till särskild utredare för utredningen.

Forskningssekreteraren Helene Limén har varit anställd som sekreterare i utredningen från den 1 oktober 2019. Den 15 oktober 2019 anställdes juristen Sayran Khayati som sekreterare i utredningen.

Som sakkunniga i utredningen förordnades den 5 november 2019 departementssekreteraren Joanna Hägg, kanslirådet Catrin Lidbom, departementssekreteraren Jan Rehnberg och departementssekreteraren Andreas Vigren. Kanslirådet Jan Schierbeck förordnades som sakkunnig i utredningen den 12 februari 2020.

Som experter i utredningen förordnades från den 5 november 2019 sektionschefen Jonas Hampus, utredaren Johan Hansson, handläggaren Eva Sahlén och distriktssköterskan Eva Sennemark. Projektledaren Gunilla Fahlström och utredaren Ida Nyström förordnades som experter i utredningen den 12 februari 2020.

Till utredningen har knutits en referensgrupp. I referensgruppen har Maria Ahlsten från Kommunal, Anna Bergendal från Vårdföretagarna, Gustaf Bucht från SPF-seniorerna, Kerstin Lundholm från RPG, Liza di Paolo Sandberg från SKPF och Christina Tallberg från PRO ingått.

Enligt de ursprungliga direktiven skulle uppdraget redovisas senast den 1 oktober 2020. Vid regeringens sammanträde den 3 september 2020 beslutades om tilläggsdirektiv (dir. 2020:89) som innebar att utredningstiden förlängdes till den 30 november 2020.

Utredningen, som har antagit namnet Fast omsorgskontakt i hemtjänsten, överlämnar härmed sitt slutbetänkande Fast omsorgskontakt i hemtjänsten (SOU 2020:70). Fyra särskilda yttranden har bifogats till betänkandet. Uppdraget är med detta slutfört.

Stockholm i november 2020

Barbro Westerholm

/Helene Limén
Sayran Khayati

Innehåll

Sammanfattning **11**

Summary **15**

1 Författningsförslag **19**

1.1 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453) 19

2 Utredningens uppdrag och arbete **21**

2.1 Direktiv 21
2.1.1 Utredningens huvuduppgifter 21

2.2 Begrepp och definitioner 23

2.3 Genomförande 23
2.3.1 Dokumentstudier 23
2.3.2 Intervjuer och kartläggning i kommuner 24
2.3.3 Konsekvensutredningen 26

3 Kartläggning av kommuners arbete med fast omsorgskontakt **27**

3.1 Urval kommuner 27

3.2 Urval omsorgstagare och anhöriga 28

3.3 Resultat av intervjuerna med personal och chefer i kommunerna 28
3.3.1 Omsorgskontakt i kommunerna 31
3.3.2 Uppgifter som ingår i rollen som omsorgskontakt 34

3.3.3 Omsorgskontakt kopplat till personalkontinuitet ... 36
3.3.4 Vad omsorgskontakt betyder för omsorgstagare, anhöriga och personal ... 42
3.3.5 Kunskaper och kompetens ... 43
3.3.6 Kompetensutveckling och stöd ... 46
3.3.7 Omsorgskontakt och lagstiftning ... 48

3.4 Resultat av intervjuer med omsorgstagare och anhöriga ... 49
3.4.1 Omsorgstagare ... 49
3.4.2 Anhöriga ... 52

3.5 Styrkor och svagheter ... 55
3.5.1 Styrkor och möjligheter med fast omsorgskontakt ... 56
3.5.2 Svagheter och utmaningar ... 57

4 Hemtjänstlandskapet ... 59

4.1 Fast omsorgskontakt ... 59
4.1.1 Ingen ny företeelse ... 59
4.1.2 Syfte och möjligheter med rollen ... 60
4.1.3 Omsorgskontaktens arbete ... 61

4.2 Vem är omsorgstagaren? ... 62

4.3 Anhöriga och närstående ger omfattande informell omsorg ... 64

4.4 Kontinuitet och kvalitet ... 65
4.4.1 Personalkontinuitet – en viktig kvalitetsaspekt ... 65
4.4.2 Arbetsförhållanden och organisering – centralt för personalkontinuitet ... 66
4.4.3 Fast omsorgskontakt och personalkontinuitet ... 71
4.4.4 Personalkontinuitet och covid-19-pandemin ... 74

4.5 Sambandet mellan kvalitet, säkerhet och kompetens ... 74
4.5.1 Brister i omsorgen kan kopplas till kompetensen ... 76
4.5.2 Språkbrister i svenska och språk som en resurs ... 77
4.5.3 Teknikutvecklingen påverkar arbetet ... 78

4.6 Vilken kompetens behöver omsorgspersonalen? ... 79
4.6.1 Kompetens och fast omsorgskontakt ... 80
4.6.2 Samla vård- och omsorgskompetens i team ... 80

4.7 Kompetensförsörjning – en växande utmaning ... 82
4.7.1 Statliga satsningar på kompetensförsörjning ... 83

4.8 Reglering om skyddad yrkestitel för undersköterska ... 84
4.8.1 Behov av tydlighet i undersköterskans utbildning ... 84
4.8.2 Förslag om införande av skyddad yrkestitel ... 84
4.8.3 Den fortsatta beredningen ... 85

5 Rättsliga utgångpunkter ... 87

5.1 Rätten till hemtjänst ... 87

5.2 Hemtjänstinsatser ... 87

5.3 Genomförande av hemtjänstinsatser ... 89
5.3.1 Den äldres rätt till självbestämmande, delaktighet och inflytande ... 89
5.3.2 Hemtjänsten ska vara trygg, individanpassad och av god kvalitet ... 90
5.3.3 Dokumentationsskyldigheten i SoL för utförare av hemtjänst ... 91
5.3.4 Ansvar för uppföljning och kontroll ... 91

5.4 Om lämplig utbildning och erfarenhet i SoL ... 92

5.5 Patientsäkerhet ... 92

6 Sammanfattande analys och bedömningar ... 95

6.1 Kan fast omsorgskontakt bidra till bättre kontinuitet, delaktighet, trygghet? ... 95
6.1.1 Grundförutsättningar för personalkontinuitet ... 96
6.1.2 Fast omsorgskontakt kan bidra till bättre kontinuitet, delaktighet och trygghet ... 96
6.1.3 Andra fördelar med fast omsorgskontakt ... 97
6.1.4 Personalkontinuitet i privat respektive offentlig regi ... 98
6.1.5 Minskad administration ... 98

6.2 Fyra modeller för organisering av fast omsorgskontakt 99
6.2.1 Fast omsorgskontakt som en del av ett tvärprofessionellt team 99
6.2.2 Omsorgskontakt med koppling till personalkontinuitet 99
6.2.3 Omsorgskontakt utan tydlig koppling till personalkontinuitet 100
6.2.4 Omsorgskontakt saknas 100
6.3 Den fasta omsorgskontaktens arbetsuppgifter 101
6.4 Vilken kompetens behöver den fasta omsorgskontakten? 103
6.5 Lagförslaget och andra grupper 105
7 Överväganden och förslag 107
7.1 Behovet av reglering 107
7.2 Skyldighet att erbjuda en fast omsorgskontakt införs i lag 108
7.2.1 Den som ska få en fast omsorgskontakt 109
7.2.2 Skyldigheten formuleras som ett erbjudande 110
7.2.3 Kontinuitet, trygghet, individanpassad omsorg och samordning 113
7.3 Den fasta omsorgskontakten ska vara undersköterska 114
7.3.1 Den fasta omsorgskontaktens uppgifter ställer krav på särskild kompetens 114
7.3.2 Kompetenskravet kopplas till reglering om skyddad yrkestitel för undersköterskor 117
7.4 Behov av vägledning- och uppföljningsuppdrag 119
8 Ikraftträdande 123
9 Konsekvenser av förslagen 125
9.1 Inledning 125
9.2 En beskrivning av problemen och vad utredningen vill uppnå 126

9.3 Behov av reglering och alternativa lösningar 127
9.4 De som berörs av lagförslaget 128
9.5 Lagförslagets konsekvenser 129
9.5.1 Principiella utgångspunkter och osäkerhetsfaktorer 130
9.5.2 Kostnad för fast omsorgskontakt 131
9.5.3 Andra konsekvenser av lagförslaget 138
9.5.4 Nyttan av lagförslaget – en ansats till kostnadseffektanalys 140
9.6 Sammanfattande analys av kostnader och positiva effekter 143
9.7 Kostnadsanalys av alternativa lösningar 144
9.8 Konsekvenserna för den kommunala självstyrelsen 145
9.9 Förutsättningar för företagen 146
9.10 Konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män 148
9.11 Konsekvenser för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen 149
9.12 Konsekvenser för sysselsättningen 149
9.13 Förslagens överensstämmelse med de skyldigheter som följer Sveriges anslutning till EU 149

10 Författningskommentar 151

10.1 Förslaget till lag om ändring socialtjänstlagen (2001:453) 151

Särskilda yttranden 155

Källförteckning 165

Bilagor

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2019:52 173

Bilaga 2 Kommittédirektiv 2020:89 183

Bilaga 3 Kommuner i kartläggningen 185

Sammanfattning

Med en fast omsorgskontakt i hemtjänsten kan stödet och hjälpen bättre anpassas till den enskildes behov och önskemål. Om rollen ges vissa förutsättningar kan den bidra till bättre kontinuitet och ökad trygghet för såväl omsorgstagare, som anhöriga och personalen. Samordningsvinster kan uppnås då den fasta omsorgskontakten utgör en viktig informationskälla till anhöriga, närstående, arbetslaget och andra professioner inom vården och omsorgen.

Utredningens uppdrag

Utredningen ska lämna förslag på hur en fast omsorgskontakt kan införas i hemtjänsten, både för verksamheter i privat och offentlig regi och bedöma om omsorgskontaktens arbete kan bidra till bättre personalkontinuitet. Utredningen ska också föreslå vilka arbetsuppgifter som ska ingå i omsorgskontaktens roll, och bedöma vilka kunskaper och kompetens en fast omsorgskontakt bör ha.

Den fasta omsorgskontaktens roll ser olika ut i landet

I dag har cirka åtta av tio omsorgstagare en omsorgskontakt men vad rollen innebär i praktiken är inte känt. I syfte att undersöka hur utförare av hemtjänst, såväl privata som offentliga, i dag arbetar med fast omsorgskontakt genomförde utredningen en kartläggning i 20 kommuner. Kartläggningen visar att den fasta omsorgskontaktens roll varierar mellan de olika hemtjänstutförarna i kommunerna. Hos vissa av utförarna har omsorgskontakten en begränsad roll för den äldre och utför uppgifter av mer administrativ karaktär medan omsorgskontakten i andra kommuner utför lejonparten av omsorgsarbetet hos ”sina” omsorgstagare. Hos ytterligare andra utförare är

omsorgsskapet inte uttalat – det vill säga varken personal eller omsorgstagare vet vem som är omsorgskontakt. Där finns informella omsorgskontakter det vill säga personal som går oftare till vissa omsorgstagare än andra. Däremot är varken mandat eller uppgifter tydliggjorda vilket innebär att rollen är otydlig för omsorgstagare, personal, anhöriga och andra yrkesgrupper. I kartläggningen framkommer också exempel där den fasta omsorgskontakten är del av ett tvärprofessionellt team där målet är att åstadkomma god kontinuitet i såväl omsorgen som vården runt den äldre.

Viktiga förutsättningar för omsorgskontaktens arbete

Kartläggningen och bakgrundsmaterialet visar att det krävs vissa förutsättningar för att uppnå de mervärden som är förenade med den fasta omsorgskontaktens arbete. En viktig grundförutsättning är att verksamheten vilar på en gemensam grundsyn om att arbetet ska organiseras med fokus på omsorgstagarens behov och delaktighet. En annan viktig förutsättning är att verksamheten planerar och schemalägger den fasta omsorgskontaktens arbete med utgångspunkten att hen ska utföra omsorgsarbetet i så stor utsträckning som möjligt hos ”sina” omsorgstagare. Då har omsorgskontakten möjlighet att lära känna och skapa en nära och tillitsfull relation till den äldre. Viktiga mervärden av den goda personkännedomen är att omsorgskontakten får en helhetsbild av omsorgstagarens situation och kan notera förändringar i hälso- och funktionstillståndet.

Ytterligare förutsättningar är att den fasta omsorgskontakten är del av ett litet arbetslag kopplat till ett geografiskt avgränsat område – då finns möjligheter att få till stånd en god personalkontinuitet. Den fasta omsorgskontakten behöver också ges tid, flexibilitet och handlingsutrymme i arbetet för att kunna justera schemat utifrån omsorgstagarens skiftande behov. När den fasta omsorgskontakten får stöd från närmaste chef, tid för tvärprofessionella möten och reflektion skapas också förutsättningar för en god arbetsmiljö som är gynnsam för både personalen och omsorgstagaren. Slutligen är en viktig förutsättning i allt arbete som den fasta omsorgskontakten utför är att hen har relevant utbildning och erfarenhet samt möjlighet till kompetensutveckling.

Omsorgskontaktens arbetsuppgifter kräver kompetens

Centrala arbetsuppgifter för den fasta omsorgskontakten behöver, enligt utredningen, vara att utföra omsorgsinsatser men också medicinska uppgifter efter anvisning eller delegering från hälso- och sjukvården. Andra viktiga uppgifter är att planera och följa upp omsorgen och vara ”spindeln i nätet”. Det kan handla om att upprätta och revidera genomförandeplanen, informera och samverka med anhöriga, närstående, arbetslaget och andra aktuella yrkesgrupper som är delaktiga i den äldres vård och omsorg. Det kan också handla om att delta i uppföljningsmöten med biståndshandläggare, den samordnande individuella planeringen (SIP-möten) eller andra tvärprofessionella möten.

Det hemtjänstlandskap som den fasta omsorgskontakten arbetar i, ställer särskilda krav på kompetens för att omsorgsskapet ska kunna utföras på ett säkert och tryggt sätt. Arbetet ska i regel utföras på egen hand och under tidspress hos äldre personer med omfattande, sammansatta och komplexa behov. Med utgångspunkt i arbetsuppgifternas karaktär och det givna hemtjänstlandskapet bedömer utredningen att den fasta omsorgskontaktens kompetens behöver motsvara en undersköterskas och att den behöver regleras i lag.

Utredningen föreslår lagändringar med ikraftträdande vid två olika tidpunkter

Utredningen föreslår att det i lag ska införas ett krav om fast omsorgskontakt. Förslaget innebär att äldre som har beviljats hemtjänst ska erbjudas en fast omsorgskontakt i syfte att tillgodose hens behov av kontinuitet, trygghet, individanpassad omsorg och samordning. Enligt förslaget ska den fasta omsorgskontakten inneha yrkestiteln undersköterska.

Utredningen föreslår att lagändringarna ska träda i kraft vid två olika tidpunkter. Lagförslaget om att en fast omsorgskontakt ska erbjudas till äldre med hemtjänst föreslås att träda i kraft den 1 januari 2022. Förslaget om att den fasta omsorgskontakten ska inneha yrkestiteln undersköterska föreslås att träda i kraft den 1 januari 2030. Det senare datumet för ikraftträdande har valts med hänsyn till att verksamheterna behöver tid för omställning. Omställningen

handlar om att rekrytera nya medarbetare och vid behov fortbilda personalen.

Kostnader och positiva effekter

Lagförslagets kostnadsmässiga konsekvenser har i konsekvensutredningen relaterats till de positiva effekter som förslaget kan medföra. Det kan till exempel handla om förväntade hälsoförbättringar hos omsorgstagare, anhöriga och personal. Antagandena om de positiva effekterna är befattade med osäkerhet men pekar mot att lagförslaget kan vara kostnadseffektivt.

Summary

A dedicated contact person in home care services will enable the support and help provided to be better adapted to individuals' needs and wishes. Given certain conditions, the role may contribute to better continuity of care and greater safety for care receivers, relatives and staff. Benefits relating to coordination can be achieved, since the dedicated contact person is an important source of information for relatives, close friends, the care team and other professional groups in health and social care.

The Inquiry's remit

The Inquiry is to submit proposals on how to introduce the role of dedicated contact person in home care services in both the private and public sectors and assess whether this role may contribute to improved staff continuity. The Inquiry will also propose which duties should be included in the role and evaluate the knowledge and skills a dedicated contact person should have.

The role of dedicated contact person varies throughout the country

Around eight out of ten care receivers currently have a contact person, but what the role involves in practice is not known. In order to investigate how home care service providers, both private and public, currently work with the role of dedicated contact person, the Inquiry conducted a survey of 20 municipalities. The survey shows that the role of dedicated contact person varies between the municipalities' different home care service providers. For some providers, the contact person's role is limited to older people and performing duties of a more administrative nature, while in other municipalities

the contact person performs most of the care interventions for 'their' care receivers. Other providers do not have an explicit contact person role, that is, neither staff nor care receivers know who the contact person is. Instead, these providers have informal contact roles, where staff work more often with some care receivers than others. However, neither mandates nor duties are clearly defined, resulting in the role being unclear for care receivers, staff, relatives and other professional groups. The survey also identifies examples where the dedicated contact person is part of a multi-disciplinary team, with the goal of achieving good continuity in both health and social care for older people.

Important requirements for the contact person's role

The survey and background information demonstrate that certain conditions are required to achieve the added value associated with the work of a dedicated contact person. One essential prerequisite is that care services are organised around a common approach focused on the care receiver's needs and participation. Another important requirement is that care services plan and schedule the dedicated contact person's work on the premise that to the greatest extent possible they will carry out the care interventions for 'their' care receivers. This provides the contact person the opportunity to get to know, and establish close and trusting relationships with, the older people they care for. An important added value of this personal knowledge is the overall picture the contact person gains of the care receiver's situation and their ability to identify any changes in health and functional status.

Another requirement is that the dedicated contact person is part of a small team linked to a specific geographic area – allowing for good staff continuity. The dedicated contact person also needs to be given the time, flexibility and leeway in their work to be able to adjust their schedule according to the care receiver's changing needs. When the dedicated contact person receives support from their immediate manager and is given time for interdisciplinary meetings and reflection, conditions are created for a good working environment that benefits both staff and care receivers. Finally, an important requirement for all interventions performed by the dedicated contact person

is that they have the relevant education and experience, and the opportunity for continuing professional development.

Contact person's duties require expertise

In the Inquiry's assessment, the central duties of the dedicated contact person are to perform both social care interventions and medical duties following instruction or delegation from health and medical care staff. Other duties include planning and following up social care, and acting as a facilitator. This may involve establishing and revising action plans, communicating and collaborating with relatives, close friends, the care team and other relevant professional groups taking part in the health and social care of older people. It may also involve taking part in follow-up meetings with assistance officers, coordinated individual plan (*samordnad individuell plan, SIP*) meetings or other multi-disciplinary meetings.

The home care service landscape in which the dedicated contact person works places special demands on their expertise to ensure the contact person role can be performed in a safe and secure manner. Work is normally performed independently and under time constraints in the home of older people with extensive, compound and complex needs. Based on the nature of their duties and the given home care service landscape, the Inquiry considers that the dedicated contact person's qualifications must correspond to that of an assistant nurse and be regulated by law.

The Inquiry proposes legislative amendments, entering into force at two different points in time

The Inquiry proposes that the role of dedicated contact person be introduced as a requirement in legislation. The proposal means that older people who have been granted home care services must be offered a dedicated contact person to ensure their need for continuity, safety, and personalised social care and coordination is met. According to the proposal, the dedicated contact person will hold the occupational title of assistant nurse.

The Inquiry proposes that the legislative amendments enter into force at two different points in time. The legislative proposal that a

dedicated contact person must be offered to older people receiving home care services should enter into force on 1 January 2022. The proposal that the dedicated contact person must hold the occupational title of assistant nurse should enter into force on 1 January 2030. This date for entry into force was chosen in consideration of the fact that home care services need time to transition. This transition will involve recruiting new employees and, as necessary, training staff.

Costs and positive impacts

In the impact assessment, the cost implications of the legislative proposal have been set in relation to the positive impacts the proposal may have. These may include expected health improvements for care receivers, relatives and staff. The assumptions regarding the positive impacts are subject to uncertainty but indicate that the legislative proposal may be cost-effective.

1 Författningsförslag

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

Härigenom föreskrivs att det i socialtjänstlagen (2001:453) ska införas två nya paragrafer, 5 kap. 5 a och 5 b §§, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	5 kap.
	5 a §
	Äldre personer som har beviljats hemtjänst med stöd av 4 kap. 1 eller 2 a §§ ska erbjudas en fast omsorgskontakt för att tillgodose dennes behov av trygghet, kontinuitet, individanpassad omsorg och samordning, om det inte bedöms vara uppenbart obehövligt.
	5 b §
	Som fast omsorgskontakt får bara den som innehar yrkestiteln undersköterska i enlighet med bestämmelserna i 3 kap. 3 § tredje stycket i denna lag och i 4 kap. 5 a § patientsäkerhetslagen (2010:659) utses.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2030 i fråga om 5 kap. 5 b § och i övrigt den 1 januari 2022.

2 Utredningens uppdrag och arbete

2.1 Direktiv

Regeringen beslutade om direktiven för uppdraget införande av fast omsorgskontakt i hemtjänsten den 29 augusti 2019 (Dir. 2019:52, bilaga 1). I direktiven framkommer att syftet med att införa en fast omsorgskontakt är att öka delaktigheten och självbestämmandet för äldre personer som har hemtjänst och att öka tryggheten både för de äldre och deras anhöriga. Med en fast omsorgskontakt kan stödet och hjälpen bättre anpassas till den enskildes behov och önskemål. Krav på en fast omsorgskontakt innebär att utförare blir skyldiga att arbeta på ett mer enhetligt sätt vilket kan bidra till en ökad kvalitet inom äldreomsorgen. Syftet med införandet av fast omsorgskontakt är vidare att bidra med lösningar på en bristfällig personalkontinuitet inom äldreomsorgen och att skapa förutsättningar för enhetlighet i hela landet. Omsorgskontakten förväntas även kunna bemöta kraven på ökad samordning mellan olika aktörer verksamma inom äldreomsorgen.

Den 3 september fattade regeringen beslut om tilläggsdirektiv (Dir. 2020:89, bilaga 2) där det framgår att utredningstiden förlängs och att uppdraget ska redovisas senast den 30 november 2020.

2.1.1 Utredningens huvuduppgifter

Utredningens huvuduppgifter är att:

- kartlägga hur utförare av hemtjänst, såväl privata som offentliga, i dag arbetar med fast omsorgskontakt.

- analysera skillnader mellan personalkontinuitet i hemtjänst som bedrivs i privat och offentlig regi.
- bedöma om en fast omsorgskontakt kan bidra till att förbättra personalkontinuiteten i hemtjänst som bedrivs i privat respektive offentlig regi.

Utredningen ska:

- föreslå hur en fast omsorgskontakt kan införas i hemtjänsten, både för verksamheter i privat och i offentlig regi,
- bedöma om en fast omsorgskontakt kan bidra till att förbättra personalkontinuiteten i hemtjänsten och om det kan bidra till att insatserna utförs på liknande sätt, oavsett vem i personalgruppen som utför dem,
- föreslå vilka arbetsuppgifter som ska ingå i en fast omsorgskontakts arbetsbeskrivning,
- bedöma vilka kunskaper och kompetenser som en fast omsorgskontakt inom hemtjänsten bör ha.

Utredningen ska överväga för- och nackdelar med att ställa särskilda kompetenskrav och särskilt beakta patientsäkerheten för den enskilde. Vidare ska förutsättningarna för en fast omsorgskontakt beskrivas i syfte att säkerställa att en fast omsorgskontakt innebär ett stöd för omsorgstagaren, vård- och omsorgspersonal och leder till minskad administration.

Utredningen ska:

- bedöma vilka författningsändringar som krävs för att reglera krav på en fast omsorgskontakt i hemtjänsten och samtidigt beakta lokala förutsättningar som främjar ett effektivt arbetssätt.
- beräkna och beskriva de ekonomiska effekterna av förslagen och föreslå en finansiering när det gäller kostnadsökningar och intäktsminskningar för staten, kommuner och landsting.

2.2 Begrepp och definitioner

Fast omsorgskontakt inom hemtjänsten:

- kan i dag vara en undersköterska eller ett vårdbiträde
- är kontaktperson till en eller flera kvinnor eller män som bor i ordinärt boende
- har ett uppdrag vars innehåll och funktion varierar i landets kommuner.

Personalkontinuitet är ett mått på hur många ur personalen den äldre möter inom ett visst tidsintervall. Socialstyrelsen använder sig av måttet ”antal olika hemtjänstpersonal som hjälper den äldre personen under 14 dagar” (se vidare under avsnitt 4.4.1).

Omsorgstagare är i utredningen den som är 65 år eller äldre och får stöd från hemtjänstpersonal.

Omsorgsskap innebär arbetet som utförs av en omsorgskontakt.

2.3 Genomförande

2.3.1 Dokumentstudier

Informatiker vid Regeringskansliets bibliotek har bistått utredningen med sökningar i:

- BIRK (Biblioteket i Regeringskansliet) – bibliotekets söktjänst.
- Libris (LIBRary Information System) – nationell söktjänst för forsknings- och specialbibliotek.
- Diva (Digitala Vetenskapliga Arkivet) – söktjänst för forskningspublikationer och studentuppsatser vid svenska lärosäten.
- Google Scholar – Googles söktjänst för vetenskapliga publikationer och tidskrifter.
- ProQuest Central – multidisciplinär samling av databaser.

De svenska sökorden som har använts är: Hemtjänst + omsorgskontakt, kontaktperson, kontaktmannaskap, kontaktpersonal, kontaktman, brukarcentrerad, brukarorientering, användarcentrerad, kontinuitet, personalkontinuitet, team. De engelska sökorden är: Domiciliary care/home care/community care + key-worker, key worker, person-centred, user-centred, personalization, personalized, contact person, care manager, care coordinator, team, retention.

Vetenskaplig litteratur, rapporter från myndigheter och organisationer ingår i det framtagna materialet.

2.3.2 Intervjuer och kartläggning i kommuner

Intervjuer har genomförts med personer på myndigheter, organisationer, universitet och högskolor. Intervjuer har även genomförts med åtta omsorgstagare och nio anhöriga till omsorgstagare med hemtjänst (se avsnitt 3.2).

Kartläggning – kommuner

Utredningsdirektiven gäller för äldre personer med hemtjänst. Kartläggningen har därför avgränsats till att omfatta personer med hemtjänst som är 65 år eller äldre. Hemtjänstutförare i tjugo kommuner har valts ut för fallstudier. Intervjuer har genomförts med representanter med olika befattningar hos både privata och offentliga utförare (för mer information se avsnitt 3.1).

Expertgrupp, sakkunniggrupp och referensgrupp

Följande experter förordnades av Socialdepartementet: Johan Hansson, utredare, Socialstyrelsen; Eva Sahlén, samordnare, SKR; Jonas Hampus, sektionschef för bistånd, kvalitet och utveckling i Falu kommun; Eva Sennemark, Nationellt kompetenscentrum anhöriga; Ida Nyström, utredare, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; Gunilla Fahlström, projektledare, SBU.

Som sakkunniga förordnades från Socialdepartementet: Departementssekreterare Jan Rehnberg och Kansliråd Catrin Lidbom; från Finansdepartementet: Departementssekreterare Joanna Hägg och

Departementssekreterare Andreas Vigren och från Utbildningsdepartementet; Kansliråd, Jan Schierbeck.

En referensgrupp utsågs av den särskilda utredaren med följande representanter: Christina Tallberg, PRO; Gustaf Bucht, SPF-seniorerna; Liza di Paolo Sandberg, SKPF; Kerstin Lundholm, RPG; Maria Ahlsten, Kommunal; Anna Bergendal, Vårdföretagarna.

Under arbetets gång har sex möten med grupperna hållits. Första mötet med sakkunniggruppen och expertgruppen hölls separat. Övriga fem möten var gemensamma sakkunnig- och expertgruppsmöten. Alla möten med referensgruppen har hållits separat.

Vid mötena har synpunkter från grupperna tagits in och beaktats med syftet att ge sekretariatet vägledning och stöd i det löpande arbetet och i utformningen av det slutliga betänkandet.

Samråd med pågående utredningar

Sekretariatet har under arbetets gång samrått med utredningarna: Framtidens socialtjänst (S 2017:03), Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01), Utredningen om välfärdsteknik i äldreomsorgen (S 2018:11) och Nationell samordnare för en hållbar kompetensförsörjning inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre (S 2019:04).

Utredningen Framtidens socialtjänst har överlämnat sitt betänkande Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag SOU 2020:47 till regeringen. Utredningen har under arbetets gång vid samråd med socialtjänstutredningen tagit del av deras förslag och överväganden. Det har varit utredningens intention att, förutom det författningsförslag som återfinns i kapitel 1, också ta fram ett författningsförslag som gäller i förhållande till den socialtjänstlag som har föreslagits i SOU 2020:47. Då socialtjänstutredningens utredningstid förlängdes i maj 2020 med ytterligare tre månader bedömde utredningen att det inte längre fanns förutsättningar för att presentera ett alternativt författningsförslag. Lagförslaget om fast omsorgskontakt kommer därför kräva ytterligare beredning för att anpassa till förslaget i SOU 2020:47. Utredningen bedömer att arbetet i huvudsak är av redaktionell karaktär.

2.3.3 Konsekvensutredningen

Utredningen uppdrog Institutionen för epidemiologi och global hälsa vid Umeå universitet att ta fram underlag för konsekvensutredningen. Från institutionen har Klas-Göran Sahlén, Lars Lindholm och Fredrik Norström arbetat med underlaget. Inom ramen för uppdraget har ingått att utreda de kostnadsmässiga och andra relevanta konsekvenser av de lagförslag som utredningen föreslår.

Anna Ringborg, Jenny Berg, Johanna Wiss och Emin Hoxha Ekström vid SBU samt Sara Olofsson och Katarina Steen Carlsson vid IHE har bistått med granskning av konsekvensutredningen och synpunkterna har beaktats i utformandet av konsekvensutredningen.

3 Kartläggning av kommuners arbete med fast omsorgskontakt

3.1 Urval kommuner

Tjugo kommuner i tio län har valts ut för fallstudier med hänsyn till ett antal kriterier (se nedan). Semistrukturerade intervjuer har hållits med representanter från olika yrkesgrupper hos både privata och offentliga utförare. Från hemtjänstsidan har chefer, samordnare (eller motsvarande) och omsorgskontakter intervjuats. Från myndighetssidan har biståndshandläggare och chefer intervjuats. Sammanlagt ingår 91 personer i intervjustudien. I de flesta fall har chefer och omsorgspersonal intervjuats separat. I några kommuner hade omsorgspersonalen av arbetsmässiga skäl inte möjlighet att delta vid intervjuerna. I sex av kommunerna saknas intervjuer med omsorgspersonal. I elva av kommunerna har intervjuer genomförts på plats och i åtta kommuner har intervjuer genomförts med hjälp av videolänk. En kommun har inkommit med skriftliga svar på intervjufrågorna.

Kommunerna (bilaga 3) har valts med utgångspunkt i följande kriterier:

- god geografisk spridning från norr till söder
- minst en kommun från varje kommungrupp (enligt SKR:s kommungruppsindelning)
- kommuner med bara privata utförare
- kommuner med bara offentliga utförare
- kommuner med låg respektive hög personalkontinuitet (i förhållande till snittet i landet)
- kommuner med goda exempel av fast omsorgskontakt.

3.2 Urval omsorgstagare och anhöriga

Enskilda intervjuer fick ersätta planerade fokusgrupper med omsorgstagare och anhöriga på grund av covid-19-pandemin under våren 2020.

Semistrukturerade telefonintervjuer har genomförts med åtta omsorgstagare med hemtjänst och nio anhöriga till omsorgstagare med hemtjänst. Frågorna skickades ut till omsorgstagare och anhöriga innan intervjun för genomläsning (inga förberedelser efterfrågades) och kompletterande frågor ställdes under samtalet. Omsorgstagarna valdes ut med hjälp av intresseorganisationerna, PRO, RPG, KPR, en hemtjänstutförare i Upplands Väsby och en hemtjänstutförare i Stockholms kommun. Två av omsorgstagarna bor i Upplands Väsby, en i Spånga och övriga fem i Stockholms kommun. Anhöriga valdes ut med hjälp av Nationellt Kompetenscentrum för Anhöriga (NKA).

I urvalet av omsorgstagare och anhöriga var syftet att åstadkomma en jämn könsfördelning och för anhöriga var dessutom syftet att intervjua personer med varierande relation till omsorgstagaren. Ett representativt urval var inte fullt ut möjligt (avsnitt 3.4). Alla intervjuer gjordes via telefon.

3.3 Resultat av intervjuerna med personal och chefer i kommunerna

Ett urval av uppgifter från de intervjuade kommunerna presenteras i tabellen nedan.

Tabell 3.1 I tabellen finns följande uppgifter: Kommungruppsindelning, befolkningsmängd, andel 65+ i befolkningen, andel 65+ med hemtjänst, andel 80+ med hemtjänst, andel omsorgstagare med fast omsorgskontakt (FOK), personalkontinuitet (p.k.), andel personer med hemtjänst i enskild regi, uppskattning av andelen undersköterskor anställda hos de intervjuade hemtjänstutförarna

Definition kommungrupp	Befolkning	Andel (%) 65+ i befolkningen	Andel (%) 65+ med hemtjänst	Andel (%) 80+ med hemtjänst	Andel med FOK	p.k.	Andel (%) 65+ med hemtjänst enskild regi	Uppskattning andel undersköterskor
Storstäder	968 455	15	10	28	92	12	59	50 % – krav från kommunen
Storstäder	575 597	16	9	24	96	16	3	80–90 % offentlig, 60 % privat – krav från kommunen
Storstäder	341 856	15	10	25	100	14	0	75 % –krav från kommunen
Större stad	127 298	17	9	23	99	13	39	50 %
Större stad	123 111	17	7	18	62	12	9	67 %
Större stad	99 221	22	7	18	72	10**	18	68 %
Mindre stad/tätort	62 622	27	8	23	88	15	61	25–30 %
Mindre stad/tätort	23 028	21	10	23	83	20***	0	20 %
Pendlingskommun nära storstad	73 284	16	12	32	95	13	100	75 % –krav från kommunen
Pendlingskommun nära storstad	46 167	17	9	27	98	12	100	60 % –krav från kommunen
Pendlingskommun nära storstad	45 153	21	7	18	97	17	0	30–60%
Pendlingskommun nära storstad	36 497	23	6	18	100	16	100	85 % –krav från kommunen
Pendlingskommun nära storstad	12 008	21	7	25	0	8–9	12	75 %

Definition kommungrupp	Befolkning	Andel (%) 65+ i befolkningen	Andel (%) 65+ med hemtjänst	Andel (%) 80+ med hemtjänst	Andel med FOK	p.k.	Andel (%) 65+ med hemtjänst enskild regi	Uppskattning andel undersköterskor
Pendlingskommun nära storstad	47 848	21	9	23	97	10	25	60–70%
Pendlingskommun nära större stad	13 471	24	8	27	38	19	6	50 %
Pendlingskommun nära större stad	8 811	22	15	39	17	11	0	50 %
Pendlingskommun nära mindre stad/tätort	5 735	28	11	34	42	25	0	80 %
Lågpendlingskommun nära större stad	39 262	24	8	20	58	16*	0	67 %
Landsbygdskommun med besöksnäring	5 900	29	8	19	100	13	0	80 %
Landsbygdskommun	30 008	20	9	22	100	13	0	85 %
Riket	**10 327 589**	**20**	**8**	**23**	**86**	**16**	**9**	**Saknas**

* 2017, ** Årssnitt för samtliga omsorgstagare under dygnets alla tider, *** 2018.
Källor: SCB (befolkningsmängd, 2019), Socialstyrelsen (andel med FOK, 2019), Kolada (personalkontinuitet, 2019), och uppskattningar från kommunerna (andel undersköterskor).

Måttet personalkontinuitet som redovisas i tabellen är medelvärdet av antal personal som en hemtjänsttagare, 65 år eller äldre, möter under 14 dagar. Det gäller för personer som har två eller fler besök av hemtjänsten varje dag mellan 7.00–22.00. Trygghetslarm och matleveranser räknas inte in och hemsjukvårdspersonal inkluderas inte i måttet. Som framgår av tabellen varierar personalkontinuiteten mellan 8–25. Det innebär att i kommunen med bäst personalkontinuitet möter omsorgstagare i snitt 8 personer under en tvåveckorsperiod och i kommunen med sämst kontinuitet kunde omsorgstagaren möta i snitt 25 olika personer under en tvåveckorsperiod. Snittet för landets alla kommuner var 16 under 2019.

Andel omsorgstagare med fast omsorgskontakt varierar mellan 0–100 procent hos de intervjuade kommunerna. I 14 av kommunerna har minst 2/3 av omsorgstagarna en omsorgskontakt. Snittet i riket var enligt Socialstyrelsen 86 procent under 2019.

Det finns inget tydligt samband mellan andel omsorgstagare med fast omsorgskontakt och personalkontinuiteten hos de intervjuade kommunerna. Inom ett par av kommunerna finns däremot en koppling mellan omsorgskontaktens roll och personalkontinuiteten. Det gäller de kommuner som har bedrivit ett utvecklingsarbete i syfte att förbättra kontinuiteten och där omsorgskontaktens roll i praktiken innebär att de går ofta till ”sina” omsorgstagare. En mer utförlig redogörelse om det arbetet finns beskrivet i avsnitt 3.3.3.

Uppskattningen av andel undersköterskor hos de intervjuade hemtjänstutförarna varierar mellan 25–85 procent. Drygt en fjärdedel av de intervjuade hemtjänstutförarna uppger att kommunen ställer krav på att en viss andel av hemtjänstpersonalen ska ha undersköterskeutbildning. Kravet varierar mellan 60–85 procent. En kommun anger att målet på sikt är att 100 procent av personalen ska inneha yrkestiteln undersköterska och i dagsläget ligger snittet där på 70 procent. Flera intervjuade hemtjänstutförare anger att kommunens krav om en viss andel undersköterskor kan vara svårt att leva upp till. Några av kommunerna har själva valt att validera och fortbilda personalen till undersköterskor.

3.3.1 Omsorgskontakt i kommunerna

Från informell till fast namngiven omsorgskontakt

Resultaten av intervjuerna visar att omsorgskontakt fungerar på olika sätt både mellan och inom kommunerna (gäller främst större kommuner). Hos alla intervjuade utförare utom två, finns en fast namngiven omsorgskontakt som är känd både för personalen och för omsorgstagaren. Det kan skilja sig åt mellan kommuner hur ofta omsorgskontakten går till sin omsorgstagare och vilka uppgifter som ingår. Hos fem av de intervjuade utförarna har omsorgskontakten en begränsad roll för omsorgstagaren, det kan handla om att upprätta genomförandeplan och vara behjälplig med städning och ledsagning, medan omsorgskontakten i andra kommuner åläggs att ofta gå till omsorgstagaren och utföra lejonparten av omsorgsuppgifterna.

Det finns exempel där varken personalen eller omsorgstagaren har kännedom om vem den utpekade omsorgskontakten är. I de fallen finns informella omsorgskontakter det vill säga personalen har omsorgstagare som de går oftare till och som de känner bättre än andra. Däremot är mandat och uppgifter inte tydliggjorda. Rollen blir således otydlig för både omsorgstagare och omsorgskontakt men även för anhöriga och andra yrkesgrupper. I en av de intervjuade kommunerna där utvecklingen av omsorgskontakt pågår understryker den intervjuade omsorgskontakten vikten av att en rutin upprättas så att ansvar och befogenheter blir tydliggjorda.

Det finns exempel från två kommuner där hemtjänstgruppen är organiserad i mindre team som ansvarar för alla omsorgstagare i ett utpekat geografiskt område. Beslutet om att ta bort personliga omsorgskontakter och i stället ha kontaktteam förklarar enhetschefen i en av kommunerna med att man ville ha ett mindre sårbart system – med hela teamet som ansvarigt blir det inte lika personkopplat. I den lilla kommunen där ”alla känner alla” menade enhetschefen att det var påfrestande att vara kontaktperson eftersom det blev svårt att bibehålla den privata sfären utanför arbetstid.

Att utse omsorgskontakt

En fjärdedel av de intervjuade hemtjänstutförarna uppger att det tar minst en vecka och upp till fyra veckor att utse en omsorgskontakt. I kommunen där det tar en månad väljs omsorgskontakterna ut beroende på sin kompetens, schema och geografiskt område. Hos hälften av övriga hemtjänstutförare utses en omsorgskontakt i samband med hemtjänstbeslutet och för resterande utförare varierar utnämningen från fall till fall. Det kan vara en eller två kontaktpersoner som under de första två veckorna avsätter tid för att tillsammans med omsorgstagaren planera insatserna och upprätta genomförandeplanen. De flesta intervjuade kommunerna menar att det är viktigt att matcha omsorgskontakt med omsorgstagare och att det är möjligt att byta omsorgskontakt om någon av parterna önskar.

Några av de intervjuade kommunerna använder sig av ett arbetssätt som kallas trygg hemgång[1] då en äldre person med beslut om

[1] Definieras enligt Socialstyrelsen som en modell med tvärprofessionella insatser, där teambaserat arbetssätt och omfattande initial hemtjänst utvärderas efter en tid i hemmet.

hemtjänst skrivs ut från sjukhuset. Syftet är att åstadkomma en trygg och effektiv hemgång för omsorgstagaren och samtidigt minska risken för återinskrivning. När omsorgspersonalen i teamet trygg hemgång är klara med sitt arbete och ska lämna över till hemtjänsten är inte alltid omsorgskontakten utsedd. I en kommun menar kontaktpersonerna i teamet trygg hemgång att det skulle vara en fördel att ha en utpekad omsorgskontakt hos hemtjänsten som de kan ha en avstämning med då deras arbete avslutas och hemtjänsten tar vid.

En tredjedel av de intervjuade hemtjänstutförarna uppger att för omsorgstagare med insatser som larm och matdistribution, har man valt att inte utse en fast omsorgskontakt. I andra kommuner får alla omsorgstagare en omsorgskontakt i samband med att en genomförandeplan upprättas. Ett par kommuner menar att man måste bedöma behoven av omsorgskontakt från fall till fall och att även personer med servicetjänster kan vara i behov av omsorgskontakt exempelvis om vissa sjukdomstillstånd föreligger.

Andel fasta omsorgskontakter i personalgruppen

I de flesta av de intervjuade kommunerna är alla i personalstyrkan med tillsvidareanställning omsorgskontakt till någon. I ett par andra kommuner har man har valt att låta en del av personalen arbeta som omsorgskontakt och en annan del fungera som resursgrupp med uppgiften att täcka upp för de kontakter som är borta av någon anledning. Ett par utförare har valt att uppgiftsdifferentiera det vill säga en del av omsorgsteamet sköter servicetjänster som städning medan en annan del har i uppgift att sköta nära omsorg.

Ett par av de intervjuade hemtjänstutförarna menar att alla inte passar för att axla rollen som omsorgskontakt och att det kan förekomma situationer i livet då det passar mindre bra att arbeta som omsorgskontakt. En kommun menar att det avgörs från fall till fall om man som nyanställd kan bli fast omsorgskontakt. Det beror bland annat på om man har tidigare erfarenhet av omsorgsarbete. Intervjuade chefer i flertalet kommuner menar att nyanställda ofta behöver stöd i arbetet med genomförandeplanen, övrig dokumentation samt systemkunskap för att kunna arbeta som omsorgskontakt.

3.3.2 Uppgifter som ingår i rollen som omsorgskontakt

Omsorgskontakt – en komplex roll

Många av de intervjuade understryker komplexiteten i rollen som omsorgskontakt där arbetet kan innehålla både vårdande och rehabiliterande uppgifter men också servicetjänster. I de kommuner som har kommunal sjukvård är det vanligt att omsorgskontakten arbetar med delegerade vårduppgifter. Med allt sjukare omsorgstagare menar de intervjuade att hemtjänsten utför allt fler uppgifter av vårdande karaktär.

Ofta fungerar omsorgskontakten som ”spindeln i nätet” det vill säga en person som har kontakt med anhöriga, andra yrkesgrupper, och vid behov med myndigheter.

Uppgiftsbeskrivning

De flesta av de intervjuade kommunerna har en uppgiftsbeskrivning som visar vad som ingår i rollen som omsorgskontakt. I alla de intervjuade kommunerna ingår i uppgiften att upprätta och följa upp genomförandeplanen. Andra uppgifter som omsorgskontakterna utför i flertalet kommuner är delegerade vårdande uppgifter som hantering av mediciner och sårvård. Dusch, ledsagning och social samvaro är också uppgifter som ofta utförs av omsorgskontakterna. Servicetjänster som tvätt och städning kan ingå i rollen men en del kommuner har valt att lägga ut vissa servicetjänster på annan aktör.

I omsorgskontaktens uppgifter ingår att ha kontakt med andra yrkesgrupper som vårdpersonal, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och biståndshandläggare. En omsorgskontakt blir en ”budbärare” för omsorgstagaren till andra yrkeskategorier. I några kommuner ingår i uppgiften att delta vid SIP-möten[2] medan det i andra kommuner i huvudsak är enhetschefen eller samordnaren som deltar.

I några kommuner deltar omsorgskontakten tillsammans med biståndshandläggare vid uppföljningsmöten hos omsorgstagaren. Fördelarna som lyfts fram av de intervjuade är att omsorgskontaktternas goda personkännedom om omsorgstagarna kommer till nytta då biståndshandläggare ska bedöma behovet av insatser. I de flesta

[2] Vid SIP-möten tas en samordnad individuell plan fram för den enskilde enligt de regler som gäller i HSL och SoL. I planen beskrivs bland annat de insatser som behövs från hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

intervjuade kommuner ingår inte i omsorgskontaktens roll att ha direktkontakt med biståndshandläggare då omsorgstagarens behov av stöd förändras. Det ligger i första hand på enhetschef eller någon som har en administrativ roll i gruppen (exempelvis planerare, samordnare eller gruppledare). Ett väl fungerande samarbete mellan biståndshandläggare, deras chefer och hemtjänsten bygger, enligt de intervjuade, på regelbundna möten och en god dialog mellan cheferna. I de intervjuade kommuner där dialogen fungerar väl sitter biståndshandläggare, deras chefer och hemtjänstutförarna ofta i samma hus och den fysiska närheten underlättar den goda relationen.

Det finns exempel på kontakter mellan biståndshandläggare, deras chefer och hemtjänsten som är konfliktfyllda. Vid en intervju menar omsorgskontakten att man måste ”kriga för mer resurser till omsorgstagaren” och att det inte finns något förtroende mellan biståndshandläggaren och omsorgskontakten. Det blir en pressad situation mellan biståndshandläggaren å ena sidan som kan ha ett sparbeting på sig och omsorgskontakten å andra sidan som har omsorgstagarens perspektiv i fokus. Omsorgskontakten menar att det blir särskilt svårt då omsorgstagaren har demens och det är viktigt att få tillräckligt med tid för att utföra insatserna. Ett par andra hemtjänstutförare och kommuner menar att samarbetet mellan myndighetssidan och utförarsidan inte är tillfredsställande och att samverkan behöver förbättras.

I flera kommuner lyfter de intervjuade cheferna fram att om omsorgskontakten ska hinna med alla uppgifter som ingår i rollen kan vissa administrativa uppgifter med fördel läggas på en stödfunktion i hemtjänstgruppen. Flera kommuner har därför inrättat en roll i gruppen som kallas samordnare, gruppledare, planerare eller teamstöd.

Uppgiftsdifferentiering

Ett par intervjuade kommuner menar att uppgiftsdifferentiering skulle kunna vara bra det vill säga att omsorgskontakten sköter omvårdnadsuppgifter men inte servicetjänster. Fördelen skulle, enligt de intervjuade cheferna, vara att det är lättare att locka och behålla undersköterskor i rollen som omsorgskontakt. Hos en hemtjänstutförare planerar man att från den 1 april i år införa uppgiftsdifferentiering

inom hemtjänsten där undersköterskor endast utför omsorgsuppgifter och annan mindre utbildad personal utför serviceuppgifter. Ersättningarna för omsorg och servicetjänster kommer att variera. Man ser det som en möjlighet att ta in personal som inte har undersköterskeutbildning och som kan starta med servicetjänster för att sedan fortbilda sig och då kunna utföra mer komplexa omsorgsuppgifter.

Nackdelen med en sådan uppdelning, menar flertalet av de intervjuade hemtjänstutförarna, är att personalkontinuiteten blir sämre – fler personer kommer hem till omsorgstagaren. En annan nackdel som lyfts fram är att man tappar möjligheten att involvera omsorgstagaren i vissa arbetsuppgifter i hemmet som kan användas i rehabiliterande syfte.

Skapa en god relation och få personkännedom

Drygt hälften av de intervjuade menar att i omsorgskontaktens roll ingår att åstadkomma en förtroendefull relation till omsorgstagaren. En lika stor andel av de intervjuade menar att i uppgiften ingår att ha god personkännedom om omsorgstagaren vilket ger möjligheter att tidigt upptäcka förändringar i hälsotillståndet. En av de intervjuade omsorgskontakterna lyfter fram att med god personkännedom vet man hur man ska bemöta och hjälpa den äldre i en omsorgsituation. Det är enligt omsorgskontakten viktigt överlag i omsorgsarbetet men i synnerhet när man arbetar med personer med demenssjukdom.

3.3.3 Omsorgskontakt kopplat till personalkontinuitet

De flesta intervjuade kommunerna menar att personalkontinuiteten är viktig och att man kontinuerligt följer upp den. Vid intervjuerna med både chefer och omsorgskontakter framkommer att de flesta omsorgstagare tycker att det är viktigt att det inte kommer för många olika personer och att samma personer utför hemtjänstinsatserna även om det finns undantag. För vissa är det viktigare att hemtjänsten kommer vid samma tider på dagen oavsett vem det är som kommer och att insatserna utförs på likartat sätt.

I flera kommuner med fast omsorgskontakt planeras hemtjänstarbetet med fokus på att en begränsa antalet personer som går till

omsorgstagare med psykisk ohälsa och demenssjukdom. Vissa kommuner har även särskilda demensteam.

Små grupper kopplade till geografiska områden

De flesta intervjuade menar att fast omsorgskontakt kan ha en koppling till god personalkontinuitet under vissa förutsättningar. En av de viktigaste förutsättningarna som framkommer i intervjuerna är uppdelningen av personalstyrkan i mindre arbetslag kopplade till geografiska områden. Små arbetslag skapar, menar man, bättre möjligheter för omsorgskontakterna att gå ofta till ”sina” omsorgstagare. Tre fjärdedelar av de intervjuade utförarna har i det syftet delat upp personalen i mindre arbetslag som ansvarar för omsorgstagare i ett avgränsat geografiskt område. Två av de intervjuade hemtjänstutförarna lyfter fram att resultatet av uppdelningen i mindre arbetslag ledde till en tydlig förbättring av personalkontinuiteten, från 20 till 12 respektive från 18 till 12. Hos tre av de intervjuade utförarna finns planer på att i närtid dela upp personalen i mindre arbetsgrupper för att åstadkomma en bättre kontinuitet.

Skillnader mellan privata och offentliga utförare

I de storstäder som har både privata och offentliga utförare har överlag de privata utförarna lättare att uppnå en god personalkontinuitet. Det beror, enligt en intervjuad strateg, delvis på att de privata utförarna i snitt har färre omsorgstagare och färre anställda än de offentliga utförarna. En annan förklaring är att de privata utförarna har möjlighet att ange ett kapacitetstak (maximalt antal kunder) och förlägga verksamheten till ett begränsat geografiskt upptagningsområde. Strategen hänvisar till ett underlag där personalkontinuiteten hos såväl privata som offentliga utförare har följts upp under 2018 och 2019[3]. En intervjuad privat hemtjänstutförare i en annan storstad bekräftar bilden att de har lättare att åstadkomma god personalkontinuitet eftersom de har förhållandevis få anställda.

[3] Äldreförvaltningen (2019). Ökad personalkontinuitet inom hemtjänsten. PM Dnr 3.1–408/2019. Stockholms stad.

Framgångsrikt utvecklingsarbete

En av de intervjuade kommunerna har under en fyraårsperiod arbetat strategiskt med att förbättra kontinuiteten i hemtjänsten. I arbetet har ingått att tillämpa målpremier, organisera hemtjänstpersonalen i mindre arbetslag och utveckla den fasta omsorgskontaktens roll. Målpremierna innebär att omsorgstagaren tillsammans med biståndshandläggaren sätter upp mål och en premie (en mindre summa pengar) tillfaller hemtjänstutföraren då målet är uppfyllt. Arbetet med målpremier kräver god personkännedom vilket innebär att den fasta omsorgskontakten träffar sin omsorgskontakt ofta för att kunna motivera omsorgstagaren att nå målen och följa upp utvecklingen. Resultatet av arbetet blev bättre personalkontinuitet, mer individanpassad omsorg och nöjdare omsorgstagare. Enhetschefen som har drivit det strategiska arbetet menar att omsorgskontakt i sig inte löser problematiken med dålig personalkontinuitet. Hen framhåller att rollen måste fyllas med innehåll och förutsättningar måste ges för att man ska uppnå goda resultat med personalkontinuitet.

Tvärprofessionella team

I en kommun arbetar man med tvärprofessionella team där flera olika yrkeskategorier ingår. Det innebär att man har kunnat arbeta med personalkontinuiteten i såväl omsorgen som vården. Som exempel nämns att antalet distriktssköterskor har gått ner från tio till två i ett område. Genom ett helhetsgrepp om alla personalgrupper har personalkontinuiteten förbättrats och kvaliteten på vård- och omsorgen för omsorgstagaren menar de intervjuade cheferna. I botten finns ett politiskt beslut om att hela kommunen ska arbeta med tvärprofessionella team. En av de intervjuade enhetscheferna i kommunen lyfter fram tillitsbaserad styrning som central för att åstadkomma en positiv förändring.

Vikten av välfungerande schemaläggning

Ett par kommuner lyfter särskilt fram schemaläggningen och att den är central för att skapa förutsättningar för god kontinuitet. Flertalet kommuner har tillgång till digitala planeringsverktyg som enligt de

intervjuade är viktiga för planeringen. Några hemtjänstutförare som saknar digitala verktyg är i färd med att införskaffa system för digital schemaläggning. En kommun lyfter fram brister i planeringsverktyget, främst kopplat till den uträknade tiden det ska ta för personalen att ta sig från en omsorgstagare till en annan.

Det är enligt flera hemtjänstutförare viktigt att planering och schemaläggning utgår från att den fasta omsorgskontakten ska gå till sina omsorgstagare när de är tjänst. Hos två tredjedelar av de intervjuade hemtjänstutförarna finns en administrativ roll i hemtjänstgruppen, exempelvis samordnare, planerare, gruppledare eller verksamhetsledare, med uppgift att schemalägga och justera planeringen efter dialog med omsorgskontakterna. I kommunerna där man har bedrivit ett utvecklingsarbete med fokus på omsorgskontaktens roll understryks vikten av att man organiserar arbetet utifrån brukarnas behov och skapar möjligheter att justera schemat efter att det har lagts. När det finns flexibilitet i planeringen, menar de intervjuade att det är lättare för omsorgskontakten att tillgodose omsorgstagarnas behov och önskemål och på så vis bidra till kontinuitet. Här ser det olika ut i kommunerna. Vissa kommuner har lagt stort fokus på att personalen ska ha inflytande på schemaläggningen i syfte att säkerställa att omsorgskontakten kan utföra nära omvårdnad och service till ”sina” omsorgstagare. Andra kommuner har inte flexibla scheman vilket innebär att när schemat är lagt är det svårare att ändra det.

Lokal eller central planering

I en kommun är man i färd med att ändra planering och schemaläggning från enhetsnivå till centralplanering det vill säga från hemtjänstenheterna till en central funktion på kommunen. Man menar att det ska bli mer effektivt och lättare att säkerställa att insatserna utförs. Samtidigt menar omsorgspersonalen i samma kommun att flexibiliteten i schemat sannolikt blir lägre efter införandet av en central planering. I en annan kommun med en central bemanningsenhet har enhetscheferna valt att själva sköta bemanningen för att säkerställa kontinuiteten. Enhetscheferna menar att om bemanningen sköts på central nivå blir det inte lika bra personalkontinuitet. Resultatet av att de själva har börjat sköta bemanningen är att antalet

vikarier har minskat och vikarierna går till ”sina” omsorgstagare vilket innebär att man får bättre kontinuitet även när vikarierna arbetar. Andra goda effekter som lyfts fram av enhetscheferna är de har fått bättre kontroll på ekonomin och kunnat hålla nere kostnaderna.

Ersättningsmodellernas påverkan

Ersättningsmodellerna påverkar också förutsättningarna för omsorgskontaktens arbete. I en kommun menar enhetschefen att det vore positivt med en ersättningsmodell som bättre avspeglar de faktiska kostnaderna. Mycket ska utföras inom ramen för beslutad tid. Hon menar att fler ”förflyttningar” har tillkommit exempelvis på grund av fler läkarbesök som personalen följer med på. I den kommunen kommer man att prova en ny modell med ersättning per dygn i stället för timpris. Ambitionen är att detta kommer att skapa ett mer flexibelt system. En bra ersättningsmodell som skapar flexibilitet och handlingsutrymme för personalen kan enligt enhetschefen bidra till bättre förutsättningar för omsorgskontaktens arbete.

För att skapa flexibilitet och handlingsutrymme för sin omsorgspersonal tillämpar vissa kommuner ersättningsmodeller bestående av fasta och rörliga komponenter. Den rörliga komponenten används som ett tillägg till den grundersättning som utgår och syftar till att jämna ut fluktuationer i verksamheten. Den rörliga komponenten möjliggör för hemtjänstutförarna att fokusera på kvaliteten och insatsen i stället för tiden som insatsen får ta. Mindre fokus på tid öppnar också upp för omsorgspersonalen att göra förändringar i veckoplaneringen för att tillgodose omsorgstagarens behov och önskemål.

En kommun menar att frågan om tid för insatsens genomförande inte är en fråga för biståndshandläggare att bedöma, utan den bestäms bäst ute hos hemtjänstverksamheten. Därför har man valt att inte ”tidssätta” sina biståndsbeslut och inte heller låta en ersättning utgå utifrån en sådan bedömning. Den här typen av arbetssätt förutsätter dock en förtroendefull relation mellan biståndshandläggare, deras chefer och hemtjänstutförarna, anser man. Den aktuella kommunen tillämpar en målbaserad ersättning (som ett komplement till en fast grundersättning). Ersättningsformen bidrar till en god personal-

kontinuitet genom att den fasta omsorgskontakten i regel får gå till sina omsorgstagare när hen är i tjänst. I det här fallet fungerar arbetssättet med fast omsorgskontakt och ersättningsmodellen som kommunicerande kärl.

Utmaningar för att åstadkomma god personalkontinuitet

Alla kommuner lyfter fram sjukfrånvaro och bemanning som utmaningar för att åstadkomma god personalkontinuitet. Andra utmaningar kan vara att den äldre vill att insatserna utförs en viss tid i veckan då inte omsorgskontakten arbetar och att många omsorgstagare har omfattade behov och insatser flera gånger under dygnet. I några kommuner lyfts det fram att all omsorgspersonal inte har möjligheten att utföra delegerade och anvisade arbetsuppgifter från legitimerad personal varför annan personal kan behöva ta vid. Det leder till sämre personalkontinuitet men är nödvändigt med hänsyn till patientsäkerheten. Några hemtjänstutförare menar att det blir svårare att upprätta en god personalkontinuitet i takt med att verksamheten växer och man får fler omsorgstagare att gå till.

Antal äldre en omsorgskontakt är ansvarig för

Antalet äldre en omsorgskontakt är ansvarig för varierar mellan kommunerna och beror delvis på hur många insatser omsorgstagarna behöver. En intervjuad omsorgskontakt lyfter fram vikten av att inte ha ansvar för fler omsorgstagare än att man hinner träffa var och en ofta (flera gånger i veckan). I det fallet hade omsorgskontakten ansvar för fyra omsorgstagare. Hos andra utförare kan en omsorgskontakt ha ansvar för upp emot tolv omsorgstagare. I en kommun menar man att det inte är viktigast att träffa sina omsorgstagare ofta utan att insatserna utförs som man kommit överens om.

I drygt hälften av de intervjuade kommunerna finns en vice omsorgskontakt, en parhäst som kan ta vid då den ordinarie kontakten är borta av någon anledning. Andra fördelar med minst två personer som har god kunskap om en omsorgstagare är att paret kan turas om att gå till omsorgstagaren. Det kan handla om att ansvaret blir tungt i samband med vissa omsorgstagare men också att personalen av någon anledning vill ta ett uppehåll i sin roll som omsorgskontakt.

Vissa kommuner har infört resursgrupper som täcker upp frånvaro i arbetslagen för de kontaktpersoner som av någon anledning inte är på plats.

3.3.4 Vad omsorgskontakt betyder för omsorgstagare, anhöriga och personal

För omsorgstagaren

Alla intervjuade, såväl chefer som omsorgskontakter, menar att en fast omsorgskontakt betyder ökad trygghet för omsorgstagaren. I de kommuner där omsorgskontakten går ofta till sin omsorgstagare menar de intervjuade att rollen är relationsskapande och den äldre får tillit och förtroende för sin omsorgskontakt. De menar att omsorgstagaren oftare vågar öppna sig, ställa frågor och uttrycka sina behov till omsorgskontakten. Effekten blir, menar man, att omsorgstagaren får ökat inflytande över hur insatserna utförs vilket skapar goda förutsättningar för en individanpassad omsorgsprocess.

En annan viktig aspekt som många lyfter fram är att den fasta omsorgskontakten kan notera små förändringar i hälsotillståndet hos omsorgstagaren. Då omsorgskontakten regelbundet besöker sin omsorgstagare erhåller hen kunskap om den äldres dagsform, kan notera förändringar i den och anpassa omsorgen därefter. En omsorgskontakt kan tidigt upptäcka tecken på depression och annan psykisk ohälsa, missbruk, försämrat somatiskt tillstånd exempelvis urinvägsinfektion, demens och dåligt näringsintag.

Några av de intervjuade omsorgskontakterna lyfter fram att en svårmotiverad omsorgstagare kan gå med på att ta emot hjälp om hen märker att det är samma person som kommer tillbaka.

En annan viktig aspekt som flera av de intervjuade lyfter fram är att den fasta omsorgskontakten kan hjälpa den äldre att samordna delar av vården och omsorgen. God personkännedom om den äldre innebär att den fasta omsorgskontakten blir en viktig informationskälla till andra professioner inom vården, rehabiliteringen och till biståndshandläggare. Erfarenhet och att man går regelbundet till sin omsorgstagare gör att man vet när hälso- och sjukvårdspersonal behöver kopplas in.

En omsorgskontakt menar att man kan ta ett övergripande ansvar för hemmets skötsel vilket är bra för omsorgstagaren. Vissa service-

tjänster som kan betyda mycket för omsorgstagare – att rensa ett kylskåp eller att säkerställa att sophanteringen fungerar – kan omsorgskontakten ombesörja.

För anhöriga

De allra flesta av de intervjuade menar att en fast omsorgskontakt skapar trygghet hos anhöriga. Tryggheten ligger i att man som anhörig eller närstående vet vem man kan kontakta vid behov. Några menar även att dialogen underlättas av att man lär känna omsorgskontakten.

För personalen

Flertalet av de intervjuade omsorgskontakterna menar att arbetet som fast omsorgskontakt gör arbetet mer förutsägbart vilket i sig skapar en trygghet. De menar att det är lättare att planera sin tid vilket bidrar till bättre arbetsmiljö. I en kommun har resultatet av ett strategiskt arbete med rollen som omsorgskontakt inneburit att personalen kan påverka arbetet i vardagen och vid behov stanna lite längre hos omsorgstagaren. Det har bidragit till att personalen trivs bättre, är nöjdare och har bättre hälsa – sjuktalen har gått ner från 14 procent till 8–9 procent. Exempel på minskad sjukfrånvaro finns även i en annan kommun som har arbetat på liknande sätt med omsorgskontakt och där personalen har fått utökat handlingsutrymme.

Flera intervjuade chefer menar att ansvaret som omsorgskontakt ofta bidrar till att personalen blir engagerad och positiv. Några uttrycker att ”personalen växer med rollen”. Med mer ansvar följer också utvecklingsmöjligheter och att man får bättre förutsättningar för att utföra omsorgen.

Ibland kan dock rollen som omsorgskontakt kännas överväldigande menar en del av de intervjuade cheferna.

3.3.5 Kunskaper och kompetens

Mot bakgrund av det komplexa arbete som ingår i omsorgskontaktens roll behöver personalen enligt alla intervjuade både utbildning, erfarenhet men också personliga egenskaper för att kunna lösa

uppgifterna på ett tillfredsställande sätt. Eftersom omsorgskontakten en stor del av tiden arbetar på egen hand hos omsorgstagaren menar flera intervjuade att det är av stor vikt att omsorgskontakten har den kunskap och erfarenhet som krävs för att kunna utföra omsorgen på ett tillfredsställande och säkert sätt.

Fler sjuka äldre

Utvecklingen går mot att allt fler sjuka äldre skrivs ut tidigare från sjukhuset och bor hemma längre. Det är en bild som delas av de flesta intervjuade kommuner. Inom ramen för hemtjänstpersonalens arbete i flertalet kommuner ingår allt fler anvisade och delegerade medicinska uppgifter, exempelvis medicingivning eller sårvård. Ett par kommuner lyfter fram sommarmånaderna som särskilt utmanande då vikarier saknar tillräcklig utbildning och kompetens för att kunna utföra medicinska uppgifter.

Utöver kunskap för att utföra vårdande insatser behövs också, enligt några av de intervjuade omsorgskontakterna, kunskap för att kunna anpassa hjälpen till olika omsorgsituationer. Det kan handla om hur olika hälso- och funktionstillstånd tar sig uttryck, exempelvis vid demenssjukdom. Det kan också handla om hur man hanterar en situation där en omsorgstagare inte vill ta emot hjälp. Förmåga att motivera omsorgstagare att ta emot insatser och att kommunicera med äldre på ett adekvat sätt lyfts upp som viktiga färdigheter. De flesta understryker även vikten av att vara uppmärksam för att kunna upptäcka skillnader i omsorgstagarens tillstånd, såväl det somatiska som psykiska.

Utbildningsnivå undersköterska

De flesta intervjuade är överens om att ”i den bästa av världar” skulle alla som arbetar som omsorgskontakt ha en utbildningsnivå som motsvarar undersköterska. Däremot menar man att det skulle vara svårt att uppfylla det kravet omgående med tanke på utbildningsnivån hos dagens personalstyrka och hur litet rekryteringsunderlaget ofta är. I dag är många av de anställda inom hemtjänsten vårdbiträden. Flera kommuner lyfter fram att vårdbiträden inom hemtjänsten som har många års arbetslivserfarenhet har tillfredställande kompetens

och färdigheter för att kunna utföra de komplexa uppgifter som ingår i rollen som omsorgskontakt. För de som arbetar på timbasis kan utbildning inom vård och omsorg helt saknas.

Några av de intervjuade kommunerna har satt upp egna mål om att höja kompetensen på personalen och låta undersköterska vara miniminivån för att nyanställa (tabell 3.1.). I en kommun är exempelvis målsättningen att 80 procent av personalen ska ha en undersköterskeutbildning. Där menar man att det är viktigt att förmedla att inte vem som helst kan arbeta inom hemtjänsten och genom att ställa krav på formell utbildning kan man höja statusen på yrket. Det är även vanligt bland kommunerna att personalen, efter en viss tids anställning, får möjlighet att fortbilda sig till undersköterska. I vissa fall finns förutom krav på undersköterskeutbildning även krav på att personalen ska vara tillsvidareanställd och arbeta dagtid för att kunna bli omsorgskontakt.

Andra viktiga kunskaper

Andra viktiga kunskaper som lyfts fram vid intervjuerna är organisationskunskap, kunskaper om lagar och krav och dokumentationskunskap. Omsorgskontakten behöver veta vart hen ska vända sig i olika situationer och vilka rättigheter omsorgstagaren har. Goda färdigheter i social dokumentation är viktigt i arbetet med att upprätta och följa upp genomförandeplanen understryker flera av de intervjuade cheferna. Utbildning men också arbetslivserfarenhet från hemtjänst eller närliggande verksamhet är enligt de intervjuade förutsättningar för att erhålla dessa kunskaper.

Alla intervjuade menar att personliga egenskaper är centrala för arbetet som omsorgskontakt. Gott bemötande, ett lugnt förhållningssätt, empati, engagemang och intresse för att arbeta med människor är exempel på egenskaper som lyfts fram. Vid intervjuer med några omsorgskontakter lyfts även förmågan att arbeta under stress fram som viktig. Det är, menar man, viktigt att dölja för omsorgstagaren att man är stressad trots att man måste utföra arbetsuppgifterna under tidspress.

Krav på kunskaper i svenska

De flesta av de intervjuade kommunerna har under senare år fått allt fler anställda med andra språk än svenska som modersmål. Goda skriftliga och muntliga kunskaper i svenska är enligt de intervjuade en förutsättning för att kunna arbeta som omsorgskontakt. Det är en säkerhetsaspekt att omsorgskontakten förstår den äldre och vice versa samt kan dokumentera på ett korrekt sätt. I några kommuner finns formella krav för att kunna bli anställd om man inte har svenska som modersmål. Det kan till exempel vara att ha genomgått alla nivåer i svenska inom SFI. Men de flesta av de intervjuade kommunerna har inte några formella krav på kunskaper i svenska, utan utvärderar språknivån med hjälp av muntliga intervjuer och skriftliga tester.

Kommunerna får med tiden allt fler äldre med behov av hemtjänst på sitt eget modersmål. Det gäller särskilt för äldre som kan ha någon form av kognitiv nedsättning som inneburit att de har förlorat språk de lärt sig i vuxen ålder (se vidare avsnitt 4.5.2).

3.3.6 Kompetensutveckling och stöd

Stöd från närmaste chef

Hos de flesta intervjuade hemtjänstutförare hålls regelbundna möten mellan chef och personal. Det kan vara möten där hela hemtjänstgruppen eller mindre grupper träffas i närvaro av chef. En kommun lyfter fram vikten av att hemtjänstpersonalen får återkoppling och bekräftelse på arbetet de utför. En del kommuner har ett mentorskap kopplat till omsorgskontakt.

Reflektionsmöten

I intervjuer med omsorgskontakter och chefer från ett par kommuner framkommer att reflektionsmöten i närvaro av professionellt stöd skulle behövas i större utsträckning. Personalen kan, framkommer det vid några intervjuer, även behöva stöd för att kunna avgränsa sina arbetsuppgifter i rollen som omsorgskontakt. Det är inte alltid lätt att veta vad man får och inte får göra menar en intervjuad omsorgskontakt. Ett par kommuner menar att det behöver avsättas mer

tid för att utveckla rollen som omsorgskontakt – tid som inte kan avvaras i dag på grund av tidsbrist.

Möten mellan olika professioner

I flertalet av de intervjuade kommunerna anordnas regelbundet interprofessionella gruppmöten där omsorgskontakterna får möjlighet att träffa andra yrkesgrupper som sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Närheten till andra yrkesgrupper, då olika professioner är placerade i samma hus, framhålls som en stor fördel för att kunna dra nytta av varandras kompetenser. I den kommun som arbetar i team bestående av omsorgspersonal och vårdpersonal menar man att en kontinuerlig kompetensutveckling mellan yrkesgrupperna uppnås under arbetets gång.

Kompetensutveckling

Flertalet av de kompetensutbildningar som kommunerna erbjuder de anställda är webbaserade. Det kan vara utbildning i demensvård, lyftteknik, missbruk och nutrition. Flera kommuner har också kompetensutveckling i social dokumentation. Några kommuner har en Silviasyster, specialiserad i demensvård, som fungerar som stöd och hjälp för personalen. En kommun understryker vikten av utökad kompetensutveckling för att matcha de stora krav på personalen som uppkommit i samband med att fler omsorgstagare har omfattande behov. Kompetens för att hantera delegerade vårduppgifter, psykisk ohälsa och missbruk behövs, menar den intervjuade.

En av de intervjuade kommunerna har språkombud som stöttar personer som inte har svenska som modersmål, något som är uppskattat och fungerar väl. Det finns ett språkombud i varje arbetslag om tio till tolv personer. En annan kommun har fått särskilt ekonomiskt stöd för att utveckla arbetet med språkombud.

3.3.7 Omsorgskontakt och lagstiftning

En övervägande del av de intervjuade kommunerna menar att ett lagkrav om fast omsorgskontakt kan skapa tydlighet och likvärdighet i landet. Några intervjuade lyfter även fram möjligheter att avsätta mer tid för att utveckla rollen som omsorgskontakt om det regleras i lag. Åsikterna går isär vad gäller i vilken omfattning rollen bör regleras.

Verksamhetsansvarig för hemtjänsten i en kommun menar att det vore bra att lagstifta om såväl vilka uppgifter som vilken kompetens en omsorgskontakt bör ha. Hen menar att undersköterskeutbildning bör vara ett minimum. Ett sådant krav kräver enligt den verksamhetsansvarige statligt stöd för att kunna fortbilda och validera befintlig personal. Med kompetenskrav på fast omsorgskontakt visar man enligt en annan kommun att det är en betydelsefull roll och att man strävar efter att höja kvaliteten för omsorgstagarna. I ytterligare en kommun framförs att ett nationellt lagkrav på utbildning och kompetens skulle stärka och skapa trygghet för hemtjänsten. Det skulle också skapa incitament för kommunerna att arbeta målmedvetet med kompetens- och utbildningssatsningar.

De kommuner som ställer sig tveksamma eller negativa till ett utbildnings- eller kompetenskrav hänvisar i första hand till det bristande rekryteringsunderlaget och inte till hemtjänstens nuvarande och framtida behov. Orsaken kan också vara att man är av uppfattningen att det helt bör överlåtas åt kommunerna att avgöra hur rollen ska utformas ute i verksamheterna.

En kommun som har kommit långt i arbetet med omsorgskontakt och personalkontinuitet menar att hela arbetssättet behöver förändras för att nå resultat och ställer sig frågande till att endast lagkrav om fast omsorgskontakt kommer att göra någon skillnad.

I en annan kommun understryks att implementeringstiden behöver anpassas utifrån de krav som ställs. Lagkrav som förutsätter förändringar i organisation och arbetssätt är tidskrävande vilket ofta underskattas.

Några kommuner är tveksamma till reglering av fast omsorgskontakt. De menar att det är osäkert om det kommer att lösa problemen i hemtjänsten och att det skulle vara svårt att följa upp.

3.4 Resultat av intervjuer med omsorgstagare och anhöriga

3.4.1 Omsorgstagare

Ett urval av uppgifter om de intervjuade omsorgstagarna redovisas i tabellen nedan.

Tabell 3.2 I tabellen redovisas för omsorgstagarnas ålder, hemtjänstinsatser, tillgång till fast omsorgskontakt (FOK), hur ofta FOK kommer till omsorgstagaren, om FOK eller annan personal har god personkännedom (enligt omsorgstagaren) och om omsorgstagaren känner förtroende för personalen

Omsorgs-tagare	Insatser	Har FOK	Frekvens	Person-kännedom	Förtro-ende
Man 67 år	Hemtjänst 2ggr/dag, kropps-vård, frukost, påklädning och promenader	Ja	Varje morgon (vardagar)	Ja och FOK noterar förändringar	Ja
Kvinna 75 år	Hemtjänst 3–4 ggr/dag, per-sonlig omvårdnad och service	Ja	Aldrig	De som kommer ofta noterar förändringar	Ja
Kvinna 87 år	Hemtjänst varje dag, hjälp med bäddning, promenader, städning och tvätt, har beviljat stöd för dusch men använder inte den tjänsten	Ja	Cirka 3 ggr i veckan	Tror att FOK noterar förändringar	Ja
Kvinna 79 år	Hemtjänst 3 ggr/dag, per-sonlig omvårdnad och service	Ja	Dagtid när FOK är i tjänst	Uppmärksammar inte förändringar	Ja
Man 71 år	Hemtjänst varje dag, stöd-strumpor på morgonen, promenad, handling, städning	Nej	Fyra personer kommer ofta	De fyra har en bra personkännedom	Ja för de 4 som kommer
Man 81 år	Hemtjänst flera ggr per dag, ibland dubbelbemanning	Nej	Har en person som kommer oftare än andra	Den som går ofta har personkännedom	Ja för de som går ofta
Kvinna 90 år	Hemtjänst 3 ggr/dag, bädd-ning och frukost, lunch och middag, samt dusch	Ja	Flera ggr/dag	Ja och FOK noterar förändringar	Ja
Man 90 år	Hemtjänst varje dag, mat-distribution och städning vid behov	Ja	Nästan varje dag	Ja	Ja

Källa: Telefonintervjuer med omsorgstagare genomförda våren 2020.

Omsorgstagare och tillgång till omsorgskontakt

Resultaten av intervjuerna med omsorgstagare visar, på motsvarande sätt som intervjuerna med hemtjänstutförare, att tillgång till omsorgs-kontakt och omsorgskontaktens roll ser olika ut. Sex av åtta inter-vjuade omsorgstagare hade omsorgskontakt, medan resterande två

inte hade en namngiven omsorgskontakt (tabell 3.2). De befintliga omsorgskontakternas roll och funktion varierade – å ena sidan fanns omsorgskontakt som inte alls besökte omsorgstagaren utan endast hade kontakt via telefon gällande administrativa uppgifter – å andra sidan fanns omsorgskontakt som besökte sin omsorgstagare flera gånger dagligen och hade god personkännedom. Genomgående hade alla omsorgstagare förtroende för sina omsorgskontakter oavsett vilken roll de hade.

Ingen av omsorgstagarnas kontakter hjälpte till med samordningen av kontakter med andra yrkesgrupper. Omsorgstagarna själva eller deras anhöriga skötte de kontakterna.

Om omsorgstagarna behövde komma i kontakt med sin omsorgskontakt fick de flesta gå via hemtjänstkontoret. Två av omsorgstagarna kunde kontakta sin omsorgskontakt direkt via mejl eller telefon.

Vad omsorgskontakten betyder för omsorgstagaren

Vid intervjuerna framkommer att trygghet och att ha en omsorgskontakt som känner omsorgstagaren och hens behov är de viktigaste fördelarna förknippade med omsorgskontakten. Andra fördelar som lyfts fram då omsorgskontakten kommer ofta är god personkännedom. En omsorgstagare menar att det betyder mycket att ha någon som hon har förtroende för och som hon kan prata om allt med. Ett annat exempel på fördelen med god personkännedom framkommer i en intervju där omsorgstagaren understryker vikten av att det är en person som han inte behöver berätta allt på nytt för varje gång. För en omsorgstagare är omsorgskontakten viktig eftersom hen tar reda på ”hur det går” och kan anpassa insatserna efter omsorgstagarens önskemål. Känslan av att ha någon som gör ”det lilla extra” framkommer i ytterligare en intervju där omsorgstagaren menar att hennes omsorgskontakt ”pysslar om henne” och att det är viktigt för henne att det är samma person från hemtjänsten som kommer ofta.

I det fall som omsorgskontakten endast var ”en ingång till hemtjänsten” menade omsorgstagaren att det var viktigt men önskade att personalkontinuiteten skulle bli bättre och att hemtjänsten var organiserad så att stödet utgick från omsorgstagarens behov.

En av de intervjuade omsorgstagarna med serviceinsatser från hemtjänsten i form av matdistribution och städning, lyfte upp vikten

av att ha en fast omsorgskontakt. Han menade att omsorgskontakten var någon som han kände väl och som han kunde samtala med. Omsorgskontakten innebar även en avlastning för omsorgstagaren eftersom han hade en maka med ett dåligt hälsotillstånd som han stöttade i hemmet. Ytterligare en fördel som lyftes fram av omsorgstagaren var att omsorgskontakten var en viktig länk mellan honom och dottern som bodde långt borta. Dottern hade regelbunden kontakt med omsorgskontakten. ”Utan omsorgskontakten skulle jag ha svårt att klara mig själv hemma” menade omsorgstagaren.

Brister och önskan om förändringar

I flera av intervjuerna framkommer tidsbrist och brist på flexibilitet hos omsorgskontakten som problematisk. Ett exempel är en omsorgstagare som under pågående insats får reda på att ”nu har jag bara fyra minuter kvar innan jag måste gå till nästa” och menar att det känns påfrestande att få det beskedet under pågående insats. Andra exempel som handlar om bristande flexibilitet är att tiden då omsorgskontakten ska komma är svår att ändra. Ett exempel på hur det orsakade problem för omsorgstagaren var att det blev svårt för honom att delta i dagaktiviteter eftersom det krockade med tiden för hemtjänstinsatserna. Ett annat exempel är en omsorgstagare som tackar nej till hjälp med läggning för att då måste hen lägga sig 21.15 vilket blir för tidigt för omsorgstagaren. Ytterligare ett exempel är en omsorgstagare som önskar lagad mat men de 30 minuterna räcker bara till för värmning av matlåda.

I flera intervjuer framkommer att omsorgstagarna känner av personalens stress. Hos en av de intervjuade omsorgstagarna hade hemtjänstpersonalen vid ett tillfälle glömt att stänga spisen och en annan gång glömt att låsa dörren. Omsorgstagaren menar att det är ”sånt som händer då personalen är för stressad”. Samma omsorgstagare som hade omfattande stöd både från vård och omsorgspersonal menar att det finns stora brister i samordningen av dessa. Han lyfter också fram den dåliga personalkontinuiteten som problematisk och att många ur personalen som kommer inte känner till hur stödet till honom ska utföras. Hemtjänstpersonalen kallar honom för ”turistmål” mot bakgrund av det stora antalet olika personer som kommer till honom.

3.4.2 Anhöriga

Ett urval av uppgifter från intervjuerna med anhöriga redovisas i tabellen nedan.

Tabell 3.3 I tabellen redovisas anhörigas relation till omsorgstagare och omsorgstagarens ålder, hemtjänstinsatser och funktionstillstånd, tillgång till fast omsorgskontakt (FOK), hur ofta FOK går till omsorgstagaren, om FOK har personkännedom (enligt den anhöriga/närstående) och om den anhöriga uppfattar att omsorgstagaren känner förtroende för FOK

Anhöriga	Insatser	Har FOK	Frekvens	Personkännedom	Förtroende
Syster till omsorgstagare 70 år	Hemtjänst 4 ggr/dag, begynnande demens	Ja	Ca 2–3 ggr i veckan	Har blivit bättre mha den anhörigas hjälp. FOK uppmärksammar hälsotillståndet men inte övrig personal	Ja
Maka till omsorgstagare 84 år	Hemtjänst flera ggr/dag, dubbelbemanning, multisjuk, sitter i rullstol	Ja två omsorgskontakter	Utlovades ofta men inte i praktiken	Ja, särskilt den senaste hade god personkännedom och noterade förändringar	Ja
Dotter till omsorgstagare 97 år	Hemtjänst flera ggr/dag, sitter i rullstol	Ja	Okänt, viss personal går oftare – tror att FOK är en av dem	Nej, den anhöriga noterar förändringar och meddelar FOK, vissa andra i personalen noterar förändringar	Osäker
Nära vän (kvinna) till omsorgstagare 74 år	Hemtjänst 3–4 ggr/dag, demens och Alzheimers	Ja	Utlovades ofta men många andra kommer också	FOK har efter 2 månader börjat få god personkännedom och noterar förändringar	Ja
Son till omsorgstagare 86 år	Hemtjänst 6 ggr/dag, Alzheimers	Ja	När FOK är i tjänst	FOK har god personkännedom, noterar förändringar och kommunicerar kring omsorgstagarens behov till övriga i gruppen	Ja
Maka till omsorgstagare 88 år	Hemtjänst 2 ggr/dag, rörelsehindrad efter bruten lårbenshals	Nej	Många olika, några lite mer frekventa	Personalen vet i regel hur de ska genomföra insatserna	–
Svärdotter till omsorgstagare 75 år	Hemtjänst flera ggr/dag, kan inte röra armarna	Ja men okänd	Många olika, verkar inte vara någon som kommer ofta	En del verkar känna omsorgstagaren, andra inte, personalen vet sällan hur insatserna ska utföras. Personalen verkar inte notera förändringar	För vissa
Sambo (man) till omsorgstagare 71 år	Hemtjänst 2 ggr/dag, demens	Ja	FOK 2 ggr i veckan i övrigt 3–4 personer, kan variera	Ganska god personkännedom – men i huvudsak anhörig som noterar förändringar	Ja
Dotter till omsorgstagare 94 år	Hemtjänst 5 ggr/dag, dubbelbemanning, helt sängliggande	Nej	Först var det en person som kom ofta plus 3–4 regelbundet – nu många fler	Den som tidigare gick ofta hade god personkännedom. Ingen som har god kännedom nu	–

Källa: Telefonintervjuer med anhöriga och närstående genomförda våren 2020.

Kontakten mellan anhöriga och omsorgskontakten

Av intervjuerna med anhöriga och närstående till omsorgstagare framkommer att sju av nio har en omsorgskontakt (tabell 3.3). I ett fall då det ska finnas en omsorgskontakt enligt hemtjänsten är denne varken känd för omsorgstagaren eller den anhöriga.

Tre anhöriga kan kontakta omsorgskontakten direkt och i övriga fall går kontakterna via hemtjänstkontoret. De tre anhöriga som har direktnummer till omsorgskontakten menar att det är en trygghet och lyfter även fram vikten av den fungerande tvåvägskommunikationen som finns dem emellan. En intervjuad anhörig uttrycker ”en stor lättnad” över att kunna kontakta omsorgskontakten vid behov. Flera anhöriga som inte har möjlighet att ha direktkontakt med omsorgskontakten vittnar om bristfällig kommunikation mellan dem och hemtjänsten. I ett fall lämnar den anhöriga meddelanden på kontoret men blir sällan uppringd. I ett annat fall får den anhöriga själv kontakta kontoret när insatser uteblir. Flera anhöriga menar att schemaändringar är frekventa, dåligt kommunicerade och kan i vissa fall skapa oro och ilska hos omsorgstagare särskilt då demens föreligger.

Hur omsorgskontakt fungerar enligt anhöriga

Enligt några anhöriga utlovade hemtjänsten att den fasta omsorgskontakten skulle komma ofta till omsorgstagaren medan det i praktiken inte blev så. Den dåliga personalkontinuiteten är problematisk enligt flera av de intervjuade. En närstående beskriver situationen då omsorgstagaren med demens och Alzheimers sjukdom inte vill öppna dörren när han inte känner igen personalen. Han blir både orolig och arg när det kommer personal som han inte känner igen.

I ett par intervjuer med anhöriga framkommer att omsorgskontakten har god personkännedom, läser av hälsoförändringar och kommunicerar dem till såväl anhöriga som personal i hemtjänstgruppen. I andra fall är det den anhöriga som kommunicerar hälsoförändringar till omsorgskontakten.

Vad omsorgskontakt betyder för den anhöriga

När det finns en väl fungerande omsorgskontakt innebär det enligt flera intervjuade en stor trygghet. Tryggheten handlar om att det finns en person man kan vända sig till, som har god personkännedom och som meddelar den anhöriga om förändringar i hälsotillståndet. En anhörig menar att ”man kan slappna av” då omsorgskontakten finns och exempelvis ”åka på semester utan att få dåligt samvete”. Ytterligare en anhörig menar att ”det är skönt att bara kunna vara syster och inte personal”. Många av de intervjuade understryker att den fasta omsorgskontakten innebär en avlastning i vardagen. Andra fördelar som lyfts fram av en anhörig är att omsorgskontakten vet ”hur omsorgstagaren vill ha det, vilken mat han vill ha och annat som höjer livskvaliteten och dessutom kan motivera omsorgstagaren att ta emot insatser”. Två av nio anhöriga har omsorgskontakter som vid behov kontaktar andra yrkesgrupper och bistår med ett samordningsansvar något som lyfts fram som en stor fördel och innebär en viktig avlastning.

Brister enligt anhöriga

De huvudsakliga bristerna som framkommer i intervjuerna med anhöriga är; ändringar i schemaläggning och planering av insatser, dålig personalkontinuitet, undermålig kommunikation till den anhöriga om omsorgstagarens hälsotillstånd och för dåligt med tid hos personalen. Flera anhöriga lyfter också fram brister i omsorgstagarnas genomförandeplaner och då främst att de inte uppdateras regelbundet. I ett fall har den inte uppdaterats sen 2017. En intervjuad anhörig lyfter fram ”envägskommunikationen” som problematisk. Hon menar att det alltid är hon som ringer omsorgskontakten för att få information om omsorgstagaren och att ”tvåvägsinformation” skulle underlätta för henne det vill säga att omsorgskontakten själv hör av sig regelbundet för att informera om hälsoläget och annat av vikt för den anhöriga. Samma anhörig menar att ett centralt problem hos omsorgskontakten är att hen har både brist på tid och handlingsutrymme. Det innebär att omsorgskontakten inte hinner lära känna omsorgstagaren utan bara utför den planerade insatsen oavsett omsorgstagarens dagsform och behov.

En annan anhörig önskar att omsorgskontakten skulle komma oftare till omsorgstagaren för att kunna få en helhetsbild av henne. Den anhöriga menar vidare att personalen överlag inte har tillräckligt med utbildning och stöttning i sitt arbete. Hon lyfter fram tre ledord för det som behöver bli bättre: kontinuitet, vägledning och utbildning. Bristande kompetens framkommer även vid en annan intervju där en anhörig menar att omsorgskontakten ”måste kunna hantera mediciner” för att det ska bli patientsäkert för omsorgstagaren. Andra brister i kompetens och utbildning handlar om omsorgskontakters bristande språkkunskaper. En anhörig lyfter exempelvis fram en situation då det blev ett missförstånd då omsorgstagaren skulle få hjälp med sin dusch. Missförståndet berodde på en språkförbistring hos personalen och ledde till att omsorgstagaren ”upplevde det som mycket jobbigt”.

En omsorgskontakt bör vara en person som aktivt har valt en omsorgstagare – det skulle borga för att de trivs med varandra menar en av de intervjuade anhöriga. Hon menar vidare att det vore bra med en timmes ”utvecklingssamtal” i månaden i syfte att undersöka hur stödet fungerar. Samtalen skulle, enligt henne, kunna leda till att omsorgstagaren får en känsla av att någon ”ser dig” under förutsättning att det som sägs får konsekvens det vill säga leder till handling.

En anhörig till en omsorgstagare med demens understryker vikten av att det inte kommer så många olika ur personalen. Hon menar samtidigt att personalen inte har förutsättningarna och planeringsförmågan för att det ska vara möjligt. Hennes uppfattning är att ”de inte ens vet vad de ska göra i morgon”.

Ytterligare en brist som lyfts fram av drygt hälften av de intervjuade är att omsorgskontakten inte sköter kontakter till andra yrkesgrupper. En av de intervjuade menar att hemtjänsten förlitar sig på de närstående för den typen av stöd.

3.5 Styrkor och svagheter

I texten nedan ges en sammanfattning av styrkor och svagheter med omsorgskontakt som har framkommit i intervjuer med chefer, omsorgskontakter, omsorgstagare och anhöriga.

3.5.1 Styrkor och möjligheter med fast omsorgskontakt

De huvudsakliga fördelarna med fast omsorgskontakt är enligt de intervjuade trygghet och kontinuitet för såväl omsorgstagare som personal och anhöriga.

En fast omsorgskontakt kan skapa en förtroendefull relation med den äldre och få nödvändig kunskap om hur hjälpen ska utföras. Omsorgstagaren kan på så vis bli mer delaktig i omsorgen vilket kan leda till bättre kvalitet. En mer individanpassad omsorg kan skapa trygghet för omsorgstagaren och bidra till bättre förutsättningar för att bo hemma längre.

En fast omsorgskontakt kan åstadkomma kontinuitet. Det kan handla om såväl personalkontinuitet som att omsorgen utförs på ett likartat sätt vid samma tidpunkt men inte nödvändigtvis av samma person. En stor fördel som lyfts fram av många är att omsorgskontakten tidigt kan upptäcka förändringar i hälsotillståndet hos omsorgstagaren. Omsorgskontakten kan också motivera svårmotiverade omsorgstagare att ta emot hjälp. Ytterligare en viktig aspekt som lyfts fram är att omsorgskontakten kan bidra till att bryta isolering och känslan av ensamhet hos äldre.

För personalen kan rollen som fast omsorgskontakt innebära att arbetet blir roligare genom att man får ett större ansvar och lär känna den äldre. När det finns en uppgiftsbeskrivning kopplad till rollen blir ansvar och mandat tydliggjort. Vardagen blir mer förutsägbar och innebär på så vis även trygghet för personalen. Intervjuade chefer noterar att personalen ”växer med uppgiften”.

De flesta intervjuade menar att fast omsorgskontakt kan ha en koppling till god personalkontinuitet under vissa förutsättningar. En av de viktigaste förutsättningarna som framkommer i kartläggningen är uppdelningen av personalstyrkan i mindre arbetslag som kopplas till geografiska områden. En annan viktig aspekt som lyfts fram är personalens inflytande över schemaläggning vilket skapar ökat handlingsutrymme och flexibilitet. Det kan i sin tur bidra till ökad arbetsglädje och minskad sjukfrånvaro.

Omsorgskontakten kan bidra med avlastning i vardagen för anhöriga och bistå med kontakter till andra yrkesgrupper så den anhöriga inte behöver vara ”spindeln i nätet”. En annan viktig styrka med en fungerande omsorgskontakt är enligt anhöriga möjligheten

kunna kontakta den personal som känner omsorgstagaren och som kan kommunicera exempelvis förändringar i hälsotillståndet.

3.5.2 Svagheter och utmaningar

Rollen som fast omsorgskontakt kan bli sårbar menar de flesta intervjuade. När kontakten är borta av någon anledning måste det finnas en ersättare som känner till omsorgstagarens behov och önskemål. Det kan vara en vice kontakt eller någon ur teamet som ersätter den ordinarie.

Andra svårigheter handlar om att omsorgskontakten blir van att gå till samma omsorgstagare och det kan ta emot att gå till andra än till dem man går till dagligen. På motsvarande sätt kan omsorgstagare ha svårare att ta emot omsorg från annan personal än den fasta omsorgskontakten. Det kan också bli svårt för omsorgskontakten att sätta gränser för vilken hjälp och hur mycket hjälp man kan och får ge.

Det finns även en risk att man kommer ”för nära” en omsorgstagare vilket ställer krav på ett professionellt förhållningssätt. Det förekommer också att både äldre och anhöriga har orimliga förväntningar och krav på vad en omsorgskontakt ska göra. I det sammanhanget kan det vara svårt för omsorgskontakten att sätta gränser.

Rollen som fast omsorgskontakt kan bli övermäktig, i synnerhet om man arbetar med omsorgstagare som har demens, missbruksproblematik, psykisk ohälsa och andra omfattande behov. I de fallen kan det vara bra att växla omsorgsskapet med en kollega menar de flesta intervjuade.

Om man som omsorgstagare blir lovad en omsorgskontakt som inte kommer ofta kan det enligt några intervjuade leda till oro och besvikelse. De menar att det därför är viktigt att skapa förutsättningar för att kunna hålla det som lovas, vilket kan vara svårt när det är stor omsättning på personal. Sjukskrivningar och svårigheten att rekrytera utbildad personal skapar utmaningar. Flera av de intervjuade cheferna uttrycker en oro för att på sikt kunna rekrytera tillräckligt med personal för det utökade behovet som medföljer en demografisk utveckling med en allt större andel äldre.

Brist på tid och handlingsutrymme är också en utmaning för omsorgskontakten. Det leder till att det blir svårt för omsorgs-

kontakten att få tillräckligt med tid för att lära känna omsorgstagaren och att kunna anpassa stödet efter hans eller hennes önskemål och behov. Tidsbristen bidrar även till stress hos omsorgskontakten vilket har negativa effekter på såväl personal som omsorgstagare och anhöriga.

Ytterligare en utmaning är bristen på kompetens hos personalen. Inom ramen för hemtjänstpersonalens arbete ingår allt fler vårdrelaterade delegerade insatser, exempelvis medicingivning eller sårvård vilket ställer krav på utbildning för att det ska kunna utföras på ett patientsäkert sätt. Bristande kunskaper i svenska hos personalen lyfts fram som problematiskt av såväl intervjuad personal som omsorgstagare och anhöriga.

Brister i schemaläggning och planering lyfts fram av omsorgstagare och anhöriga som problematiskt – det kan till exempel handla om att omsorgskontakten inte kommer lika ofta som först utlovat. Mycket av samordningsansvaret med andra yrkesgrupper ligger på närstående och anhöriga vilket flera intervjuade menar borde kunna utföras av omsorgskontakten.

En utmaning för privata utförare kan enligt några intervjuade vara att omsorgskontakten ”tar med” sina omsorgstagare när de byter arbetsplats vilket innebär en viss sårbarhet för verksamheten.

4 Hemtjänstlandskapet

I det här kapitlet ges en kort historik till fast omsorgskontakt i hemtjänsten. Därefter följer en beskrivning av omsorgstagare med hemtjänst, anhörigas och närståendes roll i omsorgen samt personalens arbetsmiljö och kompetens. Syftet med kapitlet är att ge en bild av det hemtjänstlandskap i vilket den fasta omsorgskontakten, enligt utredningens förslag, kommer att arbeta.

4.1 Fast omsorgskontakt

4.1.1 Ingen ny företeelse

Fast omsorgskontakt är ingen ny företeelse utan har funnits länge inom hemtjänsten under andra benämningar.[1,2] Redan på 1950-talet gav så kallade hemsamariter stöd till äldre och hade då sina ”fasta äldre” som de lärde känna och kunde bygga upp en relation till.

Äldreomsorgen har genomgått stora förändringar sedan 1950-talet och mycket har blivit bättre samtidigt som det återstår ett antal brister att åtgärda. Det handlar bland annat om brist på kompetens, kontinuitet och illa fungerande samverkan mellan huvudmännen (SOU 2017:21). Tanken om att få till stånd bättre personalkontinuitet inom äldreomsorgen med hjälp av en omsorgskontakt är inte ny. Enligt Rönnerfält m.fl. (2010) var intentionerna med en så kallad kontaktman inom hemtjänsten från början att göra omsorgen mer individbaserad och att försöka lösa problemet med dålig personalkontinuitet. Systemet med kontaktmannaskap inom äldreomsorgen

[1] Falk, H., Gustavsson, L., Richt, B. (2001). Kontaktmannaskap en väg till bättre äldrevård. Liber AB Stockholm.
[2] Rönnerfält, M., Norman, E., Wennberg, K. (2010). Kontaktmannaskap inom äldreomsorgen (2. uppl.). Stockholm: Gothia.

fick spridning i början av 2000-talet[3] och i slutet av 2010-talet hade många av landets kommuner infört kontaktpersoner i hemtjänsten.[4,5] Nästan 10 år senare, år 2019, har enligt uppgift från Socialstyrelsen 86 procent av omsorgstagarna en kontaktperson. Benämningen av rollen i kommunerna varierar – kontaktperson eller kontaktman är vanliga begrepp som fortsatt i texten omnämns som fast omsorgskontakt.

Rönnefält m.fl. (2010) konstaterar att när kunskap saknas om vilka arbetsuppgifter som ingår i omsorgskontaktens arbete och vilken funktion rollen förväntas ha, skapar det en otydlighet för såväl personalen som omsorgstagare och anhöriga.[6] Bilden av en stor variation i omsorgskontaktens roll och funktion framträder även i dag, 10 år senare, i utredningens kommunkartläggning (kapitel 3).

Trots att omsorgskontakt alltså har funnits länge i hemtjänstverksamheterna och att 8 av 10 omsorgstagare i dag har en omsorgskontakt så är det fortsatt ett uppdrag som ofta präglas av otydlighet där både rutiner och chefsstöd saknas (se kapitel 3). För att skapa likvärdighet i landet behövs enligt utredningen en reglering av fast omsorgskontakt i lag (se kapitel 7). Den fasta omsorgskontaktens arbete kan, menar utredningen, under rätt förutsättningar bidra till både bättre personalkontinuitet och en tryggare och mer individanpassad omsorg.

4.1.2 Syfte och möjligheter med rollen

Det huvudsakliga syftet med fast omsorgskontakt är enligt Rönnefält m.fl. (2010) att ge omsorgstagaren en individuell och trygg omsorg. Utöver det kan arbetet med fast omsorgskontakt också ge positiva effekter för organisationen som sådan. Falk m.fl. (2001) menar att ett utvecklat omsorgsskap ger olika personalkategorier möjlighet till fördjupat ansvarstagande inom sina respektive kompetensområden. Autonomi och ett större ansvarstagande i arbetet kan i sin tur skapa

[3] Falk, H., Gustavsson, L., Richt, B. (2001). Kontaktmannaskap en väg till bättre äldrevård. Liber AB Stockholm.
[4] Rönnerfält, MB., Norman, E., Wennberg, K. (2010). Kontaktmannaskap inom äldreomsorgen (2. uppl.). Stockholm: Gothia.
[5] Bergström, P. (2009). Utveckling av kontaktmannaskap och lärande samtal: en studie genomförd inom äldreomsorgen. FoU-centrum för vård, omsorg och socialt arbete. Linköpings kommun.
[6] Rönnerfält, MB., Norman, E., Wennberg, K. (2010). Kontaktmannaskap inom äldreomsorgen (2. uppl.). Stockholm Gothia.

engagemang, leda till mer stimulerande arbetsuppgifter och bidra till ökat handlingsutrymme i arbetet. Sammantaget kan det leda till en kvalitetsutveckling av verksamheten inte minst mot bakgrund av att kontinuiteten blir bättre. Andra goda följdeffekter kan, enligt författarna, bli att verksamheten får bättre rykte och blir en mer attraktiv arbetsplats.

Vidare utgör omsorgskontakten en viktig kontaktyta in i hemtjänsten för anhöriga och närstående. En omsorgskontakt med ansvar för huvuddelen av omsorgen bidrar med en känsla av trygghet för anhöriga och närstående och kan även göra dem mer delaktiga i omsorgsarbetet.[7]

4.1.3 Omsorgskontaktens arbete

I första hand handlar omsorgskontaktens uppdrag om att arbeta i en nära relation till den äldre och skapa en helhetsbild av omsorgstagarens situation.[8] Den goda personkännedomen är viktig för att omsorgskontakten ska kunna förstå omsorgstagaren och anpassa stödet till hens individuella behov. Även om omsorgskontakten inte kan utföra allt omsorgsarbete hos omsorgstagaren kan rollen fungera som en sammanhållande länk i omsorgskedjan.[9,10] Arbetet handlar även om att samverka med och informera anhöriga och närstående, arbetslaget och andra yrkesgrupper.

När kontakten ska utses är det är viktigt, enligt Rönnerfält m.fl. (2010) att omsorgstagarens önskemål om vem som ska vara omsorgskontakt tillgodoses i största möjliga utsträckning. Ett fungerande omsorgsskap bygger på att den äldre känner sig trygg med omsorgskontakten. Vidare menar författarna att det är viktigt att informera omsorgstagaren om att det vid behov finns möjlighet att byta omsorgskontakt. En intervjustudie[11] visar att omsorgstagarna inte ansåg det som särskilt viktigt att få välja omsorgskontakt – däremot var det viktigt för dem att personen i fråga kände dem och deras behov

[7] Rönnerfält, MB., Norman, E., Wennberg, K. (2010). Kontaktmannaskap inom äldreomsorgen (2. uppl.). Stockholm Gothia.
[8] Ibid.
[9] Ibid.
[10] Falk, H., Gustavsson, L., Richt, B. (2001). Kontaktmannaskap en väg till bättre äldrevård. Liber AB Stockholm.
[11] Harnett, T. (2008). Vad vill du ha hjälp med i dag? – utvärdering av Projekt Personlig Service vid Gräshagens hemtjänst. FoU-rapport 2008:2. Äldreomsorg och äldrevård.

eftersom omsorgstagaren då slapp förklara vad och hur insatserna skull ges.

En viktig förutsättning för ett välfungerande omsorgsskap är att det finns tydliga mål med rollen, samt gemensamma arbetssätt och rutiner som ger personalen vägledning i arbetet. När arbetet vilar på en gemensam grundsyn som att omsorgstagaren ska ha inflytande och vara delaktig i omsorgen, skapas en organisationskultur som är en god grund för arbetet med fast omsorgskontakt. Andra viktiga förutsättningar är personalen delas in i små grupper med en fast omsorgskontakt och en vice omsorgskontakt. Det skapar kontinuitet för omsorgstagarna.[12]

En utbildare i kontaktmannaskap[13] menar att för att fast omsorgskontakt ska fungera i praktiken krävs att planeringen av arbetet i hemtjänstgruppen kopplas ihop och samordnas med rollen. Han menar att det inte får bli två olika spår – planeringsprocessen måste kopplas ihop med fast omsorgskontakt. Han summerar de viktigaste förutsättningarna som: planeringen av arbetet, resurser (tid och pengar), och ett gott ledarskap. Vidare menar han att det är viktigt att en omsorgskontakt får kontinuerlig handledning och inte behöver känna sig ensam i sitt arbete.

4.2 Vem är omsorgstagaren?

I utredningen omfattas omsorgstagare av personer som är 65 år och äldre med hemtjänstinsatser. Äldre med hemtjänst är en heterogen grupp med skiftande behov och önskemål. Hemtjänstinsatserna kan vara alltifrån matleverans och larm till omfattande insatser i form av personlig omvårdnad.

Antalet personer med hemtjänst har ökat under den senaste 10-årsperioden och var år 2019 drygt 172 000. Om man i stället tittar på andelen äldre i befolkningen med hemtjänst visar statistiken att den har minskat från 9,1 procent till 8,3 procent under samma tidsperiod. Det är en effekt av den demografiska utvecklingen med en växande åldrande befolkning.[14]

[12] Rönnerfält, MB., Norman, E., Wennberg, K. (2010). Kontaktmannaskap inom äldreomsorgen (2. uppl.). Stockholm Gothia.
[13] Intervju 5 november 2019.
[14] Socialstyrelsen (2020). Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2020.

Det har blivit vanligare att äldre köper servicetjänster av privata företag och i samband med det använder RUT-avdraget. Det är svårt, enligt Socialstyrelsen, att skatta den exakta omfattningen av RUT-avdrag för äldre eftersom de redovisade uppgifterna avser äldre som själva använder RUT-avdrag, och inte situationer när barn eller andra närstående köper insatser till den äldre personen. Siffrorna visar dock att utnyttjandegraden skiljer sig åt i landet vilket tyder på ojämlika möjligheter att utnyttja den här typen av tjänster.[15]

Insatserna som ges inom ramen för hemtjänsten har ändrat karaktär; färre omsorgstagare har enbart servicetjänster och fler har stöd i form av personlig omvårdnad. Dessutom har andelen omsorgstagare med enbart trygghetslarm eller matdistribution ökat.[16]

Drygt hälften av äldre personer med hemtjänst upplever besvär av ensamhet.[17] Forskning visar att ensamhet är en riskfaktor kopplad till psykisk ohälsa som depression. Den psykiska ohälsan, framför allt depression, är en av de vanligaste orsakerna till försämrad livskvalitet för personer mellan 65–80 år. Det har även visat sig att depression ökar risken för att drabbas av demens, stroke, diabetes och hjärtinfarkt.[18] Socialstyrelsen konstaterar att olika symptom på psykisk ohälsa är förhållandevis vanliga i den äldre befolkningen och att det är viktigt att arbeta förebyggande med äldre i riskzonen för psykisk ohälsa, depression och demens. [19]

Fallolyckor är vanliga i gruppen 65 år och äldre, och fallskador är den vanligaste typen av skada som kräver slutenvård bland personer över 65 år. Det är även den skadetyp som orsakar flest skaderelaterade dödsfall i samma population. Det görs redan i dag vissa insatser för att förebygga fallskador men det behövs ett samlat grepp med förebyggande program i samhället med inriktning mot äldres säkerhet. [20]

Undernäring, nedsatt munhälsa, trycksår och fall har betydelse för den äldres livskvalitet och välmående. Alla dessa riskområden påverkar varandra och har betydelse för att någon eller några risker ska uppstå.[21]

[15] Ibid.
[16] Socialstyrelsen (2019). Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2019.
[17] Ibid.
[18] Djukanovic, I. (2017). Depression in older people – Prevalence and preventive intervention. Linnaeus University Dissertations No 274/2017.
[19] Socialstyrelsen (2020). Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2020.
[20] Ibid.
[21] Ibid.

Den totala användningen av läkemedel bland äldre har ökat. Andelen äldre med tio eller fler läkemedel hade under perioden år 2005–2017 ökat med 27 procent. Samtidigt har kvaliteten i läkemedelsbehandlingen förbättrats på flera sätt, bland annat har användningen av olämpliga läkemedel minskat med 59 procent.

Utvecklingen har sammantaget gått mot fler multisjuka äldre som ofta behöver insatser från såväl hemtjänst som kommunal och regional hälso- och sjukvård (SOU 2016:2).

4.3 Anhöriga och närstående ger omfattande informell omsorg

Den informella omsorgen som utförs av anhöriga och närstående har ökat under 2000-talet. När var fjärde plats på äldreboenden försvann i början av seklet ökade den informella omsorgen utförd av både män och kvinnor.[22] Uppgifter från en enkätundersökning år 2013 visar att 30 procent av kvinnorna och 27 procent av männen i åldrarna 45–66 år gav omsorg till en närstående minst en gång i veckan (SOU 2014:28). Kvinnor ger förhållandevis mer omfattande och personnära omsorg jämfört med män. De drabbas också i större utsträckning av negativa konsekvenser befattat med den informella omsorgen. Det handlar både om ekonomiska och hälsorelaterade negativa effekter.[23]

Forskning visar att döttrar till äldre med låg utbildningsnivå utför förhållandevis mer informell omsorg än sönerna. Både döttrars och söners yrkesarbete påverkas på liknande sätt när de tar ansvar för den informella omsorgen. Däremot drabbas döttrarna i större utsträckning av psykiska påfrestningar.[24]

En nyligen publicerad studie visar att närståendes insatser är två till tre gånger så omfattande som den formella vården och omsorgen i det ordinära boendet. När det handlar om demenssjuka personer är de närståendes insatser än mer omfattande.[25]

[22] Ulmanen, P. (2015). Omsorgens pris i åtstramningstid – Anhörigomsorg för äldre ur ett könsperspektiv. Avhandling. Rapport i socialt arbete nr. 150. Stockholms universitet.
[23] Sand, A-B. (2016). Anhöriga som kombinerar förvärvsarbete och anhörigomsorg (Uppdaterad version). Nationellt kompetenscentrum anhöriga.
[24] Ulmanen, P. (2015). Omsorgens pris i åtstramningstid – Anhörigomsorg för äldre ur ett könsperspektiv. Avhandling. Rapport i socialt arbete nr. 150. Stockholms universitet.
[25] Wimo, A., m.fl. (2020). Informell och formell vård hos äldre personer i ordinärt boende – förändringar och samspel över tid 2001–2015 i SNAC projektet.

4.4 Kontinuitet och kvalitet

Kontinuitet är nära sammanflätad med den upplevda tryggheten hos omsorgstagare (SOU 2017:21). Det handlar om att få kontroll över sin vardag genom delaktighet och inflytande över när och hur omsorgen ska utföras.[26] För omsorgstagare med komplexa vård- och omsorgsbehov eller demenssjukdomar är kontinuitet och individuellt anpassade insatser särskilt viktiga.[27]

Kontinuitet kan handla om att samma personer utför omsorgen, *personalkontinuitet*, eller att den utförs på liknande sätt, *omsorgskontinuitet*. *Tidskontinuitet*, att omsorgen utförs på överenskommen tid, är en annan aspekt av kontinuitet. För de flesta äldre är det viktigt att uppleva kontinuitet i vardagen[28] men olika typer av kontinuitet kan vara olika viktigt för omsorgstagarna. En ny rapport[29] med fokus på kontinuitet inom vården visar på skillnader i befolkningen vad gäller preferenser av olika typer av kontinuitet.

4.4.1 Personalkontinuitet – en viktig kvalitetsaspekt

En god personalkontinuitet innebär att den äldre i största möjliga mån får omsorg av samma personal. För de flesta äldre är det tryggare att få stöd av personal som de känner igen och med vilka en ömsesidig relation har byggts upp.[30] En god personalkontinuitet ökar även möjligheterna att tidigt uppmärksamma ett försämrat hälsotillstånd hos den äldre.[31] Personalkontinuitet rankas som viktig av omsorgstagarna själva[32] och den är särskilt viktig för omsorgstagare med omfattande behov.[33]

Utredningen Effektiv vård (SOU 2016:2) understryker att personlig kontinuitet är trygghetsskapande, inte bara för patienten utan

[26] Blusi, M., Swan, Å., Sjöström, K., Isaksson, M. (2012). Hemtjänst – vad är viktigt för kunden? Kommunförbundet FoU Västernorrland. Rapport 2012:10.
[27] Inspektionen för vård och omsorg IVO (2013). Äldre efterfrågar kontinuitet Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre – slutrapport.
[28] Ibid.
[29] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020). Primärt i vården – en studie om befolkningens syn på kontinuitet vid vårdcentraler. Rapport 2020:9.
[30] Socialstyrelsen (2020). Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2020.
[31] Inspektionen för vård och omsorg IVO (2013). Äldre efterfrågar kontinuitet Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre –slutrapport.
[32] Edebalk, PG., Samuelsson, G., Ingvad, B. (1995). How Elderly People Rank-Order the Quality Characteristics of Home Services. Ageing and Society 15: 83–102.
[33] Sverkersson, E. (2016). Kundupplevd kvalitet i hemtjänsten En kvalitativ studie om den kommunala hemtjänsten i Kalmar. Magisteruppsats. Lunds universitet.

även för personalen. När personalen sedan tidigare känner till problemet hos patienten inger det en känsla av kontroll, säkerhet och trygghet. Kontinuitet kan på så vis bidra till en god arbetsmiljö. Vidare konstateras i utredningen att personalkontinuitet leder till effektivitetsvinster på grund av minskad inläsningstid och minskat kommunikationsbehov för att skapa kontakt med en person som man inte träffat tidigare.

Personalkontinuiteten är alltså en viktig kvalitetsaspekt i omsorgen och den följs årligen upp av Socialstyrelsen. Uppföljningen bygger på värden som kommunerna frivilligt rapporterar in till Kommun- och landstingsdatabasen Kolada. Kommunerna mäter antalet hemtjänstpersonal som den enskilde möter under en 14-dagarsperiod[34]. Resultaten från år 2019 visar att i genomsnitt mötte äldre med hemtjänst 16 olika personer från hemtjänsten under två veckor. Variation mellan kommunerna är stor, med siffror på personalkontinuitet från 7 till 25. Personalkontinuiteten har försämrats under de senaste tolv åren från i genomsnitt 12 till 16. De senaste fem åren har dock kontinuiteten vara relativt stabil och legat runt 15 och 16.[35]

4.4.2 Arbetsförhållanden och organisering – centralt för personalkontinuitet

Omfattande sjukskrivningar och höga sjuktal innebär att det finns ett stort antal vikarier och tillfälligt anställda inom hemtjänsten. Det försämrar förutsättningarna för en god personalkontinuitet.[36] En viktig förutsättning för att åstadkomma bättre personalkontinuitet är att åstadkomma en arbetsmiljö och arbetsförhållanden som i förlängningen bidrar till lägre sjukfrånvaro inom hemtjänsten. Rätten till heltid för undersköterskor och en begräsning av visstids- och timanställda är också viktiga förutsättningar för god personalkontinuitet (SOU 2017:21).

[34] I måttet ingår personer 65 år och äldre som har två eller fler besök av hemtjänsten varje dag. Trygghetslarm och matleveranser räknas inte och hemsjukvårdspersonal ingår inte.
[35] Socialstyrelsen (2020). Vård och omsorgs om äldre. Lägesrapport 2020.
[36] Ibid.

Brister i arbetsförhållanden behöver åtgärdas

Arbetsförhållandena inom äldreomsorgen har försämrats över tid vilket har varit en bidragande orsak till att personalen har övervägt att lämna sina arbeten.[37,38,39] I jämförelse med andra nordiska länder är situationen sämre i Sverige på flera områden.[40] Det finns även skillnader i arbetsförhållanden inom Sverige. Hemtjänstpersonalen i storstäder har generellt bättre anställningsförhållanden men sämre arbetsvillkor jämfört med personalen i tätort och landsbygd.[41]

Resultatet av en omfattande tillsyn i äldreomsorgen under perioden år 2017–2019 visar också på stora brister[42]. Det handlar bland annat om att personalen inte kan påverka sin arbetstid, exempelvis då oväntade situationer uppstår hos omsorgstagare, och att personalen inte får tillräckligt med tid för återhämtning och reflektion. I rapporten konstateras att det finns ett stort behov av att förbättra det förebyggande arbetsmiljöarbetet inom hemtjänsten.

För att fler ska vilja stanna kvar i arbetet är det viktigt att förbättra arbetstiderna, öka utrymmet för utvecklingsmöjligheter och minska den fysiska och psykiska arbetsbelastningen. Hög arbetsbelastning kan, enligt en nyligen publicerad artikel, ha en negativ påverkan på livskvaliteten hos personalen.[43]

Andra viktiga förbättringsområden handlar om utökat stöd från arbetsledare och kollegor, samt att personalen ges ökat inflytande över sitt arbete och tid för återhämtning. Förbättringar av arbetsförhållandena i hemtjänsten är nödvändiga både för att säkerställa en god omsorgskvalitet och för personalens välbefinnande. Det är

[37] Szebehely, M., Stranz, A., Strandell, R. (2017). Vem ska arbeta i framtidens äldreomsorg? Arbetsrapport 2017:1. Stockholms universitet.
[38] Kommunal (2018). Personal som stannar – en rapport om arbetsmiljön i äldreomsorgen.
[39] Strandell, R. (2020). Care workers under pressure – A comparison of the work situation in Swedish home care 2005 and 2015. Health & social care in the community. 28(1):137–47.
[40] Szebehely, M., Stranz, A., Strandell, R. (2017). Vem ska arbeta i framtidens äldreomsorg? Arbetsrapport 2017:1. Stockholms universitet.
[41] Jönsson, H., Szehehely, M. (red.) (2018). Äldreomsorger i Sverige – Lokala variationer och generella trender. Gleerups Utbildning AB Malmö.
[42] Arbetsmiljöverket (2020). Projektrapport Äldreomsorgen 2017–2019 – Riskfylld arbetsmiljö – utmaningar för framtidens äldreomsorg.
[43] Sjöberg, A., Pettersson-Strömbäck, A., Sahlén, K-G., Lindholm, L., Norström, F. (2020). The burden of high workload on the health-related quality of life among home care workers in Northern Sweden. International Archives of Occupational and Environmental Health. https://doi.org/10.1007/s00420-020-01530-9.

också nödvändigt för att kunna möta framtidens rekryteringsbehov och för att kunna behålla personal inom hemtjänsten.[44]

Forskningsstudier från Storbritannien visar att för att kunna nyrekrytera och behålla personal inom omsorgen behöver inte bara arbetsförhållandena förbättras utan även karriärmöjligheterna.[45,46] Låg status och den negativa bilden av yrket som framkommer i media försvårar rekryteringen av personal. Några viktiga förbättringsåtgärder som kan öka nöjdheten hos personalen är bättre handledning, tydligare uppskattning av personalens arbete, informella och formella möten i grupp för att minska känslan av ensamarbete, och större flexibilitet i arbetet.[47] Genom att ta vara på hemtjänstpersonalens engagemang och kompetens och ge möjlighet till löneutveckling kan arbetsplatsen bli mer attraktiv.[48]

En sammanfattningsartikel[49] drar slutsatsen att framtida studier av hemtjänstens arbetsmiljö behöver fokusera mer på de underliggande orsakerna till arbetsmiljörelaterade problem och koppla resultaten till aspekter som omsorgskvalitet och patientsäkerhet.

Organisering av arbetet

Det är viktigt att organisera arbetet så att kontinuiteten i relationen mellan omsorgsgivaren och omsorgstagaren kan underhållas. På så vis kan man åstadkomma både god omsorgskvalitet och goda arbetsvillkor.[50] Schemaläggning och planering är centrala faktorer för att åstadkomma personalkontinuitet. Utredningen Effektiv vård (SOU 2016:2)

[44] Strandell, R. (2020). Care workers under pressure – A comparison of the work situation in Swedish home care 2005 and 2015. Health & social care in the community. 28(1):137–47.
[45] Atkinson, C., Crozier, S., Lewis, L. (2016). Factors that affect the recruitment and retention of domiciliary care workers and the extent to which these factors impact upon the quality of domiciliary care. Cardiff Welsh Government.
[46] Bennett, L., Honeyman, M., Bottery, S. (2018). New models of home care. The King's Fund. York.
[47] Atkinson, C., Crozier, S., Lewis, L. (2016). Factors that affect the recruitment and retention of domiciliary care workers and the extent to which these factors impact upon the quality of domiciliary care. Cardiff Welsh Government.
[48] Nordén, H. (2004). Karriärstegen: utbildning och utveckling för personal i äldreomsorgen. Kommentus Stockholm.
[49] Rydenfält, C., Holgersson, C., Östlund, B., Arvidsson, I., Johansson, G., Persson, R. (2020) Picking low hanging fruit – A scoping review of work environment related interventions in the home care sector. Home Health Care Services Quarterly 39:4, 223–237. DOI: 10.1080/01621424.2020.1772936.
[50] Astvik, W. (2003). Relationer som arbete. Förutsättningar för omsorgsfulla möten i hemtjänsten. Avhandling Arbetslivsinstitutet 2003:8. Stockholm.

konstaterar att för att personalkontinuiteten inom vården ska få genomslag räcker det inte med lagstiftning. Det krävs att man ändrar arbetssätten och ställer krav på planering och schemaläggning av verksamheten.

Organiseringen av personalen i mindre grupper kan bidra till en bättre personalkontinuitet inom hemtjänsten. Andra organisatoriska förändringar kan handla om att få till stånd bättre kontinuitet genom att skapa resursteam med vikarierande undersköterskor då ordinarie personal är sjuk.[51]

Stockholms stad konstaterar i sin uppföljning från år 2018 att det krävs både styrning och en god grundplanering i personalscheman, med flexibilitet för tillfälliga förändringar, för att åstadkomma en god personalkontinuitet. Underlag för att enkelt kunna följa upp personalkontinuiteten under året är också en viktig förutsättning.[52]

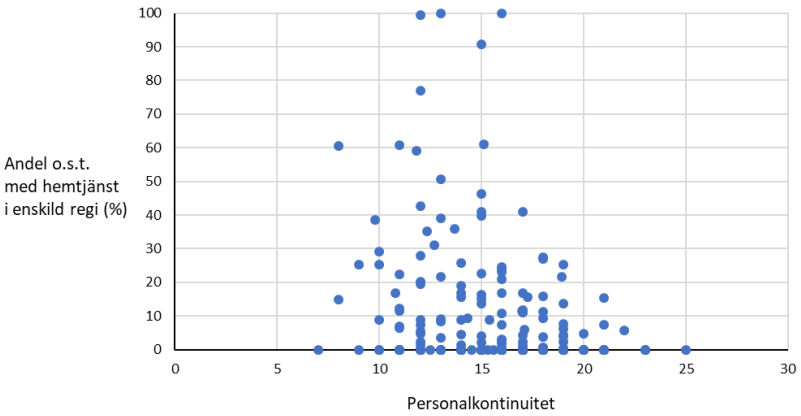
Ledningens sätt att tänka påverkar förutsättningarna för god personalkontinuitet. När verksamheten utgår från omsorgstagarna och deras behov finns potential för att uppnå bättre personalkontinuitet, högre omsorgskvalitet och ökad trygghet för omsorgstagaren.[53,54] Bättre personalkontinuitet tillsammans med tillitsbaserad styrning med omsorgstagarnas behov i centrum kan även förbättra arbetsmiljön och minska sjuktalen hos personalen. (SOU 2018:38, kapitel 3).

Personalkontinuitet hos privata och kommunala utförare

Finns det ett samband mellan regiform och personalkontinuitet? En jämförelse mellan kommuner vad gäller personalkontinuitet och andelen omsorgstagare med hemtjänst i enskild regi visar att det inte finns något samband mellan de två kriterierna ($R^2=0.07$, figur 4.1)[55]. Personalkontinuiteten verkar alltså inte vara avhängig av om utföraren är privat eller offentlig.

[51] Socialstyrelsen (2018). Stimulansmedel för ökad bemanning inom äldreomsorgen Uppföljning av 2017 års medel.
[52] Äldreförvaltningen (2019). Ökad personalkontinuitet inom hemtjänsten. PM, Dnr 3.1–408/2019. Stockholms stad.
[53] Blusi, M., Swan, Å., Sjöström, K., Isaksson, M. (2012). Hemtjänst – vad är viktigt för kunden? Härnösand: FoU Västernorrland. Rapport 2012:10.
[54] Daneryd, P. (2015). Skönsmons hemtjänst i Sundsvall. Ett framgångsexempel. Kommunal & Vision.
[55] R2-värden nära 1 betyder att det finns ett starkt samband och värden nära 0 att samband saknas.

Figur 4.1 **I figuren plottas personalkontinuiteten mot andelen omsorgstagare (o.s.t.) med hemtjänst i enskild regi i 218 kommuner. Uppgifterna gäller för år 2019**



Källa: Data hämtade ur Kommun- och landstingsdatabasen Kolada.

En uppföljning[56] av personalkontinuiteten hos både privata och offentliga utförare i Stockholm år 2018 och 2019 visar dock på vissa skillnader kopplade till regiform. Hemtjänstmottagare mötte i snitt elva till tolv olika personer under en tvåveckorsperiod och små privata utförare hade något bättre resultat. I uppföljningen konstateras att utförare som ger stöd till förhållandevis få omsorgstagare har en bättre kontinuitet än utförare med många omsorgstagare eftersom de har få antal anställda. Privata utförare kan, till skillnad från kommunala utförare, ange ett kapacitetstak (maximalt antal omsorgstagare) och har även möjlighet att ange ett begränsat geografiskt upptagningsområde. Personalkontinuiteten hos större privata utförare i Stockholm skiljer sig inte märkbart från de kommunala utförarna.

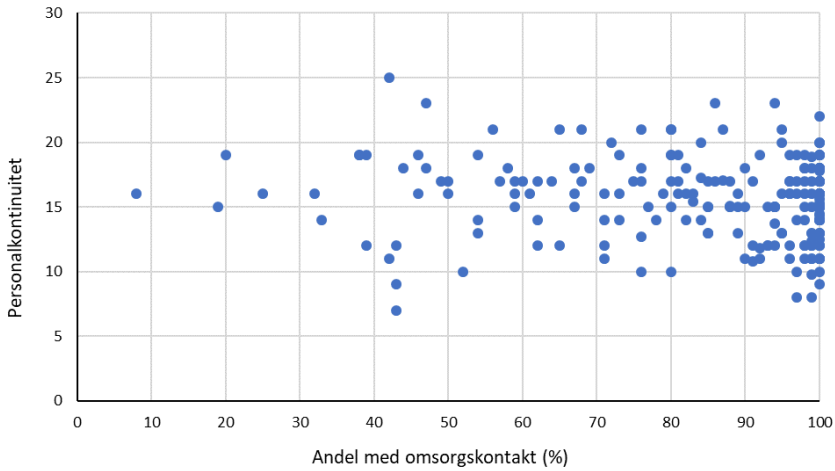
Det verkar således inte finnas ett samband mellan regiform och personalkontinuitet, men däremot en koppling mellan storleken på utföraren och om utföraren är verksam i ett begränsat geografiskt område eller inte.

[56] Äldreförvaltningen (2019). Ökad personalkontinuitet inom hemtjänsten. PM, Dnr 3.1–408/2019. Stockholms stad.

4.4.3 Fast omsorgskontakt och personalkontinuitet

Kan arbetet med fast omsorgskontakt bidra till bättre personalkontinuitet? En jämförelse mellan andelen omsorgstagare med omsorgskontakt och personalkontinuiteten i 221 kommuner visar att det inte finns något samband mellan kriterierna (R^2=0,02, figur 4.2). Av figuren framgår exempelvis att i de kommuner där 100 procent av omsorgstagarna har en omsorgskontakt varierar personalkontinuiteten mellan 9 och 22.

Figur 4.2 **I figuren plottas andelen omsorgstagare med omsorgskontakt mot personalkontinuiteten i 221 kommuner. Uppgifterna gäller för år 2019**



Källa: Data hämtade ur Kommun- och landstingsdatabasen Kolada.

Bristen på samband mellan andelen omsorgstagare med omsorgskontakt och personalkontinuitet kan bero på att dagens omsorgsskap varierar mellan kommunerna vad gäller både uppgifter och rollens utformning. Utredningens kartläggning i 20 kommuner (kapitel 3) bekräftar att det finns en stor variation i hur rollen är utformad och fungerar i praktiken. I vissa kommuner går omsorgskontakten inte oftare till ”sina” omsorgstagare, medan i andra kommuner innebär rollen att omsorgskontakten har ett särskilt ansvar för ett antal omsorgstagare och att de där utför lejonparten av omsorgen. Kartlägg-

ningen visar också att uppdelningen av personalen i mindre arbetslag är en viktig förutsättning för att åstadkomma bättre kontinuitet.

Arbetet med fast omsorgskontakt kan bidra med bättre kontinuitet i omsorgen – om förutsättningarna finns. Rollen behöver då ha en tydlig styrning och innebörd för att detta ska ske.[57] På motsvarande sätt inom vården konstateras att rätt förutsättningar behöver finnas på plats för att en fast kontakt ska kunna bidra till kontinuitet.[58]

Goda exempel från kommuner

Goda förutsättningar för fast omsorgskontakt – kan bidra till bättre personalkontinuitet

En organisationsförändring i ett hemtjänstområde i Lunds kommun visade sig ge goda förutsättningar för den fasta omsorgskontaktens arbete och leda till positiva effekter för såväl omsorgstagare som personal.[59] Arbetslaget delades in i mindre grupper om fyra personer varav tre av dem var omsorgskontakter till cirka fem omsorgstagare vardera. Den fjärde personen i gruppen täckte upp för de andra vid sjukdom och ledigheter. Indelningen i smågrupper var enligt personalen och cheferna en av framgångsfaktorerna för det positiva resultatet.

I samband med organisationsförändringen tydliggjordes och stärktes omsorgskontaktens roll och ansvar. Ett ökat ansvarstagande ledde till att omsorgskontakterna hade ”bättre koll” på sina äldre och kunde följa dem på ett annat sätt en tidigare. Från att tidigare ha träffat omsorgstagaren cirka en gång i månaden träffade omsorgskontakten den äldre dagligen vilket skapade goda förutsättningar att följa upp hur stödet fungerade och notera förändringar i omsorgstagarens hälsotillstånd. Omsorgstagarna fick, med det nya arbetssättet, mer tid med sin omsorgskontakt vilket gav dem ökade möjligheter till självbestämmande och inflytande. Personalen delades in i omvårdnads- och servicegrupper vilket fick ett positivt gehör hos undersköterskorna eftersom arbetet fick mer omvårdnadsfokus än tidigare.

[57] Skaraborgs kommunalförbund (2013). Personalkontinuitet i hemtjänst.
[58] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020). Primärt i vården – en studie om befolkningens syn på kontinuitet vid vårdcentraler. Rapport 2020:9.
[59] Nykvist, H, (2017). Framtidens ersättningssystem – hemtjänst och hemsjukvård. Slutrapport för Lunds kommun. Lunds kommun.

Det nya arbetssättet med ökat ansvar och mer fokus på omsorgstagarnas behov ställde också ökade krav på undersköterskorna att använda sig av sina kunskaper från utbildningen.

Den största förändringen efter omorganiseringen var enligt personalen den förbättrade kontinuiteten. Under ett år förbättrades personalkontinuiteten från 18 till 12 personer i området där man hade applicerat det nya arbetssättet. Omorganiseringen ledde även till ett mer enhetligt arbetssätt hos omsorgstagaren det vill säga bättre omsorgskontinuitet.

En annan viktig och positiv effekt var att omsorgskontaktens goda personkännedom om den äldre nyttjades vid uppföljningsmöten tillsammans med biståndshandläggaren. En förskjutning av samtalets inriktning noterades – från att tidigare ha handlat om rätten till insats och behov av mer tid handlade uppföljningssamtalen mer om kvalitet och måluppfyllelse. Omsorgstagarens delaktighet ökade samtidigt eftersom samtalen handlade om hur stödet skulle kunna bidra till att omsorgstagarens egna mål för insatsen uppnåddes. Generellt fungerade samarbetet och kommunikationen mellan utförarsidan och beställarsidan bättre efter organisationsförändringen.

Med ökad flexibilitet och god personkännedom om den äldre kunde personalen lättare bedöma längden på insatserna och fokusera på uppgiften snarare än hur lång tid den skulle ta. Genom att omsorgskontakterna kände sina omsorgstagare och deras hemmiljö kunde de arbeta mer effektivt vilket i förlängningen innebar tidsvinster. En förutsättning för det flexibla arbetssättet var att omsorgskontakten kände till sitt schema för dagen och kunde planera insatserna utifrån det.

Ytterligare en positiv effekt av omorganiseringen i mindre grupper och ett stärkt omsorgsskap var att sjukfrånvaron sjönk från att ha legat på 17,4 procent 2014 till 11,5 procent år 2016.

Tvärprofessionella team och kontinuitet

I Sundsvall pågår ett utvecklingsarbete där den så kallade Skönsmomodellen ska utvecklas till ett arbete med tvärprofessionella team. I ett avgränsat geografiskt område ska ett team med undersköterskor, vårdbiträden, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, biståndsh-

handläggare, sjuksköterskor och enhetschefer arbeta tillsammans runt varje omsorgstagare. Syftet är att rätt stöd så snabbt som möjligt ska ges till de äldre. Det har visat sig vara enklare att genomföra när alla professionerna arbetar nära varandra med ett gemensamt arbetssätt. Utvecklingsarbetet har hittills gett goda resultat.[60] Vid en intervju med en verksamhetsutvecklare i Sundsvall[61] framkommer att ett teambaserat arbetssätt bidrar till ett mer förebyggande arbete vilket kan minska återinskrivningarna. Dessutom arbetar man i teamen mot att få till stånd en bättre personalkontinuitet i flera yrkesgrupper och har till exempel i ett område lyckats få ned antalet distriktssköterskor som kommer till en omsorgstagare från 10 till 2.[62]

4.4.4 Personalkontinuitet och covid-19-pandemin

Under våren 2020 aktualiserades personalkontinuiteten i äldreomsorgen med anledningen av den pågående covid-19-pandemin. I verksamheterna togs initiativ för att på olika sätt minska antalet personal som omsorgstagarna träffar. Från den nationella tillsynen[63] framkommer att verksamheterna ser två fördelar med att färre i personalen går till omsorgstagarna. Det minskar risken för smittspridning samtidigt som personalen med god personkännedom tidigt kan uppmärksamma eventuella sjukdomstecken hos omsorgstagarna. Andra viktiga åtgärder under pågående pandemi är att verksamheterna underlättar för ett teamarbete där omsorgspersonalen samverkar med andra yrkesgrupper. Aktiv information och kommunikation med anhöriga och närstående för att minska deras oro ser verksamheterna också som viktigt.

4.5 Sambandet mellan kvalitet, säkerhet och kompetens

Både formell utbildning och så kallad praxiskunskap är enligt forskningen viktiga faktorer för att få till stånd ett omsorgsarbete av god kvalitet. De som förespråkar praxiskunskap menar att personlig

[60] https://sundsvall.se/omsorg-och-hjalp/skonsmomodellen/ nedladdat 25 augusti 2020.
[61] Skypeintervju med verksamhetsutvecklare i Sundsvall 27 november 2019.
[62] Skypeintervju enhetschefer hemtjänsten, Sundsvall 19 december 2019.
[63] Inspektionen för vård och omsorg (2020). Tillsyn för minskad smittspridning av covid-19 – hemtjänst.

lämplighet och erfarenhetsbaserad vardagskunskap är viktigare än formell utbildning. Nackdelar med formella utbildningar har bland annat tagit utgångspunkt i att det finns en risk för att erfarenhetskunskapen ”professionaliseras sönder” och att omsorgsmottagare riskerar att objektifieras det vill säga behandlas utifrån en gemensam mall.[64] Det finns också studier som visar att omsorgspersonalen själva inte anser att de behöver någon formell utbildning och att omsorgstagarna själva inte lägger någon större vikt vid utbildning, utan vid personalens personliga egenskaper.[65] Men det finns också studier som visar på det motsatta, att personalen önskar fördjupad kunskap inom hälso- och sjukvård, då det utförs mer och mer kvalificerade hälso- och sjukvårdsuppgifter inom omsorgen.[66] Forskning pekar på att formell utbildning är nödvändig för att möta äldres sammansatta och komplexa behov inom omsorgen samt framtidens utmaningar inom området.[67] Personalens utbildningsnivå påverkar också omsorgsrelationen. Utbildad personal kan ha mer kunskap och förståelse för omsorgstagarnas behov.[68]

Av en litteraturgenomgång framgår att utbildning är den enskilt största kvalitetshöjande faktorn i äldreomsorgen. I rapporten framkommer att utbildning gör personalen bättre i sina relationer till patienter och omsorgstagare. Rapporten visar också att behovet av att kunna kommunicera är centralt. Goda kunskaper i kommunikation ger bättre förutsättningar för ett empatiskt förhållningssätt i omsorgssituationen.[69]

Sambandet mellan god kvalitet, säkerhet och kompetens har varit föremål för behandling i ett antal statliga utredningar. I betänkandet

[64] Waerness, K. (1983). Kvinnor och omsorgsarbete. Prisma Stockholm., Eliasson, R. (1992). Egenheter och allmänheter. En antologi om omsorgs och omsorgens villkor. Arkiv Förlag Lund., Drugge, C. (2003). Omsorgsinriktat lärande. En studie om lärande i hemtjänsten. Luleå tekniska universitet. Luleå.

[65] Elmersjö, M. (2014). Kompetensfrågan inom äldreomsorgen. Hur uppfattningar om kompetens formar omsorgsarbetet, omsorgsbehoven och omsorgsrelationen. Linnéuniversitetet. Växjö.

[66] Dunér, A. och Olin, E. (2011). En begynnande professionalisering? Om gränsarbete och kompetenskrav inom funktionshindersverksamhet och äldreomsorg. Socialvetenskaplig tidskrift nr 4.

[67] Astvik, W. (2003). Relationer som arbete. Förutsättningar för omsorgsfulla möten i hemtjänsten. Arbetslivsinstitutet. Stockholm, Törnquist, A. (2004). Vad ska man kunna och hur ska man vara. Doktorsavhandling. Lärarhögskolan i Stockholm, Ahnlund, P. (2008). Omsorg som arbete. Om utbildning, arbetsmiljö och relationer i äldre- och handikappomsorgen. Umeå universitet. Umeå.

[68] Ahnlund, P. (2008). Omsorg som arbete. Om utbildning, arbetsmiljö och relationer i äldre- och handikappomsorgen. Umeå universitet. Umeå.

[69] Törnquist, A. (2006). Vård och omsorgsassistensens kompetens – en litteraturgenomgång. Stockholms universitet. Stockholm.

Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre (SOU 2017:21), fastslog utredaren att vården och omsorgen om äldre personer har kvalitetsbrister som är relaterade till bristande yrkeskompetens hos personalen. Utredningen bedömde att personer som arbetar inom äldreomsorg bör ha undersköterskekompetens.

I betänkandet Stärkt kompetens i vård och omsorg (SOU 2019:20) framgår att de brister som förekommer i undersköterskans kompetens kan utgöra risker för patientsäkerheten och för verksamhetens kvalitet och säkerhet, främst i kommunala verksamheter. Ett utbildningslyft är, enligt utredningen, nödvändigt för att personalen ska ha förutsättningar för att kunna förebygga fallskador och hantera trycksår, undernäring och läkemedel. Andra fördelar av ett utbildningslyft är att omsorgspersonalens förmåga att se förändringar i omsorgstagarens hälso- och funktionstillstånd förbättras. Det kan vara förändringar som kräver insatser från andra yrkesgrupper. Med en välutbildad omsorgspersonal finns dessutom bättre förutsättningar för att missförhållanden identifieras och rapporteras.

4.5.1 Brister i omsorgen kan kopplas till kompetensen

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i flera tillsynsrapporter konstaterat att det finns många brister i omsorgen som är relaterade till kompetensbrister hos personalen.[70] Resultaten från tillsynen visar bland annat att brister i personalens kompetens har lett till användning av tvångsåtgärder såsom inlåsning, och brister i planering och utförande av omsorgen. Andra brister handlar om att personalen saknar kunskap om demenssjukdom och om hur de ska identifiera kroppsliga skador och sjukdomar hos äldre. Det saknas också kunskap om förflyttningsteknik av äldre och om hur hjälpmedel ska användas på ett säkert och ändamålsenligt sätt.

I samband med inspektioner förekommer det att omsorgspersonalen själva berättar att de upplever att de inte har nödvändig

[70] Inspektionen för vård och omsorg (2016). Tillsynsrapport – De viktigaste iakttagelserna inom IVO:s tillsyn och tillståndsprövning för verksamhetsåret 2015, Inspektionen för vård och omsorg (2017). De viktigaste iakttagelserna inom IVO:s tillsyn och tillståndsprövning för verksamhetsåret 2016, Inspektionen för vård och omsorg (2018). Vad har IVO sett 2017? De viktigaste iakttagelserna inom IVO:s tillsyn och tillståndsprövning för verksamhetsåret 2017, Inspektionen för vård och omsorg (2019). Vad har IVO sett 2018? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2018, Inspektionen för vård och omsorg (2020). Vad har IVO sett 2019? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019.

kompetens och erfarenhet för att tillgodose de äldres behov. Även de som ansvarar för verksamheterna lyfter fram brister på kompetens som en orsak till missförhållanden i omsorgen om äldre. I lex Sarah-anmälningarna har de som ansvarar för verksamheterna identifierat kompetensbrist som orsak i nära hälften av de allvarliga missförhållanden som anmälts till IVO.

4.5.2 Språkbrister i svenska och språk som en resurs

En växande andel av personalen inom äldreomsorgen har annat språk än svenska som modersmål. Kommunal understryker i sin rapport[71] vikten av goda kunskaper i svenska för att personalen ska kunna utföra sina uppgifter med kvalitet och säkerhet. Inom ramen för omsorgsarbetet behöver personalen kommunicera med omsorgstagare och anhöriga, kollegor och chefer i personalgruppen, personal inom andra yrkesgrupper, skriva och uppdatera genomförandeplaner, rapportera avvikelser m.m. Det komplexa omsorgsarbetet handlar även om att kunna bemöta omsorgstagare i olika situationer – ofta med omfattande behov och i vissa fall med nedsatt kognitiv förmåga. I dag finns dessutom stora krav på att dokumentera och följa upp olika aspekter av omsorgen. Sammantaget kräver uppgifterna enligt Kommunal goda färdigheter i såväl muntlig som skriftlig kommunikation.

Andelen utrikesfödda äldre var år 2018 nästan 13 procent vilket motsvarar 238 000 personer och andelen kommer på sikt att öka. Det innebär att äldreomsorgen kan behöva anpassas med hänsyn till såväl språkskillnader som kulturella skillnader.[72] Äldre personer som har drabbats av stroke eller kognitiv nedsättning kan förlora de språk de har lärt sig i vuxen ålder. För den gruppen blir det särskilt viktigt att få omsorg på sitt modersmål. I de nationella riktlinjerna[73] för vård och omsorg av personer med demenssjukdom konstateras att särskilda behov förknippade med personer av annan kulturell eller språklig bakgrund ska beaktas. Det kan handla om möjligheten att utöva sin religion och bevara sina kulturella sedvänjor. Tillgång till personal som talar samma språk som omsorgstagaren blir i ett sådant

[71] Kommunal (2019). Svenska språket – A och O inom äldreomsorgen.
[72] Socialstyrelsen (2020). Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2020.
[73] Socialstyrelsen (2017). Nationella riktlinjer. Vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning.

sammanhang en viktig resurs. En studie från vården lyfter fram vikten av att få vård på sitt modersmål. Det kan, menar författarna, förbättra vårdkvaliteten och minska lidandet orsakat av språkbarriärer.[74]

4.5.3 Teknikutvecklingen påverkar arbetet

Teknik och hjälpmedel ger förutsättningar för äldre att i större utsträckning få vård och omsorg i hemmet och därmed kunna stanna längre hemma. Sjuka äldre med komplexa behov kan med hjälp av teknik få vård i hemmet och även i viss mån ge sig själva vård. Tekniken ger också utökade möjligheter för äldre att självständigt hantera vardagen trots fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar.[75]

Äldreomsorgen är det område där kommunerna har dragit störst nytta av välfärdsteknik. För personalen handlar det bland annat om tekniklösningar för att kunna dokumentera och läsa information digitalt vid hembesök. Elektroniska lås till hemtjänsttagarens bostad är ett annat exempel som kan underlätta för personalen.[76] Den teknik som flest kommuner arbetar med är elektroniska planeringsverktyg för hemtjänsten, vårdplanering med video, trygghetskameror och GPS-larm. Nattillsyn med digital teknik har även blivit allt vanligare i kommunerna.[77]

För personalen kan välfärdsteknik upplevas som positiv men också negativ.[78] Positiva reaktioner handlar exempelvis om att tillgång till digital information gällande individens genomförandeplan kan ge en bättre översikt för hela arbetsgruppen, och att det kan vara lättare att dokumentera om något har hänt på plats hos omsorgstagaren. Samtidigt uttrycker personalen att den nya tekniken kan bidra till problem och stress, exempelvis när tekniken inte är anpassad efter verksamhetens behov och när inte tillräcklig tid ges för den allt större efterfrågan av dokumentation i arbetet. Andra problem kan handla om digital schemaläggning som inte är anpassad till omsorgstagarnas

[74] Hemberg, J., Sved, E. (2019). The significance of communication and care in one's mother tongue: Patients' views. Nordic Journal of Nursing Research. https://doi.org/10.1177/2057158519877794.
[75] Essén, A. (2003). Kvarboende och äldrevård i hemmet med modern teknik – vad hämmar utvecklingen? Arbetsrapport 2003:5. Institutet för framtidsstudier.
[76] Socialstyrelsen (2019). E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2019. Uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna.
[77] Socialstyrelsen (2020). Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2020.
[78] Kommunal (2019). Välfärdsteknik för trygghet, hälsa och utveckling i arbetet.

individuella och föränderliga behov och personalens förutsättningar att förflytta sig geografiskt. En rad uppgifter är förknippade med den mobila tekniken, exempelvis att med hjälp av mobiltelefon svara på larm, boka möten hos vården och andra yrkesgrupper, samt prata med anhöriga. Enligt Kommunal har inte tillräckligt med tid avsatts i schemat för den typen av uppgifter.

4.6 Vilken kompetens behöver omsorgspersonalen?

I såväl statliga utredningar som vägledningsdokument från myndigheter beskrivs vilken kompetens omsorgspersonalen behöver för att klara sitt arbete.[79] En av de gemensamma utgångspunkterna är att kompetenskraven ska möjliggöra en individanpassad och trygg omsorg av god kvalitet. Kompetenskraven utgår också från omsorgstagarnas hälsa, funktionstillstånd och sociala förhållanden – där det ”framtida” behovet har varit en central aspekt. En tredje utgångspunkt är den gemensamma bilden av att omsorgsarbetet är och kommer att bli mer komplext sett till de äldres behov och omsorgens organisering och struktur, vilket ställer särskilda krav på kompetens hos personalen. Beskrivningarna av kompetenskraven påminner om varandra i stor utsträckning och några centrala kunskapsområden för omsorgspersonalen är återkommande. De mest centrala kunskapsområden enligt verksamhetsföreträdarna är: bedömningsförmåga, omvårdnad och omsorg, medicinsk kompetens och professionellt bemötande. Några andra viktiga kompetenser som nämns är att personalen har ett personcentrerat förhållningssätt, förmåga att se och tillmötesgå den enskildes existentiella behov, samt förmåga att arbeta med vård i livets slutskede. Dessutom förväntas omsorgspersonalen ha förmåga att planera och prioritera, ha kunskap om relevant lagstiftning, och kunna dokumentera och rapportera missförhållanden. Även språkkunskaper anses vara viktiga.

[79] SOU 2008:126. I den äldres tjänst. Äldreassistent ett framtidsyrke., SOU 2019:20 Stärkt kompetens i vård och omsorg., Socialstyrelsen (2006). Vård och omsorgsassistensens kompetens., Socialstyrelsen (2018). Förslag till nationella kompetenskrav för yrket undersköterska – redovisning av uppdrag till regeringen 20181201. Dnr 4.1.5-31521/2017.

4.6.1 Kompetens och fast omsorgskontakt

Som framgår ovan finns kunskap om vilken kompetens som omsorgspersonalen behöver för att utföra sitt arbete på ett ändamålsenligt sätt. Det finns däremot ingen liknade kunskapsbeskrivning för vilken kompetens en fast omsorgskontakt behöver ha, trots att den fasta omsorgskontakten inte är någon ny företeelse (avsnitt 4.1.1). Falk m.fl. (2001) menar att den fasta omsorgskontakten måste kunna känna empati, visa respekt, känna äkta intresse för arbetsuppgiften och ha ett professionellt förhållningssätt. För att klara dessa krav krävs både utbildning och personlig mognad.[80] I utredningens kommunkartläggning (kapitel 3) framgår att såväl personliga egenskaper som kunskaper inom vissa områden är nödvändiga för att den fasta omsorgskontakten ska kunna utföra sitt arbete på ett tillfredsställande sätt. Vidare framkommer att ”i den bästa av världar” skulle alla som arbetar som fast omsorgskontakt ha en utbildningsnivå som motsvarar undersköterska, men att det kan vara svårt att realisera omgående med tanke på hur rekryteringsunderlaget ser ut.

Den fasta omsorgskontaktens kompetens behöver bedömas utifrån vilka arbetsuppgifter som hen primärt ska utföra. Om fokus för omsorgskontaktens arbete är att planera, genomföra och följa upp omsorgen hos sina omsorgstagare, är det enligt utredningen rimligt att omsorgskontaktens kompetens återspeglar en undersköterskas (se kapitel 6 och avsnitt 7.3).

4.6.2 Samla vård- och omsorgskompetens i team

Socialstyrelsen konstaterar i sin lägesrapport från år 2020[81] att allt fler äldre med komplexa behov får kvalificerade hälso- och sjukvårdsinsatser samt omsorg i ordinärt boende. En sådan utveckling ställer enligt rapporten större krav på både resurser och kompetensförsörjning av personal i såväl vården som i omsorgen om äldre. Vidare konstateras att behoven av samordnade insatser från flera utförare är vanliga, vilket medför krav på samverkan med både socialtjänst och regioner.[82]

[80] Falk, H., Gustavsson, L., Richt, B. (2001). Kontaktmannaskap en väg till bättre äldrevård. Liber AB Stockholm.
[81] Socialstyrelsen (2020). Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2020.
[82] Ibid.

Det finns flera uppenbara fördelar med ett teambaserat arbetssätt för att tillgodose omsorgstagarens mångfacetterade behov. SOU 2017:21 lyfter till exempel fram att det ger goda förutsättningar för ett förebyggande arbete där olika personalgrupper med omsorgstagaren i centrum skapar trygghet för såväl omsorgstagare som anhöriga. Ett teambaserat arbetssätt kan också skapa bättre förutsättningar för rehabiliteringen av äldre. Forskningen visar exempelvis att arbetet med interdisciplinära team bidrar till bättre funktions- och förflyttningsförmåga hos omsorgstagare som har opererats för höftfrakturer i jämförelse med konventionell rehabilitering.[83]

Ett teamarbete bidrar även till ett kontinuerligt lärande mellan de olika yrkesgrupperna och i förlängningen till en mer kunskapsbaserad vård och omsorg. För omsorgstagaren kan det i slutändan skapa bättre förutsättningar för att bo kvar hemma längre. Resultat från en studie[84] visar att omsorgstagare som vid utskrivning från sjukhus fick stöd från flexibla tvärprofessionella team var nöjdare med både den praktiska och känslomässiga omsorgen än omsorgstagare med endast insatser från hemtjänsten.

Den fasta omsorgskontakten kan utgöra en viktig länk i vård- och omsorgskedjan. Med en god personkännedom om den äldre kan omsorgskontakten spela en viktig roll, i såväl det förebyggande arbetet som vid olika typer av uppföljningsmöten. I Lidköpings kommun har vården och omsorgen integrerats i hemvårdsteam med syftet att åstadkomma ett aktiverande och rehabiliterande förhållningssätt. Det innebär att man försöker hitta ”rätt nivå” för insatserna. Regelbundna uppföljningsmöten hålls för att stämma av insatserna i genomförandeplanen och där bidrar omsorgskontakten med sin kunskap till övriga i teamet.[85]

[83] SBU (2015). Rehabilitering av äldre med höftfrakturer – interdisciplinära team. En systematisk litteraturöversikt.
[84] Johansson, M. (2019). Hemtjänst i gamla hjulspår: äldres erfarenheter av att komma hem från sjukhus. Socialmedicinsk Tidskrift. 96: 868–877.
[85] Hjalmarson, I. (2014). Vem ska bestämma vad i hemtjänsten? Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2014:2.

4.7 Kompetensförsörjning – en växande utmaning

Undersköterskor i offentlig sektor, anställda inom hemtjänst, hemsjukvård och äldreboenden är Sveriges största yrkesgrupp. Det är även en av de mest kvinnodominerade yrkesgrupperna med 92 procent kvinnor och 8 procent män.[86] Det är således relativt få män i dessa yrkesgrupper vilket innebär att rekryteringsbasen skulle vidgas om ett större antal män sökte sig till yrket.

Mot bakgrund av en allt större andel äldre i befolkningen kommer yrkesgruppen behöva växa på relativt kort tid för att tillgodose det växande behovet av vård och omsorg. God kompetensförsörjning innebär att det finns tillräcklig tillgång till yrkeskompetent personal för att motsvara huvudmännens och utförarnas efterfrågan.[87]

Enligt SCB förväntas antalet personer som är 80 år och äldre att öka från dagens 534 000 personer till cirka 806 000 personer år 2030.[88] Den demografiska utmaningen tillsammans med stora pensionsavgångar bland hemtjänstpersonalen innebär att det finns ett stort rekryteringsbehov av omsorgspersonal.[89] För att kunna rekrytera personal och få dem att stanna kvar i yrket är arbetsvillkoren av central betydelse.

Under de senaste tre åren har andelen arbetsgivare som rapporterar brist på nyutexaminerade individer med gymnasial vård- och omsorgsutbildning ökat. År 2017 uppgav sex av tio arbetsgivare att de hade svårt att rekrytera nyutexaminerade med nämnda utbildning.[90] SCB bedömer att det sammantaget finns risk för stor brist på vård- och omsorgsutbildade år 2035.[91]

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) uppskattar att välfärden kommer att behöva öka antalet anställda med knappt 200 000 personer fram till år 2026, om inga förändringar sker. För att möta kommande krav menar SKR att fler personer behöver utöka sin arbetstid, och tiden som personer befinner sig i arbetslivet behöver förlängas och tekniken behöver utnyttjas bättre. [92]

[86] SCB (2017). Yrken i Sverige. www.scb.se uppdaterad 2019-03-07.
[87] SOU 2017:21. Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer, s. 255.
[88] Socialstyrelsen (2020). Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2020.
[89] Jönsson, H., Szebehely, M. (2018). Äldreomsorger i Sverige – Lokala variationer och generella trender. Gleerups Utbildning AB Malmö.
[90] https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2018/brist-pa-gymnasialt-yrkesutbildade-aven-om-20-ar/.
[91] SCB (2015). Vård- och omsorgsutbildade – i dag och i framtiden och https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2018/brist-pa-gymnasialt-yrkesutbildade-aven-om-20-ar/.
[92] SKR (2018). Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden – rekryteringsrapport.

4.7.1 Statliga satsningar på kompetensförsörjning

För att klara den framtida kompetensförsörjningen behöver verksamheterna rekrytera nya medarbetare och investera i personalens kompetens för att skapa förutsättningar för personalen att vilja stanna kvar i yrket. Det kan till exempel handla om att använda personalens befintliga kompetens mer effektivt, skapa en god arbetsmiljö, samt ge stöd och utbildning i kunskapsbaserade metoder och arbetssätt. Det kan också handla om att erbjuda karriärmöjligheter i yrket och använda tekniken på ett effektivt sätt som gynnar personalens arbetssituation.

Under perioden 2015–2018 satsade regeringen totalt 7 miljarder kronor för att öka bemanningen inom äldreomsorgen. Genom satsningen har enligt Socialstyrelsen drygt 19 000 årsarbetare tillkommit, vilket motsvarar i genomsnitt 4 800 årsarbetare per år. Huvuddelen av medlen har använts till att öka tillgången på personal som arbetar nära de äldre. Både kommunala och enskilda utförare har tagit del av medlen.[93] En uppföljning[94] av satsningen visar att grundbemanningen i vissa kommuner har ökat både genom nyanställning av personal och genom en ökning av sysselsättningsgraden för redan anställda. Det har i sin tur bidragit till en bättre kontinuitet i bemanningen eftersom möjligheterna att schemalägga personalen så att de i högre utsträckning kan möta samma omsorgstagare har förbättrats.

Under pågående covid-19-pandemi våren 2020, avsatte regeringen cirka 2,2 miljarder kronor under 2020–2021 i ett äldreomsorgslyft med syftet att höja kompetensen hos befintlig och ny personal i den kommunala vården och omsorgen genom att personalen får möjlighet att genomgå utbildning till vårdbiträde eller undersköterska på betald arbetstid. I budgetpropositionen för 2021 utvidgades Äldreomsorgslyftet till att även inbegripa möjligheten att fortbilda sig genom kompetenshöjande utbildningar inom vård och omsorg. Även första linjens chefer får möjlighet att utbilda sig på betald arbetstid. Parallellt med regeringens kompetenssatsning ingick SKR och Kommunal en överenskommelse om att de kommuner som tar del av satsningen ska erbjuda tillsvidareanställningar på heltid.

[93] Socialstyrelsen (2020). Vård och omsorgs om äldre. Lägesrapport 2020.
[94] Socialstyrelsen (2018). Stimulansmedel för ökad bemanning inom äldreomsorgen Uppföljning av 2017 års medel.

Regeringen har också tillsatt en särskild utredare, som ska fungera som nationell samordnare. Samordnaren ska arbeta med att skapa förutsättningar för en hållbar kompetensförsörjning inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre.[95]

4.8 Reglering om skyddad yrkestitel för undersköterska

4.8.1 Behov av tydlighet i undersköterskans utbildning

Regeringen beslutade i oktober 2017 att ge en särskild utredare i uppdrag att se över hur yrket undersköterska skulle kunna regleras i syfte att öka kvaliteten och säkerheten i hälso- och sjukvården och omsorgen. Av utredningsdirektiven (Dir. 2017:103) framgår att det är otydligt vilka kunskaper en undersköterska har, samt att utbildningsinnehållet för undersköterskor är otydligt och ser olika ut hos olika utbildningsanordnare. Det försvårar regionernas och kommunernas arbete med kompetensförsörjning och skapar en ovisshet om hur verksamheten behöver bemannas för att ge en trygg vård och omsorg för patienter och omsorgstagare. Vidare framgår att en viktig förutsättning för att kommuner och regioner ska kunna erbjuda vård och omsorg av god kvalitet är att verksamheterna är bemannade med medarbetare med rätt kompetens. För att långsiktigt trygga verksamheter i välfärden, däribland hälso- och sjukvården och omsorgen, behöver arbetsfördelningen mellan olika yrkesgrupper ses över och medarbetarnas kompetens tydligare värderas och användas på bästa sätt. Regeringen gör därför bedömningen att undersköterska är en yrkeskategori vars kvalifikationer behöver fastställas och regleras på nationell nivå samt att yrkesgruppen ska omfattas av bestämmelserna om legitimation, skyddad yrkestitel eller annan reglering.

4.8.2 Förslag om införande av skyddad yrkestitel

Utredningen Stärkt kompetens i vård och omsorg (SOU 2019:20) konstaterar att undersköterskor saknar kunskaper inom viktiga kompetensområden för vård och omsorg. Det handlar till exempel om omsorgskunskap, förmåga att bemöta brukare och patienter på

[95] Dir. 2019:77.

ett professionellt sätt, medicinsk kompetens och språkkunskaper. Kompetensbristen påverkar kvaliteten i verksamheterna och innebär potentiella patientsäkerhetsrisker för patienter och brukare. Den rådande kompetensbristen förklaras bland annat med avsaknaden av en enhetlig utbildning och tydliga kompetenskrav för yrkesgruppen. Vidare framhöll utredningen att avsaknaden av differentiering av arbetsuppgifter mellan undersköterskor och vårdbiträden också kunde påverka verksamhetens kvalitet inom den kommunala verksamheten.

I betänkandet föreslås ett införande av skyddad yrkestitel för undersköterska. Förslaget innebär att den som har avlagt undersköterskeexamen eller har motsvarande kompetens efter ansökan till Socialstyrelsen ska få ett bevis om rätt att få använda yrkestiteln undersköterska. Vidare föreslås att endast den som har ett sådant bevis ska få använda yrkestiteln i yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, socialtjänstens område eller enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387), LSS. Reglerna ska enligt förslaget träda i kraft den 1 januari 2025. I betänkandet föreslås också övergångsbestämmelser. En av bestämmelserna innebär att en tidigare utbildning med inriktning mot vård och omsorg tillsammans med viss arbetslivserfarenhet skulle ge rätt till yrkestiteln. Utredningen föreslår också ett valideringsförfarande för att validera kompetens hos personal som inhämtat relevant kompetens genom till exempel arbetslivserfarenhet.

4.8.3 Den fortsatta beredningen

I den fortsatta beredningen av betänkandet (Reglering av undersköterskeyrket – kompetenskrav och övergångsbestämmelser, Ds 2020:15) har förslagen justerats och innebär i korthet att ett bevis om yrkestiteln undersköterska enbart får utfärdas till den som har en utbildning inriktad mot vård och omsorg från gymnasieskolan eller kommunal vuxenutbildning. Bevis får också utfärdas till en person som förvärvat motsvarande kompetens på annat sätt. Det har i lagförslaget inte angetts några krav på utbildningsinnehåll, godkända betyg och vad som är motsvarande kompetens. Detta förslås regleras närmare i förordning eller myndighetsföreskrift. De föreslagna lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2025.

I promemorian föreslås också ett antal övergångsbestämmelser. En av övergångsbestämmelserna innebär att den som redan har en tillsvidareanställning med yrkestiteln undersköterska när det nya regelverket träder i kraft får behålla sin yrkestitel under en övergångsperiod, trots att hen inte har fått något bevis om skyddad yrkestitel. Yrkestiteln får användas fram till och med den 31 december 2034. Därefter behöver personen ansöka om bevis för yrkestiteln i enlighet med huvudreglerna. En annan regel innebär att utbildning med inriktning mot vård och omsorg från gymnasieskolan eller kommunal vuxenutbildning enligt äldre bestämmelser ska ge rätt till yrkestiteln, förutsatt att ansökan om bevis görs senast den 31 december 2034. Enligt förslaget ska krav på innehåll och godkända betyg i sådan få beslutas i förordning eller myndighetsföreskrifter. Den tredje och sista bestämmelsen avser personer som är anställda som undersköterskor, men som inte uppfyller kraven på utbildning. Det kan handla om personer som genom lång och sammanhängande arbetslivserfarenhet har skaffat sig den kompetens som behövs för att få kunna arbeta som undersköterska. En sådan person kan beviljas bevis om att få använda yrkestiteln om hen varit verksam med yrkestiteln undersköterska i en omfattning som sammanlagt motsvarar heltid under fem år de senaste tio åren. Bestämmelsen förutsätter att personen ansöker om sitt bevis senast den 31 december 2026.

5 Rättsliga utgångpunkter

5.1 Rätten till hemtjänst

Den enskildes rätt till hemtjänst prövas enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL. I handläggningen av sådana ärenden ingår en ansökan från den enskilde samt en behovsbedömning och ett beslut från socialnämnden. Av 4 kap. 1 § SoL framgår att den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt. Genom biståndet ska den enskilde tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet ska utformas så att det stärker den enskildes möjligheter att leva ett självständigt liv.

Kommuner har också en möjlighet att utan någon föregående behovsbedömning tillhandahålla hemtjänstinsatser till äldre personer med stöd av 4 kap. 2 a § SoL. Ett sådant erbjudande måste dock föregås av en viss information till den äldre. Insatser som beviljats med stöd av 4 kap. 2 a § SoL ska följas upp av nämnden. Det huvudsakliga syftet med den här bestämmelsen är att öka den äldres självbestämmande och delaktighet samt att minska det administrativa arbetet som en behovsbedömning kan medföra.[1]

5.2 Hemtjänstinsatser

Enligt 5 kap. 4 § SoL ingår det i socialnämndens ansvar att verka för att äldre personer får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Socialnämnden ska därvid enligt 5 kap. 5 § SoL ge äldre, som behöver det, stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service. I denna bestämmelse understryks att insatsen är

[1] Prop. 2017/18:106 Om förenklat beslutfattande om hemtjänst för äldre, s. 16.

behovsrelaterad och att den ska vara lättåtkomlig. Syftet med hemtjänstinsatser är att underlätta och möjliggöra människors dagliga livsföring i det egna hemmet, och i många fall också möjliggöra kvarboendet i det egna hemmet. Det kan handla om att människor som på grund av sjukdom, psykiska och/eller sociala funktionsnedsättningar eller annan orsak behöver stöd och hjälp i den dagliga livsföringen.[2] Av 3 kap. 6 § SoL framgår bland annat att socialnämnden genom hemtjänst bör underlätta för den enskilde att bo hemma och ha kontakt med andra. Hemtjänsten bör också medverka till att den enskilde behåller sin intellektuella, emotionella och fysiska förmåga. Därigenom kan den som får hjälp leva ett aktivt liv.[3]

I förarbetena till den tidigare socialtjänstlagen betonas vikten av att de som arbetar inom hemtjänsten inte direkt ska ta över sysslor och åligganden från omsorgstagaren. Personalen ska utgå från vad den enskilde kan och inte från vad hen inte kan.[4] Detta synsätt vad gäller biståndets karaktär kommer också till uttryck i den så kallade portalparagrafen i socialtjänstlagen, 1 kap. 1 § SoL. Av bestämmelsen följer att socialtjänstens insatser ska inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och gruppers egna resurser. En annan viktig del av hemtjänsten är det sociala inslaget – att den äldre ska få stimulans genom umgänge med andra.[5]

Begreppet hemtjänst är inte närmare preciserat i lagtexten men i förarbetena framgår det vilka typer av insatser som ska ingå i hemtjänsten.[6] Hemtjänstens uppgifter delas upp i två olika kategorier, en med inriktning mot uppgifter av servicekaraktär och en mot personlig omvårdnad. Med serviceuppgifter avses bland annat praktisk hjälp med hemmets skötsel, såsom städning, tvätt, hjälp med inköp, ärenden på post och bank och hjälp med tillredning av måltider eller utdelning av färdiglagad mat. Av rättspraxis framgår att exempelvis hjälp med fönsterputsning och gardinuppsättning är att betrakta som hemtjänst i socialtjänstlagens mening.[7] Med personlig omvårdnad

[2] Prop. 1996/97:124. Ändring i socialtjänstlagen, s. 88.
[3] Prop. 2005/06:115. Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre, s. 84.
[4] Prop. 1979/80:1 del A. Om socialtjänsten, s. 287.
[5] Prop. 2005/06:115. Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre, s. 84.
[6] Prop. 1997/98:113. Nationell handlingsplan för äldrepolitiken, s. 121., prop. 1996/97:124. Ändring i socialtjänstlagen, s. 84 ff., Betänkande 1996/97:SoU18. Ändringar i socialtjänstlagen, s. 40 och jfr även prop. 1992/93:129. Om avgifter inom äldre och handikappomsorgen, s. 17 f.
[7] RÅ 2008 ref. 38.

avses de insatser som därutöver behövs för att tillgodose fysiska, psykiska och sociala behov. Det kan handla om hjälp för att kunna äta och dricka, klä sig, förflytta sig och sköta personlig hygien. Det kan också handla om insatser för att bryta isolering och för att kunna känna trygghet och säkerhet i det egna hemmet.[8] Till omvårdnadsinsatserna räknas sociala insatser såsom ledsagning, samtal med den enskilde, aktivering och hjälp med kontakt med närstående och serviceinrättningar.[9]

5.3 Genomförande av hemtjänstinsatser

5.3.1 Den äldres rätt till självbestämmande, delaktighet och inflytande

Socialtjänstlagen innehåller flera bestämmelser som handlar om den enskildes rätt till inflytande över hur hemtjänstinsatser ska genomföras. Av 3 kap. 5 § SoL framgår att socialnämndens insatser för den äldre personen ska utformas och genomföras tillsammans med hen. Av förarbetena till bestämmelsen framgår att socialtjänsten inte får vidta insatser ”över huvudet” på den enskilda personen.[10] Den enskilde ska ges ett reellt inflytande över insatsernas utformning. De bör planeras och genomföras i en förtroendefull samverkan med den enskilde.[11] Den enskilde har dock inte någon oinskränkt rätt att få som hen vill.[12] Beslut som avser verkställigheten av en insats går i regel inte att överklaga.[13]

I 5 kap. 4 § SoL finns bestämmelsen om en nationell värdegrund för äldreomsorgen, som innebär att socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att den äldre får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande samt att den enskildes rätt till delaktighet ska respekteras. Värdegrunden gäller för både offentlig och enskilt bedriven verksamhet inom äldreomsorgen.[14]

[8] Prop. 2005/06:115. Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre, s. 84.
[9] Ibid.
[10] Prop. 2009/10:116. Värdigt liv i äldreomsorgen, s. 28.
[11] Prop. 1996/97. Ändring i socialtjänstlagen, s. 53.
[12] JO beslut 2004-12-30, dnr 1838-2002.
[13] Se till exempel RÅ 2007 ref. 7.
[14] Prop. 2009/10:116. Värdigt liv i äldreomsorgen, s. 97.

Rätten till delaktighet innebär till exempel att socialtjänsten ska uppmärksamma vikten av samråd och samförstånd kring insatsernas utförande.[15] I 5 kap. 5 § tredje stycket SoL tydliggörs äldre personers rätt till inflytande över insatsernas utformning och genomförande. Av bestämmelsen följer att den äldre personen, så långt det är möjligt, ska kunna välja när och hur beslutade insatser i äldreomsorgen såsom stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges inom ramen för de beslutade insatserna.[16]

5.3.2 Hemtjänsten ska vara trygg, individanpassad och av god kvalitet

Enligt 3 kap. 3 § första stycket SoL ska insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet. Av bestämmelsens tredje stycke framgår att kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (ledningssystemsföreskriften) finns regler för hur verksamheterna ska arbeta för att säkra verksamhetens kvalitet. Med hjälp av processer och rutiner samt ett systematiskt förbättringsarbete ska verksamheten uppnå god kvalitet. Det systematiska förbättringsarbetet ska bestå av riskanalys, egenkontroll och hantering av avvikelser. Kravet på god kvalitet i 3 kap. 3 § SoL gäller såväl för privata som offentliga utförare av socialtjänst.[17] Detsamma gäller för ledningssystemsföreskriften.[18]

En av de viktigaste förutsättningarna för att uppnå god kvalitet i omsorgen om äldre är, enligt förarbetena, tillgången till personal med lämplig utbildning och kompetens samt ett tydligt ledarskap.[19] God kvalitet inom äldreomsorgen betyder också att insatserna ska utformas utifrån den enskildes individuella behov, förutsättningar och önskemål.[20] Personalen behöver därför ha god kännedom om personens vanor och omsorgs- och vårdbehov.[21] En annan viktig kvalitetsaspekt är en välfungerande samverkan inom socialtjänstens

[15] Prop. 2009/10:116. Värdigt liv i äldreomsorgen, s. 28.
[16] Prop. 2009/10:116. Värdigt liv i äldreomsorgen, s. 97.
[17] Prop. 2008/09:160. Samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten, s. 95.
[18] Se 2 kap. 1 § och 3 kap. 1–3 §§ SOSFS 2011:9.
[19] Prop. 1996/97:124. Ändring i socialtjänstlagen, s. 54.
[20] Prop. 1996/97:124. Ändring i socialtjänstlagen, s. 53.
[21] Prop. 2009/10:116. Värdigt liv i äldreomsorgen, s. 29.

olika verksamheter och tillsammans med andra verksamheter inom hälso- och sjukvården.

En central del av äldreomsorgen är att äldre personer känner sig trygga. Det betyder att de ska känna igen sig i den vardagliga situationen. Därför är det viktigt med kontinuitet och pålitlighet i hur omsorgen bedrivs. Trygghet kan också innebära att omsorgstagaren får information om förändringar och att denne ska kunna påverka förändringar så långt det är möjligt. Till strävan att skapa en känsla av trygghet hör också ett bemötande med respekt, hänsyn, lyhördhet och vänlighet.[22] Den enskildes behov av kontinuitet och trygghet ska, enligt förarbetena, lyftas fram före de behov som organisationer och administration kan ställa.[23]

5.3.3 Dokumentationsskyldigheten i SoL för utförare av hemtjänst

Grundläggande bestämmelser för vad som ska dokumenteras i socialtjänsten finns i 11 kap. 5 och 6 §§ SoL. Dokumentation ska enligt bestämmelsen omfatta beslut och åtgärder i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse. I 11 kap. 6 § SoL anges att dokumentationen ska utformas med respekt för den enskildes integritet. Dokumentationsskyldigheten i 11 kap. 5 och 6 §§ SoL gäller även i tillämpliga delar för privata utförare av hemtjänst. Det följer av 7 kap. 3 § SoL.

Hur en hemtjänstinsats ska genomföras i praktiken bör dokumenteras i den genomförandeplan som upprättas hos utföraren. Det framgår av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS.

5.3.4 Ansvar för uppföljning och kontroll

Som framgår ovan har såväl privata som offentliga utförare av hemtjänst en skyldighet att kontrollera och säkra kvaliteten i verksamheten. Det förutsätter att verksamheten följs upp.

[22] Prop. 2009/10:116. Värdigt liv i äldreomsorgen, s. 28 och 29.
[23] Prop. 1996/97:124. Ändring i socialtjänstlagen, s. 53.

En kommun har dock i egenskap av huvudman för socialtjänsten också en skyldighet att följa upp och kontrollera den verksamhet som utförs i privat regi. Det framgår av bestämmelserna i 10 kap. 8 § kommunallagen (2017:725), KL. Huvudmannaskapet innebär också en skyldighet att utforma förfrågningsunderlag och avtal på så sätt att verksamheten hos de privata utförarna kvalitetsmässigt bedrivs på den av kommunen önskade nivån och i enlighet med lagkrav som gäller för området.[24]

5.4 Om lämplig utbildning och erfarenhet i SoL

För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet, enligt 3 kap. 3 § andra stycket SoL. I förarbetena till bestämmelsen resonerar regeringen närmare kring begreppen lämplig utbildning och erfarenhet. Begreppen syftar inte bara på formell behörighet utan hänvisar också till ord som kvalifikation, kunskap, erfarenhet, förmåga, lärande och färdighet.[25] Regeringen menar att kompetens- och kunskapsutveckling måste ske i verksamheterna och vara en integrerad del i en ständigt pågående underhålls- och förnyelseprocess och att samhällets utbildningssystem lägger grunden för den långsiktiga kompetens- och kunskapsutvecklingen. Inriktning och kvalitet på grund- och vidareutbildningar spelar därmed en betydande roll även för senare satsningar på intern kompetensutbildning.[26]

Till stöd för tillämpningen har Socialstyrelsen tagit fram allmänna råd om vilka kunskaper som personalen som arbetar inom omsorgen om äldre bör ha.[27]

5.5 Patientsäkerhet

Patientsäkerhet definieras i patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, som ”skydd mot vårdskada” (1 kap. 6 § PSL). Patientsäkerhet handlar alltså om att patienter inte ska skadas i samband med hälso- och sjukvårdande åtgärder, eller på grund av att vården inte genomför de

[24] Prop. 2013/14:118. Privata utförare av kommunal verksamhet, s. 38.
[25] Prop. 1996/97:124 Ändring i socialtjänstlagen, s. 48.
[26] Ibid.
[27] Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre.

åtgärder som är motiverade med hänsyn till patientens tillstånd. Inom äldreomsorgen kan det handla om att förebygga och minska risker för skador som är relaterade till fallolyckor, undernäring, depression, trycksår och hantering av läkemedel.

Enligt PSL omfattas hälso- och sjukvårdspersonalen av ett antal skyldigheter av betydelse för patientsäkerheten. All hälso- och sjukvårdspersonal ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och är skyldiga att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls (6 kap. 1 § PSL). Personalen ska till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada (6 kap. 4 § PSL). I patientsäkerhetslagen anges också vem som anses vara hälso- och sjukvårdspersonal (1 kap. 4 §). Viss otydlighet råder om huruvida hemtjänstpersonal som utför hälso- och sjukvårdsåtgärder är att anses som hälso- och sjukvårdspersonal i PSL:s mening, och om hemtjänstpersonal därmed omfattas av de skyldigheter som anges ovan. I betänkande Stärkt kompetens i vård och omsorg (SOU 2019:20) behandlas frågan.[28] Utredningen menar att en del av förarbetena talar för att hemtjänstpersonalen under vissa omständigheter kan anses utgöra hälso- och sjukvårdspersonal, men att viss osäkerhet råder. Utredningen avslutar sitt resonemang med att konstatera att Inspektionen för vård och omsorg (IVO) anser att personalen omfattas av hälso- och sjukvårdspersonalbegreppet när de utför hälso- och sjukvårdsåtgärder.

[28] SOU 2019:20. Stärkt kompetens i vård och omsorg, s. 58.

6 Sammanfattande analys och bedömningar

Utgångspunkterna för bedömningarna och ställningstagandena nedan är kartläggningen i kommunerna, intervjuer med omsorgstagare, anhöriga, närstående (kapitel 3) och andra informanter. Vetenskaplig litteratur, rapporter från myndigheter och organisationer samt andra utredningar (kapitel 4) har också legat till grund för utredningens bedömningar. I direktiven (bilaga 1) anges att utredningen ska ge förslag på författningsändringar om fast omsorgskontakt, vilka återfinns i avsnittet Överväganden och förslag (kapitel 7).

6.1 Kan fast omsorgskontakt bidra till bättre kontinuitet, delaktighet, trygghet?

Av utredningsdirektivet framgår att utredningen ska bedöma om en fast omsorgskontakt kan bidra till bättre personalkontinuitet och omsorgskontinuitet i såväl privat som offentlig regi. Utredningen ska också bedöma om det finns skillnader mellan privata och offentliga utförare vad gäller personalkontinuitet. Därutöver ska utredningen ange förutsättningar för den fasta omsorgskontaktens arbete. Målsättningen är att arbetet ska öka delaktigheten för omsorgstagaren och skapa trygghet för såväl omsorgstagare som anhöriga. Arbetet ska också leda till minskad administration för socialtjänsten och hemtjänstverksamheten i både offentlig och privat regi.

6.1.1 Grundförutsättningar för personalkontinuitet

Av avsnitt 4.4.3 följer att det inte finns något samband mellan personalkontinuitet och andelen omsorgstagare med fast omsorgskontakt. Bristen på samband beror sannolikt på att dagens omsorgsskap varierar mellan kommunerna vad gäller både uppgifter och rollens utformning. Den bilden framgår också av utredningens kartläggning (kapitel 3). Utredningen bedömer dock att den fasta omsorgskontaktens arbete kan bidra till förbättrad personalkontinuitet i hemtjänsten, under vissa förutsättningar. Det gäller såväl i privat regi som i offentlig. Inledningsvis behövs, enligt utredningen, ett antal grundförutsättningar som handlar om hur hemtjänstverksamheten organiseras och bemannas. De är följande:

- Verksamheten behöver vila på en gemensam grundsyn om att arbetet ska organiseras runt omsorgstagarens behov och att hen ska vara i delaktig i omsorgen.
- Den fasta omsorgskontakten behöver arbeta i små arbetslag kopplade till geografiskt avgränsade områden.
- Schemaläggning, planering och organisering behöver ha målsättningen att åstadkomma en god personalkontinuitet.

Utöver de ovan angivna grundförutsättningarna kan heltidsarbete och fasta anställningar för omsorgspersonalen antas gynna personalkontinuiteten.

6.1.2 Fast omsorgskontakt kan bidra till bättre kontinuitet, delaktighet och trygghet

Ovan anges grundförutsättningar för en god personalkontinuitet. Ytterligare kontinuitetsvinster, såväl personalkontinuitet som omsorgs- och tidskontinuitet, kan uppnås genom införandet av en fast omsorgskontakt, under vissa förutsättningar. Under vissa förutsättningar kan också omsorgstagarens delaktighet och trygghet öka. De förutsättningarna bedömer utredningen vara följande:

- Den fasta omsorgskontaktens roll behöver tydliggöras och stärkas. Det kan handla om att upprätta rutiner med arbetsuppgifter och tydliga mandat för omsorgskontakten.

- Den fasta omsorgskontakten behöver utses och kommuniceras till såväl omsorgstagare som anhöriga och närstående (med beaktande av reglerna om tystnadsplikt och sekretess).
- Verksamheten planeras med målsättningen att omsorgskontakten ska utföra omsorgsarbetet i så stor utsträckning som möjligt hos ”sina” omsorgstagare, med hänsyn till schemaläggning och bemanning. Det förutsätter att en betydande andel av omsorgspersonalen i verksamheterna behöver arbeta som omsorgskontakt.
- Den fasta omsorgskontakten behöver etablera en nära och tillitsfull relation till omsorgstagaren och på så sätt erhålla god personkännedom och en helhetsbild av omsorgstagarens situation. En god relation till anhöriga och närstående är också viktig, i synnerhet om omsorgstagaren har nedsatt kognitiv förmåga. Anhöriga eller närstående kan i sådana fall spela en viktig roll i att bidra med personkännedom om den äldre.
- Den fasta omsorgskontakten behöver flexibilitet och handlingsutrymme i schemat för att kunna anpassa arbetet utifrån omsorgstagarens behov.
- Den fasta omsorgskontakten behöver stöd från närmaste chef, tid för tvärprofessionella möten och reflektion.
- Den fasta omsorgskontakten har relevant utbildning och erfarenhet samt möjlighet till kompetensutveckling.
- Det finns en vice omsorgskontakt eller motsvarande som kan ersätta den ordinarie när hen är borta.
- Antalet omsorgstagare som omsorgskontakten ansvarar för behöver avgöras utifrån en individuell bedömning med hänsyn till att förutsättningarna för ett gott omsorgsskap går att uppfylla. Antalet varierar bland annat beroende på omsorgstagarnas behov och omsorgskontaktens sysselsättningsgrad.

6.1.3 Andra fördelar med fast omsorgskontakt

- En utpekad fast omsorgskontakt blir en tydlig väg in för omsorgstagare, anhöriga och närstående samt andra yrkesgrupper.

- Samordningsvinster: Med den goda personkännedomen får den fasta omsorgskontakten goda förutsättningar för att informera och samverka med anhöriga och närstående, arbetslaget i hemtjänsten och andra aktuella yrkesgrupper. Den goda personkännedomen kan exempelvis komma till nytta i kontakten med sjuksköterskor och vid dialogen med biståndshandläggare. En god dialog med sjuksköterskor och biståndshandläggare bygger på att det finns förtroende och respekt för varandras kunskap och kompetens.
- Med en god personkännedom kan omsorgen bli individuellt anpassad till omsorgstagarens behov och önskemål. Det ger också bättre förutsättningar att följa omsorgstagarens hälso- och funktionstillstånd och arbeta förebyggande och bevarande.
- Personalen växer med uppgiften och det bidrar till ökad arbetsglädje i arbetet. Det kan i sin tur bidra till att minska sjuktalen och öka attraktiviteten i yrket.

6.1.4 Personalkontinuitet i privat respektive offentlig regi

Utredningens bedömning är att det i nuläget inte finns något samband mellan regiform och personalkontinuitet. Däremot verkar det finnas ett samband mellan storleken på utförare och deras möjligheter att åstadkomma god personalkontinuitet. Det kan gynna privata utförare eftersom de till skillnad från kommunala utförare kan ange ett kapacitetstak för sin verksamhet. Privata utförare kan också välja i vilket geografiskt område de vill vara verksamma i (avsnitt 4.4.2).

6.1.5 Minskad administration

Införandet av fast omsorgskontakt, med förutsättningarna som beskrivs ovan, innebär att man får en god personkännedom om sina omsorgstagare. Omsorgskontaktens kunskap om den äldre kan, om den nyttjas av andra yrkesgrupper leda till effektivitetsvinster och bidra till minskad administration. Ett välutvecklat omsorgsskap kan också skapa förtroende mellan den myndighetsutövande verksamheten och utförarsidan, som i sin tur kan leda till en mindre detaljerad styrning och administration. Fokus kan i förläggningen skifta

från att handla om detaljerade beslut och beställningar till omsorgens kvalitet.

6.2 Fyra modeller för organisering av fast omsorgskontakt

Med utgångspunkt i utredningens kartläggning (kapitel 3) kan fyra modeller skönjas av hur hemtjänstverksamheterna arbetar i dag med fast omsorgskontakt. Beroende på hur verksamheterna har organiserat arbetet har man lyckats olika väl med att åstadkomma en personalkontinuitet och andra fördelar som arbetet med fast omsorgskontakt innebär.

6.2.1 Fast omsorgskontakt som en del av ett tvärprofessionellt team

I en av kommunerna som ingår i kartläggningen finns små tvärprofessionella team där fast omsorgskontakt, legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, biståndshandläggare och enhetschefer arbetar tillsammans i geografiskt avgränsade områden. I arbetet ingår att ha omsorgstagarens behov i fokus och att kontinuerligt förbättra personalkontinuiteten både inom vården och omsorgen. Omsorgskontakten går ofta till sin omsorgstagare och ansvarar för hur och när insatserna genomförs. Kontinuerlig kompetensutveckling samt erfarenhets- och informationsutbyte sker fortlöpande mellan de olika yrkesgrupperna under arbetets gång.

6.2.2 Omsorgskontakt med koppling till personalkontinuitet

I kommunerna är hemtjänstinsatserna organiserade med fokus på omsorgstagarnas behov och med siktet på att förbättra personalkontinuiteten. Små arbetslag arbetar i avgränsade geografiska områden. Omsorgskontakten går ofta till sin omsorgstagare och är huvudansvarig för hur och när insatserna genomförs. Personalkontinuiteten är kopplad till omsorgskontaktens roll och arbete.

6.2.3 Omsorgskontakt utan tydlig koppling till personalkontinuitet

Kommunerna har omsorgskontakter där rollen i huvudsak handlar om att vara kontaktperson till anhöriga och andra yrkesgrupper. Omsorgskontakten behöver inte vara den person som går ofta till sin omsorgstagare, utan omsorgskontakten ansvarar för att upprätta genomförandeplanen och att följa upp hur det går för omsorgstagaren. I de kommunerna hänger inte rollen som omsorgskontakt ihop med personalkontinuiteten delvis på grund av att förutsättningarna inte finns. Personalstyrkan behöver inte vara organiserad i mindre arbetslag kopplade till ett geografiskt område och det saknas en uttalad strävan att omsorgskontakten ska ha huvudansvaret för insatserna. Fokus tenderar även att ligga på personalen och effektivitet.

6.2.4 Omsorgskontakt saknas

Det finns exempel på kommuner där varken personal eller omsorgstagare har kännedom om vem den utpekade omsorgskontakten är. I de fallen finns informella omsorgskontakter. Det innebär att personalen har omsorgstagare de går oftare till och som de känner bättre än andra. Däremot är mandat och uppgifter inte tydliggjorda.

För- och nackdelar med de olika modellerna

Med de två första modellerna finns det bättre förutsättningar att åstadkomma god personalkontinuitet eftersom små arbetslag arbetar i avgränsade geografiska områden. Planering och schemaläggning utgår från att omsorgskontakten går ofta till sina omsorgstagare. Det finns alltså en koppling mellan personalkontinuitet och den fasta omsorgskontaktens roll. Andra fördelar med arbetssättet är att den fasta omsorgskontakten får en god personkännedom om sin omsorgstagare. Det ger bättre förutsättningar för en individanpassad omsorg, att arbeta vardagsrehabiliterande, och att notera förändringar i hälso- och funktionstillståndet hos omsorgstagaren.

I modellen där den fasta omsorgskontakten arbetar i tvärprofessionella team åstadkommer man dessutom en bättre personalkon-

tinuitet i hela vård- och omsorgskedjan. Det tvärprofessionella arbetet medför också ett helhetsperspektiv där omsorgstagarnas behov av såväl omsorg som vård kan tillgodoses i större utsträckning. Kontinuerlig kontakt och informationsutbyte mellan de olika yrkesgrupperna ger bättre förutsättningar för att samordna omsorgstagarens vård och omsorg.

I den tredje modellen finns det ingen tydlig koppling mellan personalkontinuitet och den fasta omsorgskontaktens roll. När den fasta omsorgskontakten inte går ofta till sina omsorgstagare uteblir mervärdet av den trygga och tillitsfulla relation som ingår i omsorgsskapet.

Den sista modellen, så kallade informella omsorgskontakter, innebär att det saknas utpekade omsorgskontakter med tydliga uppgifter och mandat. Avsaknaden av en utpekad omsorgskontakt innebär i praktiken att det kan uppstå oklarheter för såväl omsorgstagare som anhöriga och personal. Den personal som går ofta till sina omsorgstagare kan få god personkännedom om dem, men utan en tydlig beskrivning av omsorgsskapet finns risk för att ingen tar helhetsansvaret för omsorgstagaren. Därutöver finns risk för att samordningsvinster kopplade till omsorgsskapet går förlorade. Om omsorgsskapet ska fungera behövs en tydlig vision om vad det innebär och att hela organisationen arbetar mot samma mål.

6.3 Den fasta omsorgskontaktens arbetsuppgifter

I utredningsdirektiven (bilaga 1) anges att utredningen ska bedöma och föreslå vilka arbetsuppgifter som bör ingå i den fasta omsorgskontaktens arbete.

Utifrån utredningens kartläggning (kapitel 3), relevant litteratur i ämnet (kapitel 4), och de ovan angivna förutsättningarna (avsnitt 6.1.2) bedömer utredningen att följande centrala uppgifter behöver ingå i den fasta omsorgskontaktens roll.

- Planera och följa upp omsorgen
  - Planera kan till exempel handla om att upprätta och revidera genomförandeplanen tillsammans med omsorgstagaren och vid behov med närstående eller anhörig (med beaktande av reglerna om tystnadsplikt och sekretess). Det kan också handla

om att ha en dialog om hur omsorgsskapet ska fungera. I planeringen kan också ett första uppstartsmöte med omsorgstagaren ingå.

– Följa upp kan till exempel handla om att prata med omsorgstagaren om hur hen upplever omsorgsinsatserna och om de motsvarar behoven och önskemålen hos omsorgstagaren. Vid behov kan närstående eller anhöriga delta i uppföljningen (med beaktande av reglerna om tystnadsplikt och sekretess). Det handlar också om att vara uppmärksam på förändringar hos omsorgstagarens hälso- och funktionstillstånd.

- Genomföra omsorgsarbete
  - Det handlar om att utföra beviljade hemtjänstinsatser, vilket innefattar serviceinsatser och personlig omvårdnad.
  - Vid behov föra social dokumentation.[1]
- Genomföra medicinska uppgifter efter anvisning eller delegering från hälso- och sjukvården
  - Det kan handla om läkemedelshantering, sårvård, provtagning och rehabiliterande uppgifter.
- Vara ”spindeln i nätet”
  - Det kan handla om att informera och samverka med anhöriga och närstående, arbetslaget i hemtjänsten och andra aktuella yrkesgrupper som är delaktiga i den äldres vård och omsorg, exempelvis legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal hos kommunen, regionen och privata vårdgivare (med beaktande av reglerna om sekretess- och tystnadsplikt).
  - Det kan handla om att delta i uppföljningsmöten med biståndshandläggare, den samordnande individuella planeringen (SIP-möten) eller andra tvärprofessionella möten. Det förutsätter att omsorgstagaren samtycker till ett sådant deltagande.

Av utredningens kartläggning (kapitel 3) framkommer att i vissa verksamheter arbetar den fasta omsorgskontakten enbart med uppgifterna som beskrivs i den första och fjärde punkten. För att uppnå

[1] Social dokumentation handlar om sådan dokumentation som verksamheterna är ålagda att föra enligt 11 kap. 5 och 6 §§ och 7 kap. 3 § SoL.

god personalkontinuitet, trygghet, individanpassad omsorg, delaktighet och god samordning behöver den fasta omsorgskontakten i stor utsträckning arbeta med uppgifterna i andra och tredje punkten. Således kommer större delen av arbetstiden handla om att utföra omsorgsarbete och medicinska uppgifter efter anvisning eller delegering från hälso- och sjukvården.[2] För att utföra uppgifterna på ett tryggt och säkert sätt bedömer utredningen att den fasta omsorgskontakten behöver de kompetenser som beskrivs nedan (avsnitt 6.4).

6.4 Vilken kompetens behöver den fasta omsorgskontakten?

Enligt direktivet (bilaga 1) ska utredningen bedöma vilken kompetens som den fasta omsorgskontakten behöver för att kunna utföra sina arbetsuppgifter på ett betryggande sätt. Viktiga utgångpunkter för utredningens kompetensbedömning är den fasta omsorgskontaktens förutsättningar och arbetsuppgifter som beskrivits ovan. Bedömningen grundar sig också på omsorgstagarnas och anhörigas behov och utmaningar i hemtjänstverksamheten som beskrivs i kapitel 4.

Utredningen bedömer att den fasta omsorgskontakten behöver ha kompetens inom följande områden:

- *Bedömningsförmåga*, avser till exempel att bedöma förändringar i hälso- och funktionstillståndet och anpassa insatserna därefter samt att veta när andra yrkesgrupper behöver kopplas in.
- *Omsorgskunskap*, avser hur omsorgen ska ges och utformas utifrån omsorgstagarens individuella och föränderliga behov. Det omfattar personlig omvårdnad och service. I det ingår också att ha kunskap om hur funktionstillståndet kan bevaras eller förbättras och hur man kan tillvarata omsorgstagarens egna förmågor.
- *Medicinska kunskaper*, avser kunskap om sjukdomar och diagnoser samt kompetens för att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter efter anvisning eller delegering från hälso- och sjukvården. Det kan till exempel handla om läkemedelshantering, såromläggning och provtagning.

[2] Enligt SOU 2019:20 består huvuddelen av undersköterskors uppgifter i äldreomsorgen av hälso- och sjukvårdsuppgifter och personlig omvårdnad.

- *Basal hygien,* omfattar allt från basal hygien i omsorgssituationer till att ha kunskap om hur man begränsar smitta.
- *Bemötande och kommunikation,* avser förmågan att kunna bemöta omsorgstagaren med respekt och empati. Det handlar också om att vara lyhörd för omsorgstagarens behov och respektera hens integritet. Ett bra bemötande handlar också om att anpassa kommunikationen till omsorgstagare, anhöriga och närstående utifrån deras behov och förutsättningar.
- *Dokumentationskunskap,* handlar till exempel om att kunna dokumentera inom ramen för planering, genomförande och uppföljning av insatserna.
- *Samordning och samverkan*, handlar om förmågan att kunna samverka med andra yrkesgrupper och stödja ett teamarbete. Det förutsätter god organisationskunskap.
- *Språkkunskaper,* handlar om att kunna tala, läsa, skriva och förstå det svenska språket som hör till arbetet.
- *Teknik i vardagen,* handlar om kunskap om tekniska lösningar och hur de kan användas på ett adekvat sätt i omsorgsarbetet.

Utredningen bedömer att den fasta omsorgskontakten behöver ha de angivna kompetenserna för att kunna utföra sina arbetsuppgifter på ett tryggt och patientsäkert sätt. Det gäller särskilt mot bakgrund av omsorgstagarnas komplexa och sammansatta behov samt att omsorgsarbetet i hög grad utförs på egen hand och under tidspress.

Om den fasta omsorgskontakten har bristande kompetens finns risk för att äldre personer utsätts för skador, olyckor, missförhållanden, otrygghet och sämre livskvalitet. Det kan också medföra sämre förutsättningar för omsorgskontakten att bevara och förbättra omsorgstagarens hälso- och funktionstillstånd.

Kompetensområdena ovan motsvarar en undersköterskas kompetens i enlighet med tidigare utredningar och riktlinjer (avsnitt 4.6). Utredningen har valt att ställa krav om att den fasta omsorgskontakten ska inneha yrkestiteln undersköterska (se vidare kapitel 7 – Överväganden och förslag).

6.5 Lagförslaget och andra grupper

Utredningsdirektiven (bilaga 1) är avgränsade till att gälla äldre personer med hemtjänst. Direktiven omfattar inte särskilda boenden varför förslagen endast gäller hemtjänsten. Synpunkter har inkommit under utredningsarbetet gällande vikten av att omsorgsskapet också fungerar väl på särskilda boenden. För en omsorgstagare som har haft en omsorgskontakt i hemtjänsten är det viktigt att omsorgsskapet fortsatt fungerar väl efter en flytt till ett särskilt boende.

Utredningens förslag är även avgränsade till att gälla för *äldre* med hemtjänst och kan därmed inte omfatta samtliga personer som har beviljats hemtjänst, oavsett ålder. Under kartläggningen och i samband med beredningen av förslagen har det vid återkommande tillfällen framhållits att en reglering om fast omsorgskontakt bör omfatta samtliga personer med hemtjänst. Det bör inte vara omsorgstagarens ålder som styr behovet av en fast omsorgskontakt, utan huruvida omsorgstagarens hälso- och funktionstillståndet kräver en sådan.

Cirka 16 000 personer, i åldersgruppen yngre än 65 år hade 2018 hemtjänst. Därtill hade knappt 25 000 personer i samma åldersgrupp boendestöd under samma år[3]. Det kan sättas i relation till antal äldre med hemtjänst under 2018 som var 169 000[4].

[3] Socialstyrelsen (2020). Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2020.
[4] Socialstyrelsen (2019). Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2018.

7 Överväganden och förslag

Enligt utredningsdirektiven (bilaga 1) ska utredningen lämna förslag på hur en fast omsorgskontakt kan införas i hemtjänsten, både för verksamheter i privat och i offentlig regi.

Syftet med att införa en fast omsorgskontakt, enligt utredningsdirektiven, är att öka delaktigheten och självbestämmande för äldre personer som har hemtjänst och att öka tryggheten både för de äldre och deras anhöriga.

Ett annat syfte är att den fasta omsorgskontakten ska bidra till att hjälpen och stödet bättre anpassas till den äldres behov, förutsättningar och önskemål.

Utredningen ska också bedöma om en fast omsorgskontakt kan bidra till bättre personalkontinuitet i hemtjänsten så att en äldre person i största möjliga mån får omsorg av samma personal som hen har förtroende för och att insatserna utförs på liknande sätt, oavsett vem i personalgruppen som utför dem.

7.1 Behovet av reglering

Utredningen bedömer att det finns ett behov av att i lag införa ett krav om fast omsorgskontakt. De huvudsakliga skälen är följande.

Den fasta omsorgskontaktens arbete kan, under vissa förutsättningar (avsnitt 6.1.1, 6.1.2), bidra till en bättre personalkontinuitet, en ökad trygghet, delaktighet och inflytande för omsorgstagaren och en mer individanpassad omsorg. Ett välfungerande omsorgsskap kan också medföra fördelar för anhöriga och personalen (kapitel 6).

Det framgår också av utredningens kartläggning (kapitel 3) att arbetet med den fasta omsorgskontakten varierar i stor utsträckning mellan de olika utförarna, särskilt i fråga om rollens kompetens, utformning och arbetssätt. En reglering kan verka för en mer enhet-

lig tillämpning av funktionen i hela landet samt utgöra ett tydligt mandat för hemtjänstutförare att utveckla rollen med fast omsorgskontakt.

Mot bakgrund av att allt fler sjuka omsorgstagare snabbare skrivs ut från sjukhuset och bor hemma längre är det angeläget med en reglering om fast omsorgskontakt. Omsorgstagare med komplexa behov har särskilt stort behov av kontinuitet, samordning och hjälp med att strukturera vardagen. Det här en situation som kan antas kvarstå över överskådlig tid.

Utredningen bedömer att så kallade informella omsorgskontakter (avsnitt 6.2.4) inom hemtjänsten inte är tillräckligt. När det inte finns en utpekad namngiven omsorgskontakt med tydliga uppgifter och mandat uppstår det osäkerheter för såväl omsorgstagare, som anhöriga och personal.

Utredningen har bedömt att den fasta omsorgskontaktens roll behöver fyllas med innehåll, för att den ska få de effekter som avses i direktiven (kapitel 6). Det handlar till exempel om att omsorgen organiseras med målet att skapa en bättre kontinuitet och ökad trygghet för omsorgstagaren samt att omsorgskontakten har den kompetens och färdigheter som behövs för att kunna utföra sitt arbete på ett tryggt och säkert sätt.

Det är således utredningens bedömning att en reglering om fast omsorgskontakt bör innefatta en beskrivning av syftet med den fasta omsorgskontakten och ett kompetenskrav, för att inte riskera att rollen blir en ”pappersprodukt”.

7.2 Skyldighet att erbjuda en fast omsorgskontakt införs i lag

Utredningens förslag: Äldre personer som har beviljats hemtjänst ska erbjudas en fast omsorgskontakt, för att tillgodose dennes behov av kontinuitet, trygghet, individanpassad omsorg och samordning, om det inte bedöms vara uppenbart obehövligt. Lagförslaget ska träda i kraft den 1 januari 2022.

7.2.1 Den som ska få en fast omsorgskontakt

Enligt utredningens förslag ska en fast omsorgskontakt erbjudas äldre som har beviljats hemtjänst med stöd av 4 kap. 1 och 2 a §§ socialtjänstlagen (2001:453), SoL, om det inte bedöms vara uppenbart obehövligt. Uppenbarhetsrekvisitet har införts för att understryka att restriktivitet ska råda vid tillämpningen av undantagsbestämmelsen. Det beror på att utredningen bedömer att en betydande andel av omsorgstagarna kommer att behöva en fast omsorgskontakt, sett till gruppens hälso- och funktionstillstånd.

Exempel på omsorgstagare som kan komma att omfattas av undantagsbestämmelsen är de med enstaka eller få insatser. Det kan handla om omsorgstagare som har trygghetslarm, matdistribution eller hjälp med städning och inköp. Emellertid behöver det inte vara typen av eller antalet insatser som avgör om en omsorgskontakt behöver erbjudas eller inte. Det finns omsorgstagare med begränsat antal insatser som kan behöva stöd med att planera och strukturera vardagen och ha behov av att samordna kontakter till andra yrkesgrupper och myndigheter. Även omsorgstagare med begränsade sociala nätverk och måttliga kognitiva nedsättningar utan ett stort behov av hemtjänstinsatser kan behöva en omsorgskontakt. Den äldres egen syn på behovet behöver också beaktas i bedömningen. Det viktiga är att det görs en bedömning i varje enskilt fall, utifrån omsorgstagarens behov, begränsningar och andra förutsättningar, sett till syftet med den fasta omsorgskontakten. Omsorgstagaren har ingen oinskränkt rätt att få som hen vill inom ramen för verkställigheten (kapitel 5). Beslut som avser verkställigheten av en insats är i regel inte överklagbara.[1] Vid tillämpningen av bestämmelsen bör dock omsorgstagaren endast i undantagsfall inte få erbjudandet om en fast omsorgskontakt när hen bedömer att det behövs en sådan.

Äldre som beviljats hemtjänst med stöd av 4 kap. 2 a § SoL ska omfattas

Utredningen bedömer att äldre personer som beviljas hemtjänst utan föregående behovsprövning med stöd av 4 kap. 2 a § SoL, också ska omfattas av lagförslaget. Bestämmelsen i 4 kap. 2 a § SoL innebär inte någon avgränsning avseende vilka hemtjänstinsatser som kan

[1] Se till exempel RÅ 2007 ref. 7.

beviljas eller i vilken omfattning. Inte heller görs någon uttrycklig avgränsning i förhållande till vilken målgrupp som kan bli aktuell för hemtjänster enligt det aktuella lagrummet, även om bestämmelsen i 4 kap. 2 a § SoL i första hand är avsedd för äldre med mindre komplexa behov. Det kan således finnas äldre i den målgrupp som beviljats hemtjänst med stöd av 4 kap. 2 a § SoL som behöver en fast omsorgskontakt.

Utredningens bedömning är att administrationen i samband med biståndshandläggningen inte kommer att öka genom att låta målgruppen för 4 kap. 2 a § SoL omfattas av lagförslaget. Regleringen om fast omsorgskontakt kommer i första hand påverka hur utförare inom hemtjänsten organiserar sin verksamhet samt hur det individuella stödet och hjälpen ska utformas för omsorgstagaren (jfr 5 kap. 5 § SoL) inom ramen för verkställigheten. Ytterligare en intention med bestämmelsen i 4 kap. 2 a § SoL är att kommunerna ska få mer resurser till uppföljning av insatser inom ramen för verkställigheten och att den äldre i större utsträckning ska få inflytande över när och hur insatserna verkställs. En fast omsorgskontakt kan enligt utredningen bidra till det arbetet och den utvecklingen.

7.2.2 Skyldigheten formuleras som ett erbjudande

Enligt den föreslagna bestämmelsen ska äldre personer som har beviljats hemtjänst *erbjudas* en fast omsorgskontakt. Utredningen har valt att reglera skyldigheten som ett *erbjudande*, mot bakgrund av bestämmelserna om självbestämmande och delaktighet i SoL. Omsorgstagaren ges då möjlighet att ta ställning till om hen vill ha en fast omsorgskontakt eller inte. Det bör dock i sammanhanget understrykas att även om omsorgstagaren motsätter sig en fast omsorgskontakt har hen inte någon oinskränkt rätt att, enligt SoL, styra över hur omsorgen ska utformas.

Utredningen är medveten om att omsorgstagare med hemtjänst inte alltid har förmåga att ta till sig information eller på ett enkelt och tydligt sätt ge uttryck för sin vilja. Det förekommer också att omsorgstagare tackar nej till erbjudande från hemtjänsten även när det finns behov. Det är därför viktigt att erbjudandet om den fasta omsorgskontakten utformas och framförs på ett sätt som är anpassat efter omsorgstagarens förmågor och förutsättningar. För personer

med kognitiva nedsättningar kan det handla om att använda sig av alternativa vägar för kommunikation, låta processen ta tid och återkomma till frågan vid flera tillfällen. Socialstyrelsen har tagit fram ett kunskapsstöd som handlar om hur man kan stödja äldre att ta till sig information och uttrycka sin vilja.[2] Kunskapsstödet kan eventuellt också användas i den här processen.

Den fasta omsorgskontakten - en del av den verkställande verksamheten

Lagförslaget om införande av fast omsorgskontakt handlar om hur hemtjänsten kan utforma sin verksamhet i syfte att förbättra kvaliteten i hemtjänsten. Det handlar om hur hemtjänsten, det individuella stödet och hjälpen kan utformas genom en fast omsorgskontakt. Avsikten är att den fasta omsorgskontakten ska utgöra en del av den verksamhet som verkställer den äldres hemtjänstinsatser. En fast omsorgskontakt ska således inte erbjudas inom ramen för biståndshandläggningen.

Hur arbetet med den fasta omsorgskontakten ska bedrivas i praktiken får socialnämnden beskriva närmare i riktlinjer, rutiner eller andra styrdokument. Uppföljning och säkerställande av kvalitet i den egna verksamheten får bland annat ske med stöd av bestämmelserna i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Socialnämnden har i egenskap av huvudman för socialtjänsten en skyldighet att säkerställa att äldre som får hemtjänst i privat regi erbjuds en fast omsorgskontakt i enlighet med de föreslagna kraven. Skyldigheten att erbjuda en fast omsorgskontakt behöver därför ingå i de avtal som socialnämnden sluter med privata utförare av hemtjänst.[3] Kommunen har en skyldighet att kontrollera och följa upp att verksamhet som bedrivs av privata utförare följer de regler som gäller för socialtjänstens verksamhet samt de krav som upp-ställts i avtal med den privata utföraren.[4]

Den dokumentation som behöver föras i verkställigheten med anledning av den förslagna bestämmelsen om fast omsorgskontakt

[2] https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/funktionshinder/stodja-vuxna-personers-vilja/for-basta-tillgangliga-vilja/ Nedladdad 2020-09-29.
[3] Jfr prop. 2013/14:118. Privata utförare av kommunal verksamhet, s. 38.
[4] 10 kap. 8 § kommunallagen (2017:725) och prop. 2013/14:118. Privata utförare av kommunal verksamhet, s. 38.

kan göras med stöd av bestämmelserna i 11 kap. 5 och 6 §§ SoL. Ytterligare bestämmelser om dokumentation för hemtjänstutförare finns också i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS (kapitel 5). Det kan till exempel handla om att i dokumentationen ange vem som har utsetts som den äldres fasta omsorgskontakt eller om den äldre tackat nej till erbjudande om fast omsorgskontakt.

Att utse den fasta omsorgskontakten

När den äldre personen tackat ja till erbjudandet om fast omsorgskontakt behöver en sådan utses. Lagförslaget innehåller inte någon närmare beskrivning av hur den fasta omsorgskontakten ska utses. Hemtjänstutföraren, torde i praktiken, med tanke på deras närhet till omsorgstagarna, ha bäst förutsättningar att hitta den mest lämpade omsorgskontakten för omsorgstagaren. Utredningens kartläggning visar att hur och när en omsorgskontakt väljs kan se olika ut. I vissa verksamheter utses den fasta omsorgskontakten i ett tidigt skede i processen, redan i samband med omsorgstagarens första planeringsmöte med hemtjänsten. Fördelen med det är att omsorgstagaren tidigt får möjlighet att knyta an och bygga en relation till sin fasta omsorgskontakt. I andra verksamheter tar man längre tid på sig. Tiden används för att matcha omsorgskontakten med omsorgstagaren med hänsyn till personalens arbetsschema och kompetens samt egenskaper hos respektive part.

Oavsett hur och när en fast omsorgskontakt väljs är det viktigt att omsorgstagaren känner sig trygg med sin kontakt och att det finns möjlighet att byta omsorgskontakt om relationen inte fungerar, med hänsyn till bestämmelserna om delaktighet och inflytande i SoL (kapitel 5).

Lagförslaget förutsätter att den fasta omsorgskontakten ska vara en för den äldre personen utpekad person. Den äldre, men också anhöriga och närstående samt andra yrkesgrupper, behöver veta vem i personalgruppen de ska kontakta om det uppstår frågor kring omsorgen. Lagförslaget innebär dock inget hinder för att vice fasta omsorgskontakter eller motsvarande utses. Det är dock viktigt med

en utpekad person som har god personkännedom om den äldre och en helhetsbild av hens omsorgssituation.

7.2.3 Kontinuitet, trygghet, individanpassad omsorg och samordning

Enligt utredningens förslag ska en fast omsorgskontakt erbjudas för att tillgodose omsorgstagarens behov av kontinuitet, trygghet, individanpassad omsorg och samordning. De aspekterna är centrala för en hemtjänst av god kvalitet och utgör också enligt utredningen förbättringsområden. Som framgår av utredningens kartläggning och sammanfattande analys (kapitel 3 och 6) kan arbetet med en fast omsorgskontakt, om vissa förutsättningar ges, bidra till en ökad kontinuitet, trygghet, individanpassad omsorg och samordning.

Lagförslaget går inte in i detalj och beskriver den fasta omsorgskontaktens arbetsuppgifter. Tanken är att den fasta omsorgskontaktens roll och arbetsuppgifter ska utformas närmare av verksamheterna med vägledning av de mål och syften som anges i bestämmelsen samt omsorgstagarens behov och önskemål. Utredningen har i den sammanfattande analysen (kapitel 6) beskrivit vilka arbetsuppgifter som kan ingå i rollen.

Grundläggande för en fast omsorgskontakt är att hen ges möjlighet att arbeta i nära relation till sin omsorgstagare. Att skapa en trygg och individanpassad omsorgssituation kräver tillit och förtroende mellan omsorgstagaren och omsorgskontakten. Det innebär att den som arbetar som fast omsorgskontakt behöver lära känna sin omsorgstagare. Det förutsätter att den fasta omsorgskontakten ges möjlighet att träffa sin omsorgstagare med viss frekvens och regelbundenhet, vilket också bidrar till en bättre kontinuitet. Kontinuitet i det här sammanhanget betyder inte enbart personalkontinuitet, utan också omsorgs- och tidskontinuitet. Ett sätt att förbättra kontinuiteten kan vara att låta den fasta omsorgskontakten planera, genomföra och följa upp omsorgstagarens hemtjänstinsatser. För att öka kontinuitet och trygghet är det lämpligt att den fasta omsorgskontakten vid behov också utför hälso- och sjukvårdsuppgifter efter anvisning eller delegering från hälso- och sjukvården. Att låta den fasta omsorgskontakten upprätta genomförandeplanen tillsammans med omsorgstagaren kan också bidra till ökad kontinuitet, i synnerhet omsorgskontinuitet. En fast omsorgskontakt kan också infor-

mera övrig omsorgspersonal om hur insatserna ska genomföras utifrån den äldres behov och önskemål.

Den fasta omsorgskontakten kan också bidra till en bättre samordning kring den äldre. Det kan handla om att informera och samverka med anhöriga och närstående, arbetslaget i hemtjänsten och andra aktuella yrkesgrupper som är delaktiga i den äldres situation, till exempel legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal hos kommunen, regionen och privata vårdgivare (med beaktande av reglerna om sekretess- och tystnadsplikt).

7.3 Den fasta omsorgskontakten ska vara undersköterska

Utredningens förslag: Som fast omsorgskontakt får bara den utses som innehar yrkestiteln undersköterska, i enlighet med de regler som föreslås i betänkandet Stärkt kompetens i vård och omsorg (SOU 2019:20) och i promemorian Reglering av undersköterskeyrket – kompetenskrav och övergångsbestämmelser (Ds 2020:15). Lagförslaget ska träda i kraft den 1 januari 2030.

7.3.1 Den fasta omsorgskontaktens uppgifter ställer krav på särskild kompetens

Det hemtjänstlandskap som den fasta omsorgskontakten arbetar i ställer särskilda krav på kompetens för att omsorgsskapet ska kunna utföras på ett tryggt och säkert sätt. Den fasta omsorgskontakten förväntas kunna utföra kvalificerade uppgifter, såväl omsorgsinsatser som medicinska uppgifter efter anvisning eller delegering från hälso- och sjukvården (avsnitt 6.3), oftast själva och under tidspress. Brister i centrala kompetensområden har visat sig kunna utgöra risker för patientsäkerheten och ger inte tillräckligt goda förutsättningar för att tillhandahålla en trygg och säker omsorg.

Av utredningens tidigare redogörelse framgår att behoven hos omsorgstagare är komplexa och omfattande (kapitel 3 och 4), vilket också har konstaterats i en rad andra statliga utredningar. Utvecklingen går mot att allt fler sjuka äldre skrivs ut tidigare och bor hemma längre. Åtgärder för rehabilitering och habilitering utförs i

större utsträckning i den kommunala hälso- och sjukvården. Den tekniska utvecklingen gör också att äldre personer med svårare hälsoproblem kan vårdas i hemmet i stället för på sjukhus.

Fördelar och nackdelar med att i lag reglera kompetensen

Av utredningens sammanfattande analys framgår vilka centrala förmågor och kunskaper som den fasta omsorgskontakten behöver för att utföra sitt arbete på ett tryggt och säkert sätt (avsnitt 6.4). Utredningen bedömer att den fasta omsorgskontaktens kompetens behöver motsvara en undersköterskas i enlighet med det som föreslås i regleringen om skyddad yrkestitel (SOU 2019:20 och Ds 2020:15) och att det behöver regleras i lag. För att klara kompetensförsörjningen behövs inte bara fler anställda utan också personal med rätt kompetens som kan säkerställa en patientsäker vård och omsorg av god kvalitet.

Utredningen bedömer att fördelarna med att i lag införa ett krav om att den fasta omsorgskontakten ska vara undersköterska är att:

- Omsorgskontakten kan utföra sina arbetsuppgifter på ett, för omsorgstagaren, tryggt och säkert sätt. Det kan motverka att omsorgstagaren utsätts för risker som skador, olyckor, missförhållanden, otrygghet och dålig livskvalitet.
- Den fasta omsorgskontakten kan vara trygg i hur omsorgsarbetet och de medicinska uppgifterna (efter anvisning eller delegering från hälso- och sjukvården) ska utföras.
- Den fasta omsorgskontakten kan arbeta mer kunskapsbaserat. Det kan handla om att göra rätt bedömningar i olika omsorgssituationer, känna igen skiftningar i hälso- och funktionstillstånd, hantera medicinska uppgifter på ett patientsäkert sätt och veta när andra yrkesgrupper behöver kopplas in.
- Omsorgskontakten har kunskapen om hur omsorgen kan anpassas till individens föränderliga behov och önskemål.
- Omsorgskontakten kan arbeta med att bevara och förbättra omsorgstagarens hälso- och funktionstillstånd. Det kan handla om att göra den äldre delaktig i omsorgen och utgå från den äldres förmågor och självständighet.

- Ett kompetenskrav kan professionalisera hemtjänsten vilket i förlängningen kan öka yrkets attraktivitet och status.

Som framgår av utredningens tidigare redogörelser (kapitel 3 och 4) finns i dag problem vad gäller möjligheterna att rekrytera undersköterskor till hemtjänsten. En nackdel med att i lag ställa krav på undersköterskekompetens är att verksamheterna inte lyckas rekrytera tillräckligt många undersköterskor som kan arbeta som fasta omsorgskontakter. Det finns i dag lokala skillnader vad gäller möjligheterna att rekrytera undersköterskor. Ett kompetenskrav minskar även utrymmet för kommunerna att själva bestämma hur resurserna och kompetenserna ska nyttjas i verksamheterna.

Med anledning av svårigheterna att rekrytera och ojämlika förutsättningar i kommunerna har utredningen valt att föreslå att kompetenskravet ska träda i kraft åtta år efter att bestämmelsen om att erbjuda fast omsorgskontakt har trätt i kraft. Avsikten med det är att ge kommunerna tid för omställning. Omställning kan handla om att rekrytera nya medarbetare och vid behov fortbilda personalen. Omställningen kan också handla om att skapa attraktivitet för yrket och ge förutsättningar för personalen att vilja stanna kvar.

Det kan tilläggas att regeringen har tagit initiativ till en satsning (Äldreomsorgslyftet) som bland annat innebär att ny och befintlig personal under betald arbetstid kan utbilda sig till undersköterska. Utöver att utbilda sig till undersköterska får personalen även möjlighet att fortbilda sig genom kompetenshöjande utbildningar inom vård och omsorg. Satsningen bedöms även bidra till att underlätta möjligheterna att utbilda sig till undersköterska inför den planerade regleringen av yrket.[5]

Sammantaget bedömer utredningen att fördelarna med kompetenskravet tillsammans med den långa tiden för omställning, och de av regeringen aviserade kompetenssatsningarna motiverar att i lag reglera den fasta omsorgskontaktens kompetens.

[5] Prop. 2020/21:1. Utgiftsområde 9, s. 166.

7.3.2 Kompetenskravet kopplas till reglering om skyddad yrkestitel för undersköterskor

Utredningen föreslår att som fast omsorgskontakt får bara den utses som innehar yrkestiteln undersköterska, i enlighet med den reglering som föreslås i betänkandet Stärkt kompetens i vård och omsorg (SOU 2019:20) och i departementspromemorian Reglering av undersköterska – kompetenskrav och övergångsbestämmelser (Ds 2020:15). Regleringen om skyddad yrkestitel syftar till att på nationell nivå införa en gemensam standard för vad en undersköterska ska kunna, i syfte att säkerställa god kompetensförsörjning i vården och omsorgen. Utredningen har bedömt att de kompetenskrav som gäller för undersköterskor enligt förslaget även är lämpliga för de som arbetar som fast omsorgskontakt. Av förslaget om skyddad yrkestitel framgår att det finns flera vägar för en person att erhålla titeln (avsnitt 4.8). Det handlar i huvudsak om personer med formell vård- och omsorgsutbildning men också om personer med lång yrkeserfarenhet som undersköterska.

Ett annat alternativ som har övervägts är att föreslå att den fasta omsorgskontakten ska inneha yrkestiteln undersköterska *eller motsvarande kompetens.* Det skulle möjliggöra för verksamheterna att själva avgöra om en person med till exempel lång arbetslivserfarenhet eller annan formell utbildning än den som avses i skyddad yrkestitel skulle kunna arbeta som fast omsorgskontakt. Utredningen menar dock att en sådan lösning inte skulle bidra till den enhetlighet i den kompetens som utredningen bedömer som nödvändig för rollen som fast omsorgskontakt. Att koppla en gemensam kompetensstandard till den fasta omsorgskontaktens roll menar utredningen är nödvändig för att säkerställa en trygg och säker omsorg.

Regleringen om skyddad yrkestitel föreslås träda i kraft den 1 januari 2025. Utredningens förslag om att den fasta omsorgskontakten ska inneha yrkestiteln förslås träda i kraft den 1 januari 2030. I skrivande stund förbereder regeringen en proposition[6] med förslag om att undersköterska ska bli en skyddad yrkestitel. Regeringen har också aviserat ett anslag för den tilltänkta reformen.[7] Utredningen menar att det finns starka skäl för att koppla kompetenskravet till en regler-

[6] Prop. 2020/21:1. Utgiftsområde 9, s. 177.
[7] Ibid.

ing som eftersträvar enhetlighet i yrket även om regleringen ännu inte har trätt i kraft.

Om regleringen om skyddad yrkestitel uteblir behöver ett nytt kompetenskrav för den fasta omsorgskontakten beredas. Utredningen har beskrivit inom vilka kompetensområden som den fasta omsorgskontakten behöver ha kunskap inom (avsnitt 6.4). De kan tjäna som vägledning i samband med ytterligare beredning av kompetenskravet.

Kärnkompetens i omsorgsarbete

En konsekvens av den valda lösningen är att personer utan yrkestiteln undersköterska inte kan utses som fasta omsorgskontakter. Centrala uppgifter för den fasta omsorgskontakten är att arbeta nära den äldre, bygga en tillitsfull relation till hen, utföra hemtjänstinsatser och stödja den äldre i den dagliga livsföringen. Det innebär att den fasta omsorgskontaktens kärnkompetens behöver vara omsorgsarbete. Utredningen bedömer därför att det inte är lämpligt att till exempel legitimerad personal från den kommunala hälso- och sjukvården utses som fasta omsorgskontakter.

Kraven på den medicinska kompetensen i äldreomsorgen har samtidigt blivit högre. Äldre med sammansatta och komplexa behov bor i regel hemma längre innan de flyttar till ett särskilt boende. Den nämnda utvecklingen och bristen på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, framför allt sjuksköterskor, talar snarare för att de i större utsträckning behöver arbeta med kvalificerade medicinska uppgifter. För att rätt kompetens ska användas på rätt plats bedömer utredningen att det inte vore ändamålsenligt att utse legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal till fasta omsorgskontakter.

Tid för omställning

Förslaget om att den att fasta omsorgskontakten ska inneha yrkestiteln undersköterska föreslås, som framgår ovan, att träda i kraft den 1 januari 2030. Datumet har valts med hänsyn till att underlätta för verksamheterna att säkerställa tillgången på fasta omsorgskontakter med rätt kompetens. Det är nödvändigt med tid för omställning för att klara kompetensförsörjningen. Trots att det föreslagna

kompetenskravet inte börjar gälla förrän den 1 januari 2030, är utredningens utgångspunkt att verksamheterna behöver redan från och med den 1 januari 2022 (då bestämmelsen om att erbjuda fast omsorgskontakt föreslås träda i kraft) börja ställa om i riktning mot det kommande kompetenskravet. Verksamheterna behöver under den här perioden också säkerställa att den fasta omsorgskontakten som utses har lämplig utbildning och erfarenhet, enligt bestämmelsen i 3 kap. 3 § SoL, för att kunna tillgodose den äldres behov av kontinuitet, trygghet, individanpassad omsorg och samordning.

Datumet har också valts mot bakgrund av att regleringen om skyddad yrkestitel för undersköterskor föreslås träda i kraft den 1 januari 2025. Den regleringen utgör grunden för utredningens förslag om att den fasta omsorgskontakten ska vara undersköterska. Ytterligare överväganden som avser datumet för ikraftträdande finns i kapitel 8.

Bestämmelser med ikraftträdande vid två olika tidpunkter

Den föreslagna bestämmelsen som reglerar skyldigheten att erbjuda en fast omsorgskontakt är inte beroende av att kompetenskravet träder i kraft. Även om kompetenskravet är centralt för omsorgsskapet bedömer utredningen att den första bestämmelsen har ett eget värde och kan bidra till förbättringar vad gäller kontinuitet, trygghet, samordning och individanpassad omsorg. Den bestämmelsen föreslås träda i kraft den 1 januari 2022. Eftersom utredningens lagförslag föreslås träda i kraft vid olika tidpunkter innebär det att ytterligare beredning behövs för att förslagen ska gå att genomföra.

7.4 Behov av väglednings- och uppföljningsuppdrag

Utredningens bedömning: Socialstyrelsen bör få i uppdrag, att ta fram ett vägledningsmaterial som underlättar implementeringen av lagförslaget. Vägledningen ska ge hemtjänsten information om hur de kan organisera arbetet runt den fasta omsorgskontakten för att åstadkomma kontinuitet, trygghet, samordning och individanpassad omsorg. I det här uppdraget ingår också att kommunicera och informera om det nya lagförslaget.

Socialstyrelsen bör också få i uppdrag att utvärdera hur den nya lagen efterlevs och om arbetet med fast omsorgskontakt bidrar till kontinuitet, trygghet, individanpassad omsorg och samordning. Vidare bör Socialstyrelsen uppdras att följa upp utvecklingen hos verksamheterna efter 2022 med fokus på att undersöka i vilken utsträckning fast omsorgskontakt erbjuds och vilken kompetens hen har.

Utredningen bedömer att det behövs ytterligare vägledning för att säkerställa en ändamålsenlig implementering av lagförslaget. Utredningens sammanfattande analys (kapitel 6) visar på att det krävs ett antal förutsättningar för att arbetet med den fasta omsorgskontakten ska bidra till kontinuitet, trygghet, individanpassad omsorg och samordning. Förutsättningarna avser hur den fasta omsorgskontaktens arbete behöver planeras och bedrivas för att uppnå de avsedda målen. Ett sådant vägledningsmaterial bör också innehålla exempel på verksamheter som har etablerade och utvecklade arbetssätt kring den fasta omsorgskontakten. De ”goda exemplen” ska möjliggöra ett utbyte av erfarenheter mellan hemtjänstverksamheter runtom i landet. Socialstyrelsen bör därför ges i uppdrag att ta fram ett vägledningsmaterial med utgångspunkt i de analyser som finns i utredningen. I uppdraget ska också ingå att kommunicera och informera om det nya lagförslaget.

Socialstyrelsen bör även ges i uppdrag att utvärdera efterlevnaden av den nya lagen. Syftet med utvärderingen är inte enbart att kartlägga om äldre personer erbjuds fasta omsorgskontakter, utan också undersöka om verksamheterna genom sitt arbete med fasta omsorgskontakter lyckats förbättra kontinuiteten, tryggheten och samordning i hemtjänsten samt erbjuda äldre en mer individanpassad omsorg. Uppdraget bör genomföras tre år efter att lagförslaget föreslås att träda i kraft, det vill säga under 2025. Efterlevnaden av kravet på att den fasta omsorgskontakten ska vara undersköterska bör följas upp ett år efter att förslaget föreslås träda i kraft 2031.

I dagsläget samlar Socialstyrelsen årligen in uppgifter om andelen äldre inom äldreomsorgen som har en utpekad kontaktperson. Socialstyrelsen sammanställer också uppgifter om hur personalkontinuiteten ser ut inom hemtjänsten. Som framgår av utredningens tidigare redogörelse behöver den fasta omsorgskontaktens roll fyllas med ett innehåll för att vissa fördelar, som till exempel god personalkon-

tinuitet, ska uppnås. Socialstyrelsen bör därför ges uppdrag att utreda om det är möjligt att utveckla en kvalitetsindikator som kan vara ett stöd för verksamheterna i arbetet med fast omsorgskontakt kopplat till personalkontinuitet.

Slutligen bör Socialstyrelsen följa upp utvecklingen hos verksamheterna efter år 2022, med fokus på att undersöka i vilken utsträckning fast omsorgskontakt erbjuds och vilken kompetens hen har.

8 Ikraftträdande

Utredningens förslag: Den föreslagna bestämmelsen i 5 kap. 5 a § SoL ska träda i kraft den 1 januari 2022. Förslaget i 5 kap. 5 b § SoL ska träda i kraft den 1 januari 2030.

Utredningen förslår att lagändringarna ska träda i kraft vid två olika tillfällen. Det innebär att den föreslagna bestämmelsen i 5 kap. 5 a § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, som reglerar skyldigheten att erbjuda en fast omsorgskontakt, först träder i kraft den 1 januari 2022. Förslaget om att den fasta omsorgskontakten ska inneha yrkestiteln undersköterska, i 5 kap. 5 b § SoL, föreslås träda i kraft den 1 januari 2030. Utredningen har valt det datumet mot bakgrund av att regleringen om skyddad yrkestitel för undersköterskor i SOU 2019:20 och Ds 2020:15 föreslås träda i kraft den 1 januari 2025. Den regleringen utgör grunden för utredningens förslag om att den fasta omsorgskontakten ska vara undersköterska. Utredningen bedömer att en femårsperiod är nödvändig för att säkerställa tillgången av undersköterskor som kan arbeta som fast omsorgskontakt. Detta trots de tämligen generösa övergångsbestämmelser som föreslås i Ds 2020:15 som möjliggör för redan anställda undersköterskor att behålla sin yrkestitel under en övergångsperiod (cirka 62 000 personer).[1] De personer som inte omfattas av den nämnda övergångsbestämmelsen ska enligt förslaget i SOU 2019:20 och Ds 2020:15 ansöka om bevis om rätten att använda yrkestiteln undersköterska. Mot bakgrund av att det handlar om en av Sveriges största yrkesgrupper vill utredningen säkerställa att tillräckligt med tid ges för ansöknings- och handläggningsförfarandet. Socialstyrelsen

[1] Ds 2020:15. Reglering av undersköterskeyrket – kompetenskrav och övergångsbestämmelser s. 31, 32 och 35.

förväntas behöva handlägga cirka 25 000 ärenden per år mellan åren 2025 och 2035.[2]

Datumet för ikraftträdande har också valts som framgår ovan med hänsyn till att underlätta för verksamheterna att säkerställa tillgången på fasta omsorgskontakter med rätt kompetens. Det är nödvändigt med tid för omställning för att klara kompetensförsörjningen.

[2] Ds 2020:15 Reglering av undersköterskeyrket – kompetenskrav och övergångsbestämmelser s. 35.

9 Konsekvenser av förslagen

9.1 Inledning

Enligt 14 § kommittéförordningen (1998:1474) ska en utredning redovisa vilka konsekvenser som utredningens förslag får för kostnader och intäkter för staten, kommuner, landsting, företag eller andra enskilda. Om förslagen innebär samhällsekonomiska konsekvenser i övrigt ska dessa redovisas.

Om förslagen har betydelse för den kommunala självstyrelsen, för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företag, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen, ska detta också redovisas (15 §).

Om ett betänkande innehåller förslag till nya eller ändrade regler ska förslagens konsekvenser redovisas i en konsekvensutredning i enlighet med bestämmelserna i 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning (15 a §).

Ytterligare krav på konsekvensbeskrivningar kan framgå av utredningens direktiv (16 §). I utredningsdirektiven anges att de ekonomiska konsekvenserna och effekterna av utredningens förslag ska beräknas och beskrivas. Det omfattar beräkning och beskrivning av samhällsekonomiska kostnader och nyttor som uppstår även utöver de offentligfinansiella effekterna av förslagen. Påverkar något av förslagen den kommunala självstyrelsen ska utredningen 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 den föreslås som innebär den minst långtgående inskränkningen för den kommunala självsty-

relsen. I konsekvensanalysen avseende jämställdhet ska såväl konsekvenser för personal som för äldre redovisas och analyseras.

9.2 En beskrivning av problemen och vad utredningen vill uppnå

Inom hemtjänsten finns i dag ett antal problem som påverkar såväl omsorgstagare som personal och anhöriga.

För omsorgstagaren är bristande personalkontinuitet ett utbrett problem. De flesta äldre upplever att det är tryggare att få stöd och hjälp av personal som de känner igen och där en ömsesidig och förtroendefull relation har byggts upp. Kontinuitet handlar också om att insatserna utförs på överenskommet sätt med individens behov i fokus.

Ett annat problem är samordningsbrister mellan olika yrkesgrupper som finns runt omsorgstagaren. Omsorgstagare med hemtjänst har ofta komplexa och sammansatta behov, vilket innebär att de får kvalificerade insatser från såväl kommunal som regional hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det ställer krav på en fungerande samordning.

Ytterligare ett problem är att omsorgspersonalens kompetens inte i tillräcklig stor utsträckning motsvarar de behov som omsorgstagarna har inom hemtjänsten. Omsorgspersonalen förväntas utföra mer kvalificerade uppgifter, oftast själva och under ett högt tempo.

Arbetsförhållandena för omsorgspersonalen inom äldreomsorgen har försämrats under de senaste årtiondena. Det kan handla om dåliga arbetstider, stor psykisk och fysisk arbetsbelastning, bristande stöd från chef och för lite inflytande över arbetet.

Hur hemtjänsten är organiserad påverkar också anhöriga till omsorgstagare. Många anhöriga upplever att de behöver ta ett stort ansvar för kontakter med olika yrkesgrupper runt omsorgstagaren. Vidare kan anhöriga känna otrygghet på grund av bristande överblick när de inte vem som har det övergripande ansvaret för omsorgstagaren och vem de ska kontakta vid behov.

Utredningens förslag om krav på fast omsorgskontakt i hemtjänsten förväntas bidra till förbättringar för omsorgstagaren, personalen och anhöriga. En fast omsorgskontakt som får ett utökat ansvar för planeringen och genomförande av hemtjänstinsatserna kan bidra till:

- bättre personalkontinuitet
- bättre samordning
- individanpassad omsorg och ökad delaktighet samt trygghet för den äldre
- bättre arbetsförhållanden för omsorgspersonalen
- ökad trygghet för anhöriga, och
- enhetlighet i landet gällande den fasta omsorgskontaktens arbete.

9.3 Behov av reglering och alternativa lösningar

Utredningen bedömer att införandet av fast omsorgskontakt i lag är den mest ändamålsenliga vägen för att komma tillrätta med de problem som beskrivits ovan. En nationell reglering kan verka för en mer enhetlig tillämpning av funktionen över hela landet samt utgöra ett tydligt mandat för kommunerna att arbeta med och utveckla rollen. Det handlar om såväl arbetssätt som kompetens.

En fast omsorgskontakt behöver ha tillräckligt med kompetens för att kunna utföra sina arbetsuppgifter på ett tryggt och säkert sätt. Allt fler sjuka omsorgstagare skrivs snabbare ut från sjukhuset och vistas allt längre hemma med komplexa och sammansatta behov. För att den fasta omsorgskontakten ska kunna utföra sina arbetsuppgifter på ett säkert sätt, bedömer utredningen att det är nödvändigt att i lag också införa ett kompetenskrav för den fasta omsorgskontakten.

Alternativa lösningar till lagreglering skulle kunna vara:

1. Ett så kallat ”nollalternativ” dvs. att inte föreslå någon reglering gällande fast omsorgskontakt bedömer utredningen inte vara ett alternativ. Uppgifter från Socialstyrelsen visar att 86 procent av omsorgstagarna i dag har en fast omsorgskontakt. Emellertid framgår av utredningens kartläggning (kapitel 3) att arbetet med den fasta omsorgskontakten varierar i stor utsträckning mellan de olika utförarna, särskilt i fråga om rollens utformning, kompetens och arbetssätt. I vissa verksamheter är omsorgskontaktens roll begränsad till att enbart vara en person ”på ett papper” som omsorgstagaren och anhöriga kan kontakta vid behov. I andra

verksamheter är rollen utformad så att omsorgskontakten har det huvudsakliga ansvaret för att planera och genomföra insatserna hos omsorgstagaren samt att vara kontaktyta gentemot andra yrkesgrupper inom vården och omsorgen samt anhöriga. För att uppnå likvärdighet i landet och säkerställa de goda effekterna av den fasta omsorgskontaktens arbete bedömer utredningen att en reglering behövs.

2. Att använda ”mjuk styrning” för att få till stånd ett mer enhetligt arbetssätt för den fasta omsorgskontakten. Det kan handla om vägledningar och rekommendationer i form av till exempel allmänna råd från myndigheter. Det är dock oklart i vilken utsträckning som den här styrningsformen kommer att få önskad effekt i verksamheterna. Personalkontinuiteten följs upp regelbundet och är en viktig kvalitetsaspekt inom vården och omsorgen om äldre. Den har dock enligt Socialstyrelsen försämrats nationellt under det senaste årtiondet från 13 till 16 olika personal som den äldre personen med hemtjänst möter under en 14-dagarsperiod. Utredningen bedömer att mjuk styrning inte ger kommunerna tillräckliga incitament för att jobba med den fasta omsorgskontakten på annat sätt än de gör i dag.
3. Ytterligare ett alternativ är att detaljreglera den fasta omsorgskontaktens arbete och vilka arbetsuppgifter som ska ingå i rollen. Utredningen har i stället valt att lägga ett lagförslag med de mål som kommunerna ska uppå med hjälp av omsorgskontaktens arbete. Det bedömer utredningen som tillräckligt. Vad som ytterligare ska ingå i den fasta omsorgskontaktens arbetsuppgifter överlämnas åt kommunerna att själva avgöra utifrån deras lokala förutsättningar.

9.4 De som berörs av lagförslaget

Lagförslaget om fast omsorgskontakt kommer att beröra äldre med hemtjänst, anhöriga till omsorgstagare och omsorgspersonalen.

För de äldre handlar det om att säkerställa en bättre personalkontinuitet, mer individanpassad omsorg och en högre grad av delaktighet.

Anhörigas och närståendes roll för äldre med hemtjänst är omvittnat stor.[1] Den fasta omsorgskontakten kan underlätta för anhöriga och närstående på olika sätt, exempelvis genom bättre kommunikation mellan hemtjänsten och den anhörige.

Den i personalen som ges uppgiften att fungera som fast omsorgskontakt är den som kommer att påverkas mest, både vad gäller arbetsuppgifternas karaktär och den tid som går åt.

Förutom omsorgspersonal kommer en rad andra yrkeskategorier att påverkas, om än i mindre grad. Det kan till exempel handla om enhetschefer för hemtjänsten, samordnare och planerare, biståndshandläggare samt hälso- och sjukvårdspersonal i hemsjukvården. En del yrkeskategorier kan få ytterligare uppgifter medan andra får färre. Ett exempel på en ny arbetsuppgift är utnämningen och introduktionen av den fasta omsorgskontakten. Ett annat exempel är den kommunala hälso- och sjukvårdens olika personalgrupper som kan få ytterligare en uppgift att informera om vidtagna åtgärder eller kommande behandlingar. De här ”nya” uppgifterna för olika yrkesgrupper kan falla inom ramen för yrkets kontinuerliga förändring och förutsätts kunna absorberas i en stor organisation. Utredningen har därför valt att inte inkludera uppgifterna i kostnadsberäkningarna.

Regleringen kommer att beröra kommuner, regioner, juridiska personer och privata utförare av hemtjänst. Regleringen kommer också att påverka statliga myndigheter som till exempel Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

9.5 Lagförslagets konsekvenser

Det här avsnittet beskriver de överväganden som gjorts för att beräkna lagförslagets kostnadsmässiga och icke monetära konsekvenser. Utredningen beskriver först olika osäkerhetsfaktorer och hur man har valt att hantera dem. Vidare görs beräkningar av lagförslagets kostnadsmässiga konsekvenser. De beräkningarna utgår från den utökade arbetstiden som kan behövas för den fasta omsorgskontaktens arbete, som enligt förslaget ska utföras av en undersköterska. De uppgifter som används för att beräkna kostnaderna förenade med

[1] Ulmanen, P., Szebehely, M. (2015). From the state to the family or to the market? Consequences of reduced residential eldercare in Sweden. Int J Soc Welf. 24:81–92.

lagförslaget sammanfattas i tabell 9.1. Avslutningsvis bedöms de positiva effekterna och nyttan av lagförslaget.

9.5.1 Principiella utgångspunkter och osäkerhetsfaktorer

I samhällsekonomiska kalkyler beräknas kostnader och effekter år för år, och hänsyn tas till ändrade förutsättningar som till exempel en växande grupp äldre. För att underlätta jämförelser över tid diskonteras sedan kostnader och intäkter, samt effekter till ett så kallat nuvärde. Utredningen har valt att använda sig av en kostnadseffektanalys för att uppskatta både kostnader och effekter av lagförslaget. Kostnaderna relateras till en i förväg bestämd effekt. För de icke monetära effekterna, som påverkar både omsorgstagare, anhöriga och omsorgspersonal, har utredningen valt att använda kvalitetsjusterade levnadsår (quality adjusted life years, QALY) som effektmått.

De kostnadsmässiga konsekvenserna av lagförslaget om fast omsorgskontakt är befattade med osäkerhet. Osäkerheten ökar i ett längre tidsperspektiv mot bakgrund av att det är svårt att förutse samhällsförändringar och antalet som får hemtjänst. I Sverige, som i andra länder i Europa, ökar antalet äldre i befolkningen. Under perioden 2010–2018 ökade andelen äldre i Sverige (65 år och äldre) med 17 procent från 1,7 miljoner till 2,1 miljoner.[2] Samtidigt minskade andelen äldre med hemtjänstinsatser från 9 till 8,3 procent, under motsvarande period. Det visar att det inte finns något direkt samband mellan den demografiska utvecklingen och nyttjande av hemtjänst. Mellan 2020–2025 förväntas andelen äldre öka ytterligare med 6,9 procent.[3] Det är osäkert hur det påverkar antalet hemtjänstinsatser under samma period.

Eftersom det arbetssätt som följer av lagförslaget inte har prövats i mindre skala på ett kontrollerat sätt, där både kostnader och effekter kunnat följas, är beräkningarna som avser lagförslagets konsekvenser förenade med osäkerhet. Ett sådant försök hade gjort det möjligt att skatta effekter av lagförslaget i form av bättre hälsa, bättre personalkontinuitet och mindre vårdutnyttjande m.m.

Alternativet till en försöksverksamhet kan vara att sammanställa litteratur i ämnet i syfte att hitta information om liknande föränd-

[2] www.scb.se.
[3] www.scb.se.

ringar som kan användas i beräkningar. Sökningar i PubMed har gjorts men litteratur som är användbar för det syftet har inte hittats. Det innebär att utredningen måste basera beräkningarna på antaganden som har olika grad av säkerhet. När osäkerheten är betydande och antas påverka slutresultatet påtagligt, presenteras en känslighetsanalys, som visar på kostnadsutfall för alternativa scenarier. Utredningen har i vissa fall valt att inte göra känslighetsanalyser. Värdet av en känslighetsanalys skulle i de fallen vara begränsat eftersom de enbart skulle baseras på antaganden.

Det finns i huvudsak tre förklaringar till osäkerheterna i beräkningarna.

1. Det finns inte tillräckligt med uppgifter i den offentliga statistiken för att kunna bedöma lagförslagets konsekvenser. Det medför en viss osäkerhet i uppskattningarna. Därför används uppgifter från kommunala företrädare som grund för känslighetsanalyserna (tabell 9.1).
2. Lagförslaget påverkar många yrkesgrupper i varierande grad, i den omfattande och komplexa verksamhet som äldreomsorgen utgör. Det är osäkert hur de här yrkesgruppernas arbetsuppgifter och arbetstid påverkas.
3. Hemtjänstens organisation påverkas av samhällsutvecklingen i stort, exempelvis den demografiska utvecklingen, arbetsmarknaden och särskilda händelser som till exempel covid-19-pandemin.

9.5.2 Kostnad för fast omsorgskontakt

Kostnaden för fast omsorgskontakt inom hemtjänsten bygger på uppskattade uppgifter om hur stor andel av omsorgstagarna som enligt lagförslaget kommer att få en omsorgskontakt. Dessutom görs uppskattningar om den utökade arbetstid som behövs för den fasta omsorgskontaktens arbete. Den utökade arbetstiden omvandlas till nya undersköterskеtjänster som behöver rekryteras (tabell 9.1).

En fast omsorgskontakt ska, enligt lagförslaget, erbjudas om det ”inte är uppenbart obehövligt”. För konsekvensutredningens ändamål har utredningen bedömt att 90 procent av de med beviljad hemtjänst ska få en fast omsorgskontakt. Det baseras på uppgifter från Socialstyrelsen om att 10 procent endast har trygghetslarm och/eller

matdistribution. Det kan dock finnas omsorgstagare som har mer insatser men ändå inte behöver en fast omsorgskontakt. På grund av osäkerheten i gränsdragningen har även beräkningar gjorts utifrån att 30 procent av omsorgstagarna inte har ett behov av en fast omsorgskontakt. En mindre andel omsorgstagare antas tacka nej till erbjudandet om fast omsorgskontakt men utredningen antar att den andelen är så liten att ingen hänsyn tas till det i beräkningarna.

Enligt finansieringsprincipen ska alla nya åligganden för kommunerna finansieras till fullo av staten, oavsett om kommunerna redan arbetar i enlighet med kravet eller inte. Det innebär att full kostnadsersättning är huvudalternativet nedan (tabell 9.2). Det är emellertid också av intresse att studera en kostnadsbild som utgår från Socialstyrelsens uppgifter om att 86 procent av omsorgstagarna redan har en fast omsorgskontakt. Av utredningens kartläggning i kommunerna (kapitel 3) framgår att den fasta omsorgskontaktens roll och arbete ser olika ut, och att i flertalet kommuner är fast omsorgskontakt ”enbart ett namn på ett papper”. Utredningen väljer att göra ett antagande om att 50 procent av omsorgstagarna har en fast omsorgskontakt med ett fungerande omsorgsskap för att få ytterligare ett kostnadsutfall för ett möjligt scenario (känslighetsanalys). Därför väljer utredningen också att göra beräkningar utifrån att 50 procent av omsorgstagarna har en fast omsorgskontakt.

Den fasta omsorgskontakten behöver tid för att utföra sitt arbete. Tidsåtgången kan betraktas som en investering för en väl fungerande fast omsorgskontakt. Utredningen har utifrån kommunkontakter[4] uppskattat tiden till två timmar per vecka under relationens första månad vilket innebär åtta timmar. Till följd av personalomsättningen och att hemtjänstinsatsen avslutas har vi i våra beräkningar utgått från att alla hemtjänstmottagare med fast omsorgskontakt årligen behöver dessa åtta timmar.

En fast omsorgskontakt behöver tid för att till exempel planera omsorgen, kontakta andra yrkesgrupper, delta i samordnade individuella planeringsmöten (SIP) och andra uppföljningsmöten. Den fasta omsorgskontakten behöver också tid för kontinuerlig kontakt med omsorgstagaren och när hen så bedömer ha kontakt med anhöriga.

Utredningen uppskattar den totala tidsåtgången för ovanstående till 30 minuter per vecka inklusive tiden som används för att lära

[4] Utredningen har varit i kontakt med informanter i Vaxholm, Lund, Kramfors och Sundsvall.

känna omsorgstagaren under relationens första månad. Det är viktigt att betona att det här rör sig om en genomsnittlig tid. Det innebär i praktiken att några omsorgstagare kommer få mer tid för omsorgsskap och andra betydligt mindre, mot bakgrund av deras skiftande behov. Eftersom antagandena i den här delen av beräkningen har stor betydelse för totalkostnaden och är osäker, görs känslighetsanalyser med såväl 20 som 40 minuter per vecka.

För den fasta omsorgskontaktens arbete har kostnadsberäkningar gjorts med utgångspunkt att en undersköterska arbetar 37 timmar per vecka och 44 veckor per år (i enlighet med kollektivavtal för yrkesgruppen). Lönen för undersköterska och vårdbiträde är hämtad från SCB:s lönestatistik och lönekostnadspåslaget är 37 procent[5] (tabell 9.1).

[5] www.ekonomifakta.se/fakta/skatter/skatt-pa-arbete/sociala-avgifter/.

Tabell 9.1 Uppgifter som används för att beräkna kostnader i samband med införande av fast omsorgskontakt

Uppgift	Huvudalternativ	Antagande i känslighetsanalyser	Källa
Antal med hemtjänst	173 000	Ingen känslighets-analys	Kolada[1]
Andel och antal omsorgstagare i behov av fast omsorgskontakt	90 % 155 700	70 % 121 100	Antagande baserat på Kolada[1] och information från kommuner[2]
Andel och antal omsorgstagare med befintlig fast omsorgskontakt	0 % 0	50 % samt 86 % 86 500, 148 800	Information från kommuner och Äldreguiden[3]
Mertid (per vecka) per omsorgstagare vid införande av fast omsorgskontakt	30 minuter för fast omsorgskontakt	a) 40 minuter för fast omsorgskontakt b) 20 minuter för fast omsorgskontakt	Information från kommuner[2]
Årsarbetstid fast omsorgskontakt	1 628 arbetstimmar	Ingen känslighets-analys	37 timmar i veckan för dagtidspersonal, 44 arbetsveckor per år enligt kollektivavtal för Kommunal[4]
Lön undersköterska i hemtjänsten	28 900 SEK/månad	Ingen känslighets-analys	Statistiska centralbyråns lönestrukturstatistik[4]
Löneskillnad vårdbiträde och undersköterska	27,64 SEK/timme (3 400 SEK/månad)	Ingen känslighets-analys	Statistiska centralbyråns lönestrukturstatistik[5]
Lönekostnadspåslag	37 %	Ingen känslighets-analys	Ekonomifakta[6]

[1] Uppgifter för 2019 från Kolada vilket är en statistikdatabas som upprätthålls av rådet för främjande av kommunala analyser.

[2] Intervju med ansvarig för hemtjänst i Kramfors, Lund, Sundsvall och Vaxholms kommun.

[3] Äldreguiden upprätthålls av Socialstyrelsen med information på kommunnivå för hemtjänsten, www.socialstyrelsen.se/lattlast/aldreguiden/.

[4] https://skr.se/arbetsgivarekollektivavtal/kollektivavtal/allmannabestammelserab.145.html.

[5] www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/arbetsmarknad/loner-och-arbetskostnader/lonestrukturstatistik-hela-ekonomin/.

[6] Ekonomifakta är en del av svenskt näringsliv, se www.ekonomifakta.se/Fakta/Skatter/Skatt-pa-arbete/Sociala-avgifter/.

Ett införande av fast omsorgskontakt innebär att kommunens kostnader ökar med 1 181 miljoner med dagens löneläge enligt utredningens huvudalternativ (tabell 9.2). Kommunerna ska kompenseras för detta i enlighet med den kommunala finansieringsprincipen. Beräkningen baseras, som tidigare beskrivits, på att 90 procent av alla

omsorgstagare ska få en fast omsorgskontakt, att den fasta omsorgskontakten är undersköterska, att ingen omsorgstagare i dagsläget har fast omsorgskontakt som är undersköterska och att det tar 30 minuter att utföra arbetet (per vecka). Omräknat i antal tjänster motsvarar det 2 487 undersköterskетjänster (tabell 9.2).

Av dessa 1 181 miljoner kronor faller 83 procent på offentliga utförare och 17 procent på privata utförare, men eftersom även privata utförare till största del finansieras av kommunsektorn är slutsatsen att den kommunala merkostnaden är knappt 1 200 miljoner kronor oaktat de skatteeffekter som berörs i avsnitt 9.7.

Som redan nämnts tidigare förväntas antalet äldre (65 år och äldre) öka med 6,9 procent mellan 2020 och 2025. Om andelen äldre med hemtjänst håller sig på 2018 års nivå bedöms kostnaden över fem år till 6 350 miljoner kronor, det vill säga 1 270 miljoner kronor per år. SCB uppskattar att den åldersgrupp i befolkningen som kommer att öka mest är personer 80 år och äldre. Kostnaden kan således bli högre än beräknat om man antar att fler får hemtjänst 2025 med anledning av den demografiska utvecklingen. Men som framgår ovan finns inget direkt samband mellan demografisk utveckling och nyttjande av hemtjänst varför utredningen väljer att inte göra ytterligare beräkningar.

Tabell 9.2 Uppskattade kostnader för införande av fast omsorgskontakt – huvudalternativ med full kostnadsersättning samt känslighetsanalyser med varierande andel omsorgstagare med befintlig omsorgskontakt och varierande behov av mertid

Huvudalternativ – full kostnadsersättning					
Andel omsorgstagare i behov av fast omsorgskontakt	Andel omsorgstagare med befintlig omsorgskontakt	Mertid vecka per omsorgstagare	Arbetstimmar per år	Behov, nya tjänster	Total kostnad (MSEK)
90 %	0 %	30 minuter	4 048 200	2 487	1 181
Känslighetsanalys[a]					
90 %	0 %	40 minuter	5 397 595	3 315	1 575
		20 minuter	2 698 773	1 658	788
	50 %	40 minuter	2 398 930	1 474	700
		30 minuter	1 799 200	1 105	525
		20 minuter	1 199 467	737	350
	86 %	40 minuter	239 891	147	70
		30 minuter	179 920	111	53
		20 minuter	119 947	74	35
70 %	0 %	40 minuter	4 198 133	2 579	1 225
		30 minuter	3 148 600	1 934	919
		20 minuter	2 099 067	1 289	613
	50 %	40 minuter	1 199 455	737	350
		30 minuter	899 600	553	263
		20 minuter	599 733	368	175

a) Känslighetsanalysens antagande om att 50 procent eller 86 procent redan har en omsorgskontakt innebär avsteg från principen om full kostnadsersättning.

Som ovan nämns i tabell 9.2 beräknas den fasta omsorgskontaktens uppdrag ta 30 minuter i veckan per omsorgstagare. Omräknat i antal tjänster motsvarar det cirka 2 500 undersköterskeheltidstjänster. Detta kan ses mot bakgrund av att regeringen 2018 gjorde bedömningen att man fram till 2026 totalt behövde rekrytera 136 000 undersköterskor.[6] Slutsatsen är att det framtida behovet av undersköterskor påverkas marginellt till följd av lagförslaget. Ett annat sätt att illustrera vad 2 500 undersköterskeheltidstjänster betyder är att relatera till det

[6] Framtidens äldreomsorg – en nationell kvalitetsplan 2017/18:280.

årliga tillskottet av utbildade undersköterskor som är 8 700.[7] Om man skulle slopa kravet på att omsorgskontakten ska vara undersköterska skulle kostnaden minska med cirka 100 miljoner kronor med dagens löneläge. Den marginella kostnadsskillnaden har medfört att utredningen valt att i beräkningarna utgå från att de nya tjänsterna ska innehas av undersköterskor, trots att regeln om att den fasta omsorgskontakten ska vara undersköterska inte träder i kraft förrän 1 januari 2030.

En kompetenshöjning av verksamheten

En intention med lagförslaget är att den fasta omsorgskontakten, som är undersköterska, ska utföra omsorgsarbetet och medicinska uppgifter efter anvisning eller delegering från hälso- och sjukvården, i så stor utsträckning som möjligt med hänsyn till schemaläggning och bemanning. Löneskillnaden mellan undersköterskor och annan personal, som till exempel vårdbiträden, talar för en kostnadsökning. Å andra sidan kan undersköterskor utföra fler typer av arbetsuppgifter vilket underlättar för organisering, planering och schemaläggning. Ett förändrat arbetssätt där personalens kompetens utnyttjas mer effektiv kan begränsa behovet av resurstillskott.

Att beräkna nettokostnaden för att en större del av omsorgsarbetet och de medicinska uppgifterna utförs av en undersköterska (i stället för vårdbiträde), kräver detaljerade uppgifter från lokal nivå. Hur stor andel av omsorgsarbetet och de medicinska uppgifterna ska utföras av den fasta omsorgskontakten? Hur stor andel av personalen har i dag undersköterskekompetens? Vilka schemaläggningsvinster uppstår när kompetensen höjs? Andra lokala förutsättningar som exempelvis andelen heltidstjänster och de äldres skiftande behov kan också ha stor betydelse för kostnaden. Utredningen väljer därför att konstatera att ytterligare kostnader kan tillkomma men att det saknas underlag för de här bedömningarna.

[7] Trender och prognoser. Befolkningen, utbildning, arbetsmarknaden med sikte på år 2035, SCB 2017.

Förslag på finansiering

Regeringen har i utgiftsområde 9 aviserat en bred äldreomsorgssatsning i anslag 4:5 som ger kommunerna ett resurstillskott om 4 miljarder kronor årligen från 2021. Delar av medlen kan användas för de kostnader om 1 200 miljoner som är förenade med utredningens förslag om införandet av fast omsorgskontakt i hemtjänsten. Utredningen bedömer att den kvalitetshöjning som lagförslaget kan innebära för hemtjänsten motiverar att medel från äldreomsorgssatsningen används för att finansiera förslaget.

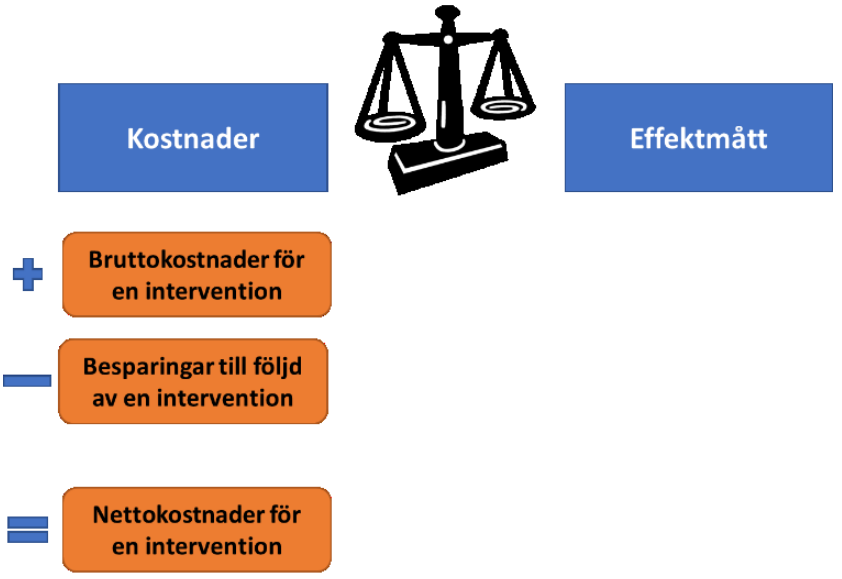
9.5.3 Andra konsekvenser av lagförslaget

Utredningen bedömer att införandet av fast omsorgskontakt kommer att ha positiva effekter. I syfte att uppskatta både kostnaderna och effekterna av lagförslaget om fast omsorgskontakt har utredningen valt att använda en så kallad kostnadseffektanalys. Det är en vanlig metod inom ramen för samhällsekonomiska kalkyler för att bedöma nyttan av interventioner i hälso- och sjukvården.

Figur 9.1 illustrerar hur kostnadseffektanalysen fungerar för en intervention. Interventionen kan vara ett nytt arbetssätt, en ny behandling eller som i detta fall en lag om fast omsorgskontakt. Det betyder att de resurser som tas i anspråk för interventionen mäts i kronor, medan nyttan mäts i ett icke-monetärt mått, till exempel antal nöjda omsorgstagare. Ett vanligt mått som används för att uppskatta det här inom hälso- och sjukvården är kvalitetsjusterade vunna levnadsår (QALY efter engelskans Quality Adjusted Life Years)[8], och används till exempel i Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer för hälso- och sjukvård och socialtjänst.[9] QALY beskrivs också av SBU:s handbok som ett lämpligt utfallsmått för hälsorelaterad livskvalitet.[10]

[8] Drummond MF (2015). Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Oxford Press.
[9] www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/ nedladdad 2020-05-27.
[10] Statens Beredning för medicinsk och social utvärdering (2017). Utvärdering av metoder i hälso-och sjukvården och insatser i socialtjänsten. Handbok.

Figur 9.1 Principiell beskrivning av en kostnadseffektanalys



Utredningen har valt att använda måttet kvalitetsjusterade vunna levnadsår (QALY) för att belysa lagförslagets konsekvenser. Med QALY kan man mäta hälsoförbättringar. Måttet kombinerar tid och hälsorelaterad livskvalitet. Det mäts på en skala med ankarpunkterna 1, bästa tänkbara hälsa, och 0, ett tillstånd likvärdigt med död. Ett år med en genomsnittlig hälsorelaterad livskvalitet motsvarande 0,7 blir således lika med 0,7 QALY och två år med samma livskvalitet blir 1,4 QALY. Om en intervention skulle förbättra hälsotillståndet så att livskvaliteten ökar från 0,7 till 0,8 och att den nivån behålls under ett år, blir ”hälsovinsten” 0,1 QALY per person. Den här effekten ska sedan vägas mot kostnaden enligt figur 9.1.

Utredningen menar att kostnadseffektanalys är en bra metod för en ekonomisk analys av fast omsorgskontakt. De huvudsakliga skälen för den bedömningen är att de viktigaste konsekvenserna av lagförslaget förmodligen är bättre hälsa och livskvalitet för både omsorgstagare och personal samt sannolikt också anhöriga. Trots den osäkerhet som tidigare beskrivits väljer utredningen att redovisa hypotetiska men sannolika exempel, som framför allt demonstrerar hur värdet av lagförslaget kan bedömas.

Välfärdsinsatser, inklusive hälso- och sjukvård, har ett inneboende egenvärde som inte enbart kan värderas med framtida kostnadsminskningar (besparingar). Det inneboendet egenvärdet bestäms genom individuella eller kollektiva betalningsviljestudier. När kostnadseffektanalys tillämpas används tröskelvärden som ett uttryck för vår kollektiva betalningsvilja, vilket konkretiseras nedan.

9.5.4 Nyttan av lagförslaget – en ansats till kostnadseffektanalys

Som utredningen tidigare lyft fram finns inga försök eller erfarenheter från varken Sverige eller andra länder som gör det möjligt att bedöma effekter av lagförslaget med hög precision. Det betyder att, det är enklare att uppskatta kostnaderna förenade med lagförslaget än att bedöma nyttan av det. Utredningen väljer dock att ge några exempel på troliga positiva effekter av lagförslaget som kan vara tillräckligt gynnsamma för att motivera kostnaden. Utredningen vill i sammanhanget understryka att exemplen bygger på antaganden då det empiriska underlaget är begränsat.

Den fasta omsorgskontakten kan, enligt utredningens förslag, upptäcka tidiga tecken på depression eller kognitiva nedsättningar så att behandling kan sättas in. Andra exempel på fördelar med den fasta omsorgskontakten är att hen kan upptäcka tecken på undernäring eller bristande följsamhet av läkemedelsordinationer, vilket kan minska risken för komplikationer och behov av sjukvård. Vidare kan förutsättningarna förbättras för att systematiskt undanröja olycksrisker i hemmet. Det kan handla om riskabla duschar/badkar, lösa mattor eller dålig nattbelysning, vilket har visad effekt på fallolyckor. Det här är exempel på positiva hälsoeffekter, vilka kan leda till kostnadsminskningar inom den regionala och kommunala hälso- och sjukvården samt hemtjänsten.

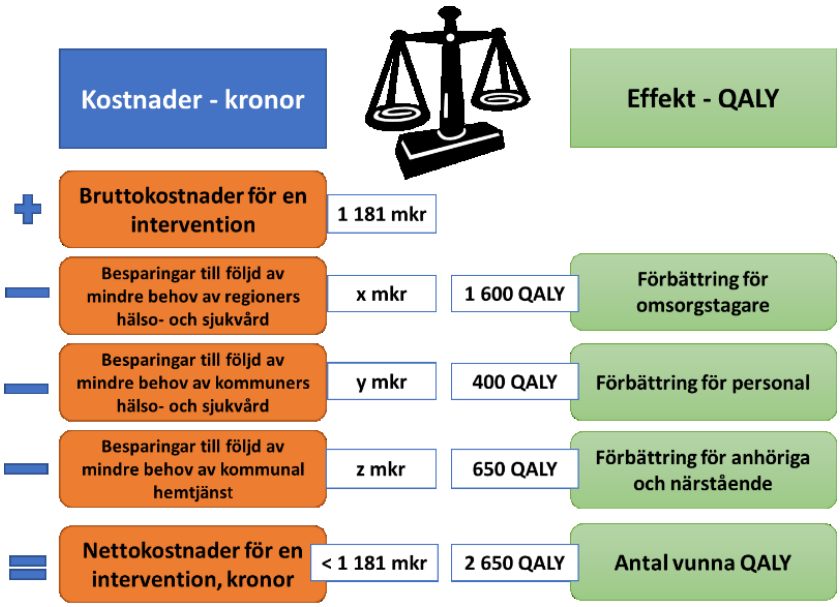
Utredningens kartläggning (kapitel 3) visar att arbetet med fast omsorgskontakt kan minska personalomsättningen och sjukfrånvaron. Det kan också bidra till ökad trivsel och nöjdhet hos personalen, vilket kan leda till bättre personalhälsa. Kartläggningen visar att sjuktalen i en kommun gick ner till 8–9 procent från 14 procent efter ett utvecklingsarbete där bland annat den fasta omsorgskontaktens roll stärktes. På motsvarande sätt minskade sjukfrånvaron i en annan kommun med ett välfungerande omsorgsskap. En viktig

förklaring, enligt kommunen, var det utökade handlingsutrymmet för personalen.

Ytterligare en grupp som sannolikt gynnas är anhöriga och närstående. Om den formella omsorgen fungerar väl minskar de anhörigas oro, vilket också kan bidra till bättre hälsa för dem. När man mäter hälsorelaterad livskvalitet är oro och ångest en viktig parameter.

Som utredningen tidigare beskrivit finns det goda skäl att anta att lagförslaget bidrar till kostnadsminskningar inom den regionala och kommunala hälso- och sjukvården, samt hemtjänsten. Utredningen kan dock inte beräkna besparingens storlek, utan de symboliseras med olika besparingseffekter x, y och z i figur 9.2.

Figur 9.2 En modell för ekonomisk analys av införande av fast omsorgskontakt



Besparingseffekterna kan till exempel handla om att minska risker i hemmet, och i förlängningen också fallolyckor. Totalt vårdades cirka 50 000 personer, 65 år och äldre, för fallolyckor i slutenvården

2018.[11] Samhällskostnaderna för äldres fallolyckor uppskattades 2014 till cirka 10 miljarder kronor[12] exklusive produktionsbortfall eftersom hemtjänstmottagare i regel inte förvärvsarbetar. Det saknas uppgifter om hur stor andel av de äldre med hemtjänst som har drabbats av fallolyckor. Det är rimligt att det handlar om en betydande andel som följaktligen skulle påverkas av arbetet med fast omsorgskontakt. Även om arbetet med fast omsorgskontakt endast marginellt påverkar inläggningar i slutenvården till följd av fallskador, skulle det ge avsevärda besparingseffekter i såväl regioners som kommuners hälso- och sjukvård liksom hemtjänst (Figur 9.2).

Besparingar inom hemtjänsten kan handla om minskad personalomsättning och lägre sjukfrånvaro som kan leda till lägre kostnader för nyrekrytering och administration m.m. En fast omsorgskontakt kan också bidra till en mer effektiv och samordnad hemtjänst. Det kan till exempel handla om att insatser genomförs på rätt sätt och samordnas med omsorgstagarens andra aktiviteter och hälso- och sjukvårdsåtgärder.

Sammantaget bedömer utredningen att det finns ett flertal besparingseffekter av lagförslaget. Lagförslagets nettokostnad kan således bli mindre än den kalkylerade bruttokostnaden för lagförslaget.

Hälsoförbättringar för omsorgstagare, anhöriga och personal

Kan nettokostnaden motiveras med hälsoförbättringar för omsorgstagare, anhöriga och personal? Antag att de som har hemtjänst och fast omsorgskontakt, uppskattningsvis 156 000 personer[13], varje år skulle få en förbättrad hälsorelaterad livskvalitet, med anledning av den fasta omsorgskontaktens arbete. Det kan handla om färre, och mindre svåra, depressioner eller något av de övriga hälsorelaterade effekter som tidigare beskrivits. Antag vidare att den genomsnittliga förbättringen motsvarar 0,01 på QALY-skalan. Genom att multiplicera antalet personer med förbättringen erhålls en total årlig förbättring om 1 600 QALY (Figur 9.2).

[11] www.folkhalsomyndigheten.se. hämtad 2020-09-11.
[12] Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2014). Fallolyckor – statistik och analys.
[13] Tabell 1. Här uppskattar utredningen att 90 % av äldre med hemtjänst kommer att få en fast omsorgskontakt till följd av lagförslaget.

Sannolikt kan även en hälsoförbättring hos personalen förväntas. En nyligen publicerad studie[14] visar att om hög arbetslastning kan undvikas kan hemtjänstpersonalen förbättra sin QALY med 0,035. Om man antar att en fjärdedel av de 28 procent i studien som man ansåg ha en hög arbetsbelastning skulle få en bättre en arbetsmiljö genom införandet av fast omsorgskontakt skulle det motsvara en vinst på över 400 QALY (Figur 9.2).

Enligt en annan studie[15] har 37 procent av alla 65 år och äldre stöd från anhöriga eller närstående varje vecka med praktiska uppgifter. Om anhöriga till dessa drygt 64 000 omsorgstagare i genomsnitt kan förbättra sin QALY med 0,01 så motsvarar det cirka 650 QALY (Figur 9.2).

Om vi lägger samman de uppskattade QALY till följd av förbättringar för omsorgstagare, personal och anhöriga blir summan 2 650 vunna QALY. När det här relateras till kostnaden för lagförslaget blir kostnadseffektivitetskvoten cirka 450 000 kronor per vunnet QALY.

Enligt praxis[16] är en intervention eller metod kostnadseffektiv om kostnaden för den underskrider 500 000 kronor per vunnet QALY. I praktiken finns då i samhället en betalningsvilja för interventionen. Således torde lagförslagets hälsoeffekter vara så pass värdefulla att de motiverar kostnaden ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Det oavsett om man inkluderar förmodade besparingar som hänvisas till ovan, exempelvis besparingar till följd av fallskadeprevention. Utredningen har valt att inte uppskatta eventuella besparingar för detta eftersom omfattningen av besparingarna är befattade med stor osäkerhet.

9.6 Sammanfattande analys av kostnader och positiva effekter

Enligt finansieringsprincipen ska kommunerna kompenseras för de nya uppgifter som förslaget innebär. Lagförslagets kostnadsmässiga konsekvenser uppgår till knappt 1 200 miljoner. Kostnadsökningarna

[14] Sjöberg, A., Pettersson-Strömbäck, A., Sahlén, K-G., Lindholm, L., Norström, F. (2020). The burden of high workload on the health-related quality of life among home care workers in Northern Sweden. International Archives of Occupational and Environmental Health. https://doi.org/10.1007/s00420-020-01530-9.
[15] Ulmanen, P., Szebehely, M. (2015). From the state to the family or to the market? Consequences of reduced residential eldercare in Sweden. Int J Soc Welf. 24:81–92.
[16] Utvecklad främst av Socialstyrelsen och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV).

kommer att variera mellan kommunerna beroende på hur de i dag arbetar med fast omsorgskontakt. De utförare som redan har en verksamhet som i stor utsträckning överensstämmer med lagförslaget kommer att få små kostnadsökningar och tvärt om. Kostnadsökningarna berör bara kommunerna och inte regionerna.

Nettokostnaderna ska dock relateras till de positiva effekter som lagförslaget kan medföra. Utredningen har gjort ett antal antaganden om storleken på de positiva effekterna. De här antagandena är befattade med stor osäkerhet. Sammantaget bedömer utredningen att det inte, med hög grad av säkerhet, går att bedöma om lagförslaget är kostnadseffektivt eller inte. Utredningen har dock redovisat för vissa positiva effekter som pekar mot att lagförslaget kan vara kostnadseffektivt.

Med ett samhällsekonomiskt perspektiv är skatter normalt en transferering som inte ingår i en ekonomisk analys. Med ett kommunalt budgetperspektiv bör kommunernas ökade skatteintäkter ses som en intäkt. Det innebär att kommunernas kostnad minskar från cirka 1 200 miljoner till cirka 1 000 miljoner om man utgår från att 20 procent av lönekostnaderna återgår till kommunen i form av skatteintäkt. På motsvarande sätt får regionerna knappt 90 miljoner i ytterligare skatteintäkt om man utgår från 10 procent av lönekostnaderna.

9.7 Kostnadsanalys av alternativa lösningar

De alternativa lösningar som presenterats i avsnitt 9.3, ”mjuk styrning” och ”detaljreglering” skiljer sig kostnadsmässigt från lagförslaget om fast omsorgskontakt. Alternativet med mjuk styrning blir billigare och alternativet med detaljreglering blir dyrare.

Alternativet med detaljreglering blir dyrare eftersom administrativa system för införandet av den föreslagna regleringen måste byggas lokalt, att tillsyn och kontroll från statliga myndigheter blir mer omfattande och att ytterligare personalkostnader kan tillkomma. Hur mycket dyrare beror på hur omfattande detaljregleringen blir. Både mjuk styrning och detaljreglering avisas i avsnitt 9.3 av andra skäl än kostnadsmässiga, varför ytterligare analyser inte ger något mervärde.

9.8 Konsekvenserna för den kommunala självstyrelsen

Ett parlamentariskt och representativt statsskick samt den kommunala självstyrelsen är grunden i den svenska folkstyrelsen. Enligt 14 kap. 3 § i regeringsformen bör en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den.

Utredningen menar att lagförslaget om fast omsorgskontakt innebär en inskränkning för den kommunala självstyrelsen men att det kan motiveras med förslagets övergripande syften. Införandet av fast omsorgskontakt i lag säkerställer att äldre med hemtjänst i hela landet oavsett regiform, erbjuds en fast omsorgskontakt. Lagförslaget syftar också till att stärka kvaliteten inom hemtjänsten genom förbättrad personalkontinuitet, mer individanpassad, säker och trygg omsorg. Kompetenskravet, det vill säga att den fasta omsorgskontakten ska inneha yrkestiteln undersköterska, menar utredningen bidrar till att nå målen om en säker och trygg omsorg. Ett kompetenskrav professionaliserar också hemtjänsten vilket i förlängningen kan öka yrkets attraktivitet och status. En mindre ingripande lösning, som att till exempel föreslå att den fasta omsorgskontakten ska inneha yrkestiteln undersköterska eller ”motsvarande kompetens” bedömer utredningen inte vara ändamålsenlig. En sådan lösning skulle inte bidra till den enhetlighet i den kompetens som utredningen bedömer som nödvändig för rollen som fast omsorgskontakt. Att koppla en gemensam kompetensstandard till den fasta omsorgskontaktens roll menar utredningen är nödvändig för att säkerställa en trygg och säker omsorg. Hemtjänstens problem med bristande kontinuitet och kompetens innebär risker för omsorgstagare och även försämrad livskvalitet. Bristande kontinuitet har också enligt utredningen negativa konsekvenser för personalen och anhöriga.

Utredningen har valt att inte i lag reglera den fasta omsorgskontaktens arbetssätt utan i stället enbart reglera de mål som ska gälla för arbetet. Det innebär att kommuner inom ramen för sina lokala rutiner och processer kommer kunna utforma arbetssätt för den fasta omsorgskontakten som passar respektive kommuns förutsättningar.

Sammantaget bedömer utredningen att den inskränkning som lagförslaget innebär för den kommunala självstyrelsen inte går ut-

över vad som är nödvändigt med hänsyn till vad utredningen vill uppnå med lagförslaget.

9.9 Förutsättningar för företagen

Lagförslaget innebär att äldre med hemtjänst ska erbjudas en fast omsorgskontakt. Privata utförare kommer således behöva arbeta i enlighet med regelverket.

Uppgifter från Kolada för 2019 visar att hemtjänst i enskild regi bedrevs i 122 kommuner. Samma år hade cirka 17 procent av äldre personer hemtjänst i enskild regi.[17]

Hemtjänstverksamhet i enskild regi omfattar, utöver företag, även ett antal (29 stycken) föreningar, stiftelser och samfälligheter. Det finns, enligt uppgifter från IVO, 357 företag som har tillstånd att bedriva hemtjänst. Av de 357 företagen har 19 tillstånd att bedriva annan typ av verksamhet utöver hemtjänst. Det kan handla om ledsagarservice, personlig assistans m.m. Det kan också vara så att några av dessa företag även driver annan verksamhet som inte är tillståndspliktig. För 13 företag saknas uppgifter gällande omsättning.[18] Av de 344 företag där det finns uppgifter om omsättning finns 167 företag som har en omsättning på 0–10 miljoner kronor, 148 företag med en omsättning på 10–100 miljoner kronor, och 22 företag med en omsättning på 100–1 000 miljoner kronor och sju företag med en omsättning mellan 1 000 miljoner kronor och 4 200 miljoner kronor (tabell 9.3).

Små företag har i snitt nio anställda, mellanstora, har i snitt 53 anställda och stora företag, har i snitt 460 anställda. De sju största företagen har i snitt nästan 6 000 anställda eller mellan 2 000–20 000 anställda (tabell 9.3).

[17] Socialstyrelsen (2020). Statistik om äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform 2019.
[18] IVO skriftligen 2020-08-21.

Tabell 9.3 I tabellen anges företagens omsättning och antal anställda (såväl spann som medelvärde)

Företag	Antal	Omsättning (miljoner kr)	Anställda (spann)	Anställda (medelvärde)
Små	167	0–10	0–50	9
Medelstora	148	10–100	10–300	53
Stora	22	100–1 000	80–1 000	460
De största	7	1 000–4 200	2 000–20 000	6 000

Källa: Uppgifter från IVO 2020-08-21.

En av intentionerna med lagförslaget är att personalkontinuiteten i hemtjänsten ska främjas. Utförare med högre andel fast anställda undersköterskor har lättare att tillgodose lagens intentioner, om god personalkontinuitet, jämfört med utövare med många tidsbegränsade anställningar. Privata utförare har i genomsnitt 37 procent anställda med tidsbegränsade kontrakt och kommuner har 27 procent.[19] Andra faktorer som påverkar personalkontinuiteten är antalet deltidsanställningar hos utföraren. Andelen deltidsanställda var 72 procent hos privata utförare, jämfört med 61 procent i kommunalt driven äldreomsorg år 2017.[20]

Utförare med större andel tidsbegränsade anställningar kan förväntas ha en högre personalomsättning. När personalen byts ut behöver nya fasta omsorgskontakter utses och introduceras, varefter en trygg relationen mellan omsorgskontakten och omsorgstagare behöver skapas.

Utredningen har inte funnit några belägg för att konkurrensen mellan privata och offentliga aktörer påverkas till följd av transaktionskostnader. Små företag bedöms inte missgynnas eftersom den administrativa tillkommande bördan är marginell.

[19] www.kommunal.se/sites/default/files/kommunal-rapport-flexibilitetens-pris.pdf.
[20] Kommunal (2018). Så mycket bättre? – En jämförelse av anställningsvillkor och löner i den privat och kommunalt driven äldreomsorg.

9.10 Konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män

Hemtjänsten är en av de mest kvinnodominerande yrkesgrupperna i Sverige. Yrket karakteriseras av dåliga arbetsförhållanden och både låg lön och status. Av utredningens kartläggning (kapitel 3) framgår att ett formellt utbildningskrav för fast omsorgskontakt skulle kunna höja statusen för yrket. Det kan i sin tur leda till en ny karriärväg i hemtjänstyrket och möjlighet till högre lön. I förlängningen kan det ha en positiv effekt på jämställdheten genom att villkoren för de personer som arbetar inom det här kvinnodominerade yrket förbättras.

Många äldre förlitar sig på stöd från anhöriga och närstående i sin vardag. En nyligen publicerad studie visar att omfattande informella insatser ges till dem som har hemtjänst, framför allt gruppen yngre hemtjänstmottagare.[21]

I en rapport från Socialstyrelsen framgår att både män och kvinnor ger omsorg till sina anhöriga. Det är generellt lite vanligare att kvinnor är omsorgsgivare än att män är det; 20 procent av kvinnorna och 16 procent av männen. Däremot upplever kvinnor i högre grad än män att omsorgsgivande påverkar livskvaliteten negativt. Omsorgsgivande påverkar möjligheterna att förvärvsarbeta och studera, särskilt i åldersgruppen 30–44 år, och i högre grad för kvinnor än för män.

Ulmanen m.fl.[22] visar att kvinnor i större utsträckning, än män, är omsorgsgivare till sina föräldrar när föräldrarna har en låg utbildningsbakgrund. I den här gruppen hade 40 procent stöd av en dotter och 28 procent stöd av en son. Studien visar att i gruppen äldre med hög utbildningsnivå finns inga skillnader mellan män och kvinnor när det gäller anhörigstödet.

Genom de förändringar som föreslås i lagförslaget är tanken att den fasta omsorgskontakten ska bistå med kontakter till andra yrkesgrupper och samordna insatser. Det här kan avlasta de anhöriga som inte längre behöver vara ”spindeln i nätet”. Utredningen bedömer att det här kan få positiva effekter för jämställdheten, då kvinnor generellt i större utsträckning än män bistår sina anhöriga med informellt

[21] Wimo, A, m.fl. (2020). Informell och formell vård hos äldre personer i ordinärt boende – förändringar och samspel över tid 2001–2015 i SNAC projektet.
[22] Ulmanen, P., Szebehely, M. (2015). From the state to the family or to the market? Consequences of reduced residential eldercare in Sweden. Int J Soc Welf. 24:81–92.

stöd. Effekterna torde bli större i de grupper där utbildningsnivån hos omsorgstagare är lägre.

9.11 Konsekvenser för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen

Målet för integrationspolitiken är lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter för alla, oavsett etnisk och kulturell bakgrund. En av de viktigaste hörnstenarna i målet är integrationen på den svenska arbetsmarknaden.

En betydande andel av de som jobbar inom äldreomsorgen är födda i ett utomnordiskt land. Uppgifter från 2018 visar att nästan var fjärde vårdbiträde och undersköterska i äldreomsorgen, eller 48 139, var födda utanför Europa. Både andelen och antalet har kontinuerligt ökat under de senaste åren.[23] Lagförslaget kan ha en positiv påverkan på möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen om den här gruppen får möjligheter till en karriärväg inom hemtjänsten och aspekterna av kvalitet och säkerhet beaktas.

9.12 Konsekvenser för sysselsättningen

Utredningens bedömning är att hemtjänsten kommer att behöva nyanställa cirka 2 500 undersköterskor. Det totala antalet sysselsatta i Sverige i början på året var över fem miljoner[24] vilket var en ökning med 34 000 personer. Konsekvenserna för arbetsmarknaden i stort måste därför bedömas som försumbara.

9.13 Förslagens överensstämmelse med de skyldigheter som följer Sveriges anslutning till EU

Lagförslaget bedöms inte ha någon betydelse för de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till den Europeiska unionen.

[23] www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__AM__AM0208__AM0208B/YREG65/.
[24] www.scb.se/contentassets/9d3fad266baf4bef96321252f80c7710/am0401_2019a01_sm_am12sm2001.pdf.

10 Författningskommentar

10.1 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

5 kap.

5 a §

Äldre personer som har beviljats hemtjänst med stöd av 4 kap. 1 eller 2 a §§ ska erbjudas en fast omsorgskontakt för att tillgodose dennes behov av trygghet, kontinuitet, individanpassad omsorg och samordning, om det inte bedöms vara uppenbart obehövligt.

Bestämmelsen är ny och behandlas i avsnitt 7.2.

Bestämmelsen innebär att äldre personer som har beviljats hemtjänst ska erbjudas en fast omsorgskontakt inom ramen för verkställigheten, om det inte bedöms vara uppenbart obehövligt. Det gäller hemtjänst som beviljats med stöd av 4 kap. 1 eller 2 a §§, socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Bestämmelsen förutsätter en bedömning i varje enskilt fall för att avgöra om ett erbjudande av fast omsorgskontakt är uppenbart obehövligt eller inte. Innebörden av uppenbarhetsrekvisitet är att undantaget ska tillämpas restriktivt. Exempel på omsorgstagare som kan komma att omfattas av undantagsbestämmelsen är de med enstaka eller få insatser. Det kan handla om omsorgstagare som har trygghetslarm, matdistribution eller hjälp med städning och inköp. Det behöver dock inte vara typen av eller antalet insatser som avgör huruvida en omsorgskontakt behöver erbjudas eller inte. Det finns omsorgstagare med begränsat antal insatser som kan behöva stöd med att planera och strukturera vardagen och ha behov av att samordna kontakter till andra yrkesgrupper och myndigheter. Även omsorgstagare med begränsade sociala nätverk och måttliga kognitiva nedsättningar utan ett stort behov av hemtjänst-

insatser kan behöva en omsorgskontakt. Den äldres egen syn på behovet ska också beaktas i bedömningen.

Bestämmelsen förutsätter att den fasta omsorgskontakten ska vara en för den äldre utpekad person. Det finns dock inga hinder för verksamheterna att utse vice fasta omsorgskontakter eller motsvarande.

Kraven i bestämmelsen innebär att verksamheten behöver planera arbetet med den fasta omsorgskontakten i syfte att tillgodose den äldres behov av kontinuitet, trygghet, individanpassad omsorg och samordning. En utgångpunkt för att nå de angivna målen är att möjliggöra för den fasta omsorgskontkaten att arbeta i nära relation till sin omsorgstagare och få en god personkännedom om hen. Det förutsätter i sin tur att den fasta omsorgskontakten ska ges möjlighet att träffa sin omsorgstagare med viss frekvens och regelbundenhet. Samordning kan uppnås genom att den fasta omsorgskontakten informerar och samverkar med anhöriga och närstående, arbetslaget i hemtjänsten och andra aktuella yrkesgrupper som är delaktiga i den äldres situation som till exempel legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal hos kommunen, regionen och privata vårdgivare (med beaktande av reglerna om sekretess- och tystnadsplikt).

5 b §

Som fast omsorgskontakt får bara den som innehar yrkestiteln undersköterska i enlighet med bestämmelserna i 3 kap. 3 § tredje stycket i denna lag och i 4 kap. 5 a § patientsäkerhetslagen (2010:659) utses.

Bestämmelsen är ny och behandlas i avsnitt 7.3.

Bestämmelsen innebär att enbart personer som innehar yrkestiteln undersköterska enligt bestämmelserna i 3 kap. 3 § tredje stycket SoL och 4 kap. 5 a § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, får utses som fast omsorgskontakt. Bestämmelserna i 4 kap. 5 a § PSL och 3 kap. 3 § tredje stycket SoL reglerar förutsättningarna för att man ska få ett bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska på socialtjänstens område. De nämnda bestämmelserna i SoL och PSL föreslås träda i kraft den 1 januari 2025 enligt förslagen om skyddad yrkestitel för undersköterskor i betänkandet Stärkt kompetens i vård och omsorg (SOU 2019:20) och departementspromemorian Regler-

ing av undersköterskeyrket – kompetenskrav och övergångsbestämmelser (Ds 2020:15).

Ikraftträdande

Bestämmelsen i 5 kap. 5 a § SoL, som reglerar skyldigheten att erbjuda äldre personer en fast omsorgskontakt, föreslås träda i kraft den 1 januari 2022. Bestämmelsen i 5 kap. 5 b § SoL, som reglerar att den fasta omsorgskontakten ska inneha yrkestiteln undersköterska föreslås träda i kraft den 1 januari 2030.

Särskilda yttranden

Särskilt yttrande av experten Jonas Hampus

Tanken om en fast omsorgskontakt inom hemtjänsten är i grunden en god idé som också tillämpas i många kommuner. Utredningen har i sin undersökning av området kunnat konstatera att den tillämpning som finns i landet upplevs som positivt från såväl brukare som medarbetare och organisation. Frågan är då varför det behöver regleras i lag? Det enkla svaret på det är att det behövs för att uppnå en jämlik kvalitet över hela landet i den här delen. Det är en fråga om en jämlik socialtjänst.

Det är därför mycket olyckligt att den åldersavgränsning som finns i utredningsdirektivet undergräver förutsättningarna för utredningen att lämna ett förslag som innebär en mer jämlik socialtjänst. Omkring 10 % av dem som idag får hemtjänst är under 65 år och många av dem har behov av en fast omsorgskontakt. Eftersom någon justering av utredningsdirektiven inte har begärts så blir det omöjligt för utredningen att lämna ett förslag som skulle ha kunnat stärka och utveckla socialtjänsten till att bli mer kvalitativt jämlik.

Med tanke på att en jämlik socialtjänst är en så grundläggande fråga så hade det varit angeläget att i utredningen belysa den här problematiken i en djupare mening. Frågan är om den kvalitet som ett införande av en fast omsorgskontakt för äldre innebär är proportionerlig i förhållande till den ojämlikhet som uppstår genom att bara erbjuda den till en grupp människor som finns inom ett visst åldersspann även om behoven är lika?

Min slutsats är att det inte är proportionerligt. En ökad jämlikhet (eller utebliven minskad jämlikhet) mellan människor är en viktigare kvalitet i ett välfärdssamhälle än införandet av en fast omsorgskontakt såsom utredningen nu är inskränkt till att föreslå.

När utredningens förslag bereds vidare är det ytterst angeläget att formuleringen i författningsförslaget görs åldersneutral så att den omfattar alla vuxna människor. Genom socialtjänstlagen ska alla vuxna, oavsett ålder, vara garanterade samma möjligheter/erbjudanden när behoven är lika.

I det andra författningsförslaget finns en vällovlig tydlighet när det gäller vilken yrkestitel som ska kunna uppbära rollen som fast omsorgskontakt. Den riskerar dock att snabbt bli upphunnen av den utveckling av professioner som kan komma att finnas omkring den enskilde inom hemtjänsten i framtiden.

För att författningsförslaget ska vara hållbart över tid så behöver det vara mer öppet formulerat för att möta framtidens hemtjänstlandskap.

Förslag till författningsskrivning bör vara:

”5 b § Som fast omsorgskontakt får bara den personal utses som har lämplig utbildning och erfarenhet för utförande av uppgifter inom socialtjänsten.”

Både avgränsningen i ålder och avgränsningen i forma kompetenskravet undersköterska riskerar att, både var för sig och tillsammans, göra organisering, planering och genomförande av hemtjänst ännu mer komplex och de kvalitativa fördelar som utredningens förslag är tänkta att uppnå riskerar att utebli och/eller få motsatt effekt.

Särskilt yttrande av sakkunniga Joanna Hägg, Finansdepartementet

Utredningen föreslår att det i lag ska införas ett krav om fast omsorgskontakt. Enligt förslaget ska den fasta omsorgskontakten inneha yrkestiteln undersköterska.

I 14 och 15 §§ kommittéförordningen (1998:1474) ställs det krav på att konsekvenserna ska utredas när kommunerna åläggs en ny uppgift. Jag anser att utredningen inte på ett uttömmande vis har utrett konsekvenserna av kompetenskravet i enlighet med dessa bestämmelser. Det saknas fördjupade resonemang av vad det innebär för kommunerna att endast en viss yrkesgrupp får utföra denna uppgift, t.ex. för möjligheterna och kostnaderna för att organisera och planera verksamheten, bl.a. mot bakgrund av den rekryteringsproblematik som många kommuner står inför. Utredningsunderlaget uppfyller inte de krav som direktiven ställer på att överväga för- och nackdelar med att ställa särskilda kompetenskrav på den som ska arbeta som fast omsorgskontakt. Trots den inskränkning i den kommunala självstyrelsen som kompetenskravet innebär saknas det en tillräcklig motivering till varför ingen annan yrkesgrupp är lämpad att utföra uppgifterna som fast omsorgskontakt. Nackdelarna som kan följa med kompetenskravet och inskränkningen i den kommunala självstyrelsen uppvägs inte genom att ikraftträdandet skjuts upp till 2030.

Därtill belyser utredningen inte riskerna med att knyta kompetenskravet till ett ännu inte genomfört förslag om skyddad yrkestitel (SOU 2019:20). Den utredningen gjorde bedömningen att en reglering som förbehåller vissa arbetsuppgifter till undersköterskor skulle ”innebära avsevärda inskränkningar i den kommunala självstyrelsen samt riskera att medföra svåröverskådliga konsekvenser för arbetsgivarna”. Utredningen Fast omsorgskontakt i hemtjänsten har inte redovisat hur de kommer till en annan slutsats. För den fortsatta beredningen av frågan hade för- och nackdelar behövt belysas mer grundligt och konsekvensanalysen fördjupas.

Särskilt yttrande av experten Eva Sahlén

5 kap. 5 a § SoL

Utredningen föreslår en reglering av en fast omsorgskontakt inom hemtjänsten. Förslaget omfattar hemtjänst som tillhandhålls efter individuell behovsprövning enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, samt hemtjänst som tillhandahålls utan förgående individuell behovsprövning enligt 4 kap. 2 a § SoL. Avsikten är enligt utredningen att den fasta omsorgskontakten ska utgöra en del av den verksamhet som verkställer den äldres hemtjänstinsatser. Den fasta omsorgskontakten ska således enligt utredningen inte erbjudas inom ramen för biståndshandläggningen.

Utredningens förslag till bestämmelse är emellertid inte tydlig i detta avseende. Enligt den föreslagna bestämmelsen ska äldre personer som har beviljats hemtjänst med stöd av 4 kap. 1 § eller 2 a § SoL erbjudas en fast omsorgskontakt för att tillgodose dennes behov av trygghet, kontinuitet, individanpassad omsorg och samordning. Att i den föreslagna bestämmelsen ange att den fasta omsorgskontakten ska tillgodose den äldres behov skapar otydlighet i förhållande till biståndsbedömningen enligt 4 kap. 1 § SoL. Enligt 4 kap. 1 § SoL har den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt. Att i den föreslagna bestämmelsen ange att den fasta omsorgskontakten ska tillgodose behov skapar otydligheter i hur de två bestämmelserna förhåller sig till varandra. Detta gäller även i förhållande till 4 kap. 2 a § SoL enligt vilken den enskilde själv bedömer om denne har ett behov av sådan hemtjänst som socialnämnden tillhandahåller utan föregående individuell behovsprövning. Den kursiverade skrivningen ovan bör därför i sin helhet tas bort i den föreslagna bestämmelsen. Istället bör bestämmelsen ange att den äldre som beviljats hemtjänst med stöd av 4 kap. 1 § eller 2 a § SoL ska erbjudas en fast omsorgskontakt. Den uppräkning som görs i den kursiverade skrivningen kan istället tas in och utvecklas i författningskommentaren. En sådan uppräkning i bestämmelsen kan uppfattas som uttömmande och därmed bli helt styrande i fråga om vad uppdraget ska innebära, vilket är ytterligare ett skäl att detta inte anges direkt i lag.

Vidare ska det enligt förslaget vara möjligt att göra undantag från kravet att erbjuda en fast omsorgskontakt om det bedöms vara uppenbart obehövligt. Utredningen anför att man med uppenbarhetsrekvisitet vill understryka att restriktivitet ska råda vid tillämpningen av undantagsbestämmelsen. Samtidigt anförs som exempel på undantag de med enstaka eller få serviceinsatser, eller omsorgstagare som enbart har trygghetslarm och/eller matdistribution. De exempel på undantag som anges i betänkandet är fullt rimliga. Att i lagstiftning ange att något ska vara uppenbart obehövligt innebär emellertid att det ska stå fullt klart att åtgärden ifråga inte skulle uppnå någonting av värde. Det är ett rekvisit som i detta sammanhang är allt för högt ställt. Det föreslagna undantaget bör således inte förutsätta att någon är uppenbart obehövligt utan stanna vid rekvisitet att erbjudandet om fast omsorgskontakt är obehövligt.

5 kap. 5 b § SoL - krav på yrkestiteln undersköterska för att utgöra fast omsorgskontakt

Utredningen förslår att bara den som innehar yrkestiteln undersköterska får utses till fast omsorgskontakt. Det innebär att det införs ett krav på hälso- och sjukvårdsutbildning för utförande av denna uppgift inom socialtjänsten vilket enligt Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) är olämpligt.

Den kommunala vården och omsorgen står inför stora utmaningar det närmaste decenniet. Antalet äldre över 80 år kommer att öka med mer än 50 % till 2030. År 2030 kommer de som är födda 1950 och tidigare att vara 80 år och äldre. Parallellt kommer befolkningen i åldrarna 20 – 64 att minska något och kommunerna kommer ha stora utmaningar med kompetensförsörjningen av personal till verksamheten. Äldreomsorgen kommer av den anledningen att behöva genomgå en hel del förändringar. En ”modernisering” och anpassning till framtida äldres behov och erfarenheter, ett stärkt teamsamarbete både internt och tillsammans med regionernas hälso- och sjukvård samt en betydande digital utveckling av omsorgen kommer att förändra både organisation, krav på kompetenser och metoder/arbetssätt.

I utredningen ges flera exempel på att i de kommuner där man lyckats bäst med både personal- och omsorgskontinuiteten har kommunerna organiserat verksamheten i team – mångprofessionella

och/eller enbart i mindre hemtjänstgrupper. I dessa kommuner kan man ha en fast omsorgskontakt utsedd både i praktiken och/eller på papperet men man arbetar så att hela teamet är känt av den enskilde och att teamet har omsorgskännedomen om den enskilde.

Lagförslaget om erbjudande av fast omsorgskontakt föreslås träda i kraft 2022 medan kravet på att insatsen endast ska kunna utföras av en undersköterska med skyddad yrkestitel beräknas träda i kraft 2030. Äldreomsorgen kommer således under åtta år kunna arbeta med fasta omsorgskontakter från olika kompetenser och yrkestitlar. Under de åtta åren kommer äldreomsorgen att utvecklas och förändras. Både utifrån ett ökat behov av samverkan med regionerna inom Nära Vård utvecklingen, med en ökad digital utveckling av omsorgen, samt kommande omsorgstagares och anhörigas förväntningar på en modernisering av äldreomsorgen.

Den utveckling av äldreomsorgen som kommer att ske innebär nya sätt att organisera omsorgsarbetet på samt att nya kompetenser och yrkestitlar kommer att uppstå. Dessa behöver också kunna utgöra en fast omsorgskontakt långsiktigt.

SKR anser därmed att det är olämpligt att i lagstiftning reglera att endast en specifik yrkesgrupp och yrkestitel ska kunna utgöra en fast omsorgskontakt i hemtjänsten. Något beslut om att regleras yrkestiteln undersköterska i socialtjänstlagen har därtill ännu inte fattats av riksdagen. Att endast undersköterskor ska kunna utses till fast omsorgskontakt riskerar att motverka behovet av förnyelse och förändring i verksamheten. SKR föreslår att man i stället ställer krav på lämplig ”utbildning och kompetens” för uppdraget.

Hemtjänst till personer under 65 år

Utredningens direktiv är avgränsat till att gälla enbart äldre personer med hemtjänst. Utredningen har därför bedömt att de förslag som läggs bara kan omfatta personer över 65 år.

I Socialstyrelsens statistikuppgifter framkommer emellertid att ca 10 % av alla hemtjänstmottagare är yngre än 65 år. En lagstiftning bör inte åldersdiskriminera. SKR anser att förslag om erbjudande av fast omsorgskontakt måste omfatta samtliga personer i behov av hemtjänstinsatser, oavsett ålder.

Sveriges Kommuner och Regioner
Vård och omsorg

Eva Sahlén

Särskilt yttrande av sakkunnige Andreas Vigren, Finansdepartementet

En särskild utredare har haft i uppdrag att föreslå de författningsändringar som krävs för att införa en fast omsorgskontakt i hemtjänsten. Utredaren ska enligt direktivet bland annat:

- överväga för- och nackdelar med att ställa särskilda kompetenskrav på den som ska arbeta som fast omsorgskontakt och då särskilt beakta hur patientsäkerheten för den enskilde påverkas.

Utredningen har på ett förtjänstfullt sätt beskrivit hemtjänstens villkor och arbetet med fasta omsorgskontakter idag, men jag är tveksam till förslaget om att endast undersköterskor får utses till fast omsorgskontakt. Nedan redogör jag för min syn på hur betänkandet uppfyller direktivet i denna del och mina invändningar mot förslaget.

I betänkandet hänvisas till vilka uppgifter omsorgspersonalen förväntas kunna utföra, vilka centrala förmågor en fast omsorgskontakt bör ha och att personal med rätt kompetens krävs i vård och omsorg. Utifrån beskrivningarna framstår dock dessa uppgifter och förmågor i huvudsak, om inte uteslutande, vara sådana som generellt förväntas av personer verksamma inom hemtjänsten. Det saknas en övertygande argumentation som knyter den fasta omsorgskontaktens arbetsuppgifter till nödvändiga kompetenskrav, och som därefter slår fast varför ingen yrkesgrupp utom undersköterskor vore lämpliga att utföra uppgifterna. Det saknas också tydliga argument för varför de fördelar utredningen menar följer av att ställa kompetenskravet inte kan uppnås även om andra yrkesgrupper får vara fast omsorgskontakt.

Det är vidare svårt att förstå varför den fasta omsorgskontaktens arbete innan 2030 kan bedrivas med tillfredsställande resultat utan kompetenskrav, men att arbetet från 2030 och framåt kommer kräva särskilda krav på kompetens. I praktiken riskerar detta endera att innebära att arbetet som fast omsorgskontakt inte utförs av personer med rätt kompetens mellan 2022–2030, eller att arbetet bedrivs lika bra 2022–2030 som efter 2030 och att kompetenskravet därmed inte är befogat. Utredningen har inte presenterat ett tydligt övervägande för den föreslagna ordningen.

Eftersom det föreslås en skyldighet att erbjuda en fast omsorgskontakt kan det föreslagna kompetenskravet ge en ojämlik omsorg i landet om utförare inte kan erbjuda denna kontakt på grund av att

det inte finns tillräckligt många undersköterskor. Även om alla omsorgstagare skulle kunna få en undersköterska som fast omsorgskontakt riskerar undersköterskor hos en utförare, eller i enskilda delar av verksamhetsområden, få en särskilt tung arbetsbörda och mindre möjlighet att möta omsorgstagarna om det råder brist på den yrkesgruppen. Detta samtidigt som det skulle kunna finnas andra yrkesgrupper som kan utföra uppgiften, men som inte är undersköterska. I förlängningen riskerar detta att leda till begränsningar i utförares planeringsförutsättningar samt en försämrad arbetsmiljö för de berörda undersköterskorna. Utredningens lösning är att låta kompetenskravet träda i kraft år 2030, men den bemöter inte i tillräcklig utsträckning inskränkningen i den kommunala självstyrelsen eller kompetens- och rekryteringsproblematiken. Betänkandet Stärkt kompetens i vård och omsorg (SOU 2019:20), som föreliggande utredning i hög grad baserar sitt kompetenskrav på, noterade också dessa risker vid sitt övervägande att förbehålla vissa arbetsuppgifter till undersköterskor (vilket föreliggande utredning i praktiken gör). Den utredningen landade dock i att en sådan typ av reglering skulle ”innebära avsevärda inskränkningar i den kommunala självstyrelsen samt riskera att medföra svåröverskådliga konsekvenser för arbetsgivarna”. Det är otydligt varför föreliggande utredning gör en annan bedömning.

Ytterligare nackdelar med förslaget som inte bemöts i tillräcklig utsträckning är att det, enligt min tolkning, riskerar utesluta personer med högre utbildning än undersköterska, t.ex. sjuksköterskor, från att arbeta som fast omsorgskontakt efter 2030 samt riskerna med att knyta kompetenskravet till en ännu inte genomförd utredning. Ett tillräckligt övervägande saknas också om hur framtidssäkert kompetenskravet är med avseende på förändringar i hemtjänstutövningen och utveckling i olika yrkesgruppers kompetens.

Källförteckning

Offentligt tryck

Dir. 2019:77. Nationell samordnare för en hållbar kompetensförsörjning inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre.

Ds 2020:15. Reglering av undersköterskeyrket – kompetenskrav och övergångsbestämmelser.

Prop. 1979/80:1 del A. Om socialtjänsten.

Prop. 1992/93:129. Om avgifter inom äldre och handikappomsorgen.

Prop. 1996/97:124. Ändring i socialtjänstlagen.

Prop. 1997/98:113. Nationell handlingsplan för äldrepolitiken.

Prop. 2005/06:115. Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre.

Prop. 2008/09:160. Samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten.

Prop. 2009/10:116. Värdigt liv i äldreomsorgen.

Prop. 2013/14:118. Privata utförare av kommunal verksamhet.

Prop. 2017/18:106. Om förenklat beslutfattande om hemtjänst för äldre.

Prop. 2020/21:1. Utgiftsområde 9.

SOU 2008:126. I den äldres tjänst. Äldreassistent ett framtidsyrke.

SOU 2017:21. Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer.

SOU 2019:20. Stärkt kompetens i vård och omsorg.

Betänkande 1996/97:SoU18. Ändringar i socialtjänstlagen.

Övrig litteratur

Ahnlund, P. (2008). Omsorg som arbete. Om utbildning, arbetsmiljö och relationer i äldre- och handikappomsorgen. Umeå universitet. Umeå.

Arbetsmiljöverket (2020). Projektrapport Äldreomsorgen 2017–2019 – Riskfylld arbetsmiljö – utmaningar för framtidens äldreomsorg.

Astvik, W. (2003). Relationer som arbete. Förutsättningar för omsorgsfulla möten i hemtjänsten. Avhandling Arbetslivsinstitutet 2003:8. Stockholm.

Atkinson, C., Crozier, S., Lewis, L. (2016). Factors that affect the recruitment and retention of domiciliary care workers and the extent to which these factors impact upon the quality of domiciliary care. Cardiff Welsh Government.

Bennett, L., Honeyman, M., Bottery, S. (2018). New models of home care. The King's Fund. York.

Bergström, P. (2009). Utveckling av kontaktmannaskap och lärande samtal: en studie genomförd inom äldreomsorgen. FoU-centrum för vård, omsorg och socialt arbete. Linköpings kommun.

Blusi, M., Swan, Å., Sjöström, K., Isaksson, M. (2012). Hemtjänst – vad är viktigt för kunden? Kommunförbundet FoU Västernorrland. Rapport 2012:10.

Daneryd, P. (2015). Skönsmons hemtjänst i Sundsvall. Ett framgångsexempel. Kommunal & Vision.

Djukanovic, I. (2017). Depression in older people – Prevalence and preventive intervention. Linnaeus University Dissertations No 274/2017.

Drugge, C. (2003). Omsorgsinriktat lärande. En studie om lärande i hemtjänsten. Luleå tekniska universitet. Luleå.

Drummond, MF. (2015). Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Oxford Press.

Dunér, A., Olin, E. (2011). En begynnande professionalisering? Om gränsarbete och kompetenskrav inom funktionshindersverksamhet och äldreomsorg. Socialvetenskaplig tidskrift nr 4.

Edebalk, PG., Samuelsson, G., Ingvad, B. (1995). How Elderly People Rank-Order the Quality Characteristics of Home Services. Ageing and Society 15: 83–102.

Eliasson, R. (1992). Egenheter och allmänheter. En antologi om omsorgs och omsorgens villkor. Arkiv Förlag. Lund.

Elmersjö, M. (2014). Kompetensfrågan inom äldreomsorgen. Hur uppfattningar om kompetens formar omsorgsarbetet, omsorgsbehoven och omsorgsrelationen. Linnéuniversitetet. Växjö.

Essén, A. (2003). Kvarboende och äldrevård i hemmet med modern teknik – vad hämmar utvecklingen? Arbetsrapport 2003:5. Institutet för framtidsstudier.

Falk, H., Gustavsson, L., Richt, B. (2001). Kontaktmannaskap en väg till bättre äldrevård. Liber AB Stockholm.

Harnett, T. (2008). Vad vill du ha hjälp med i dag? – utvärdering av Projekt Personlig Service vid Gräshagens hemtjänst. FoU-rapport 2008:2. Äldreomsorg och äldrevård.

Hemberg, J., Sved, E. (2019). The significance of communication and care in one's mother tongue: Patients' views. Nordic Journal of Nursing Research. https://doi.org/10.1177/2057158519877794.

Hjalmarson, I. (2014). Vem ska bestämma vad i hemtjänsten? Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2014:2.

Inspektionen för vård och omsorg (2020) Tillsyn för minskad smittspridning av covid-19 – hemtjänst.

Inspektionen för vård och omsorg (2020). Vad har IVO sett 2019? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019.

Inspektionen för vård och omsorg (2019). Vad har IVO sett 2018? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2018.

Inspektionen för vård och omsorg (2018). Vad har IVO sett 2017? De viktigaste iakttagelserna inom IVO:s tillsyn och tillståndsprövning för verksamhetsåret 2017.

Inspektionen för vård och omsorg (2017). De viktigaste iakttagelserna inom IVO:s tillsyn och tillståndsprövning för verksamhetsåret 2016.

Inspektionen för vård och omsorg (2016). Tillsynsrapport – De viktigaste iakttagelserna inom IVO:s tillsyn och tillståndsprövning för verksamhetsåret 2015.

Inspektionen för vård och omsorg IVO (2013). Äldre efterfrågar kontinuitet Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre – slutrapport.

Johansson, M. (2019). Hemtjänst i gamla hjulspår: äldres erfarenheter av att komma hem från sjukhus. Socialmedicinsk Tidskrift. 96: 868–877.

Jönsson, H., Szehehely, M. (red.) (2018). Äldreomsorger i Sverige – Lokala variationer och generella trender. Gleerups Utbildning AB Malmö.

Kommunal (2018). Personal som stannar – en rapport om arbetsmiljön i äldreomsorgen.

Kommunal (2018). Så mycket bättre? – En jämförelse av anställningsvillkor och löner i den privat och kommunalt driven äldreomsorg.

Kommunal (2019). Svenska språket – A och O inom äldreomsorgen.

Kommunal (2019). Välfärdsteknik för trygghet, hälsa och utveckling i arbetet.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020). Primärt i vården – en studie om befolkningens syn på kontinuitet vid vårdcentraler. Rapport 2020:9.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2014). Fallolyckor – statistik och analys.

Nordén, H. (2004). Karriärstegen: utbildning och utveckling för personal i äldreomsorgen. Kommentus Stockholm.

Nykvist, H. (2017). Framtidens ersättningssystem – hemtjänst och hemsjukvård. Slutrapport för Lunds kommun. Lunds kommun.

Rydenfält, C., Holgersson, C., Östlund, B., Arvidsson, I., Johansson, G., Persson, R. (2020). Picking low hanging fruit – A scoping review of work environment related interventions in the home care sector. Home Health Care Services Quarterly 39:4, 223–237. DOI: 10.1080/01621424.2020.1772936.

Rönnerfält, M., Norman, E., Wennberg, K. (2010). Kontaktmannaskap inom äldreomsorgen (2. uppl.). Gothia Stockholm.

Sand, A-B. (2016). Anhöriga som kombinerar förvärvsarbete och anhörigomsorg (Uppdaterad version). Nationellt kompetenscentrum anhöriga.

SBU (2015). Rehabilitering av äldre med höftfrakturer – interdisciplinära team. En systematisk litteraturöversikt.

SCB (2015). Vård- och omsorgsutbildade – i dag och i framtiden.

SCB (2017). Yrken i Sverige. www.scb.se uppdaterad 2019-03-07.

Sjöberg, A., Pettersson Strömbäck, A., Sahlén, K-G., Lindholm, L., Norström, F. (2020) The burden of high workload on the health related quality of life among home care workers in Northern Sweden. International Archives of Occupational and Environmental Health. https://doi.org/10.1007/s00420-020-01530-9.

Skaraborgs kommunalförbund (2013). Personalkontinuitet i hemtjänst.

SKR (2018). Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden – rekryteringsrapport.

Socialstyrelsen (2006). Vård och omsorgsassistensens kompetens.

Socialstyrelsen (2017). Nationella riktlinjer. Vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning.

Socialstyrelsen (2018). Förslag till nationella kompetenskrav för yrket undersköterska – redovisning av uppdrag till regeringen 20181201. Dnr 4.1.5-31521/2017.

Socialstyrelsen (2018). Stimulansmedel för ökad bemanning inom äldreomsorgen. Uppföljning av 2017 års medel.

Socialstyrelsen (2019). E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2019. Uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna.

Socialstyrelsen (2019). Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2018.

Socialstyrelsen (2019). Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2019.

Socialstyrelsen (2020). Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2020.

Socialstyrelsen (2020). Statistik om äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform 2019.

Socialstyrelsen (2020). Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2020.

Statens Beredning för medicinsk och social utvärdering (2017). Utvärdering av metoder i hälso-och sjukvården och insatser i socialtjänsten. Handbok.

Strandell, R. (2020). Care workers under pressure – A comparison of the work situation in Swedish home care 2005 and 2015. Health & social care in the community. 28(1):137–47.

Sverkersson, E. (2016). Kundupplevd kvalitet i hemtjänsten En kvalitativ studie om den kommunala hemtjänsten i Kalmar. Magisteruppsats. Lunds universitet.

Szebehely, M., Stranz, A., Strandell, R. (2017). Vem ska arbeta i framtidens äldreomsorg? Arbetsrapport 2017:1. Stockholms universitet.

Törnquist, A. (2004). Vad ska man kunna och hur ska man vara. Doktorsavhandling. Lärarhögskolan i Stockholm. Stockholm.

Törnquist, A. (2006). Vård och omsorgsassistensens kompetens – en litteraturgenomgång. Stockholms universitet. Stockholm.

Ulmanen, P. (2015). Omsorgens pris i åtstramningstid – Anhörigomsorg för äldre ur ett könsperspektiv. Avhandling. Rapport i socialt arbete nr. 150. Stockholms universitet.

Ulmanen. P., Szebehely, M. (2015). From the state to the family or to the market? Consequences of reduced residential eldercare in Sweden. Int J Soc Welf. 24:81–92.

Waerness, K. (1983). Kvinnor och omsorgsarbete. Prisma Stockholm.

Wimo, A., Handels, R., Elmståhl, S., Fagerström, C., Fratiglioni, L., Isaksson, U., Larsen, O., Sanmartin Berglund, J., Sjölund, B-M., Sköldunger, A., Wahlberg, M. (2020). Informell och formell vård hos äldre personer i ordinärt boende – förändringar och samspel över tid 2001–2015 i SNAC projektet.

Äldreförvaltningen (2019). Ökad personalkontinuitet inom hemtjänsten. PM Dnr 3.1–408/2019. Stockholms stad.

Rättsfall m.m.

RÅ 2008 ref. 38.
JO beslut 2004-12-30, dnr 1838–2002.

Kommittédirektiv 2019:52

Införande av en fast omsorgskontakt i hemtjänsten

Beslut vid regeringssammanträde den 29 augusti 2019

Sammanfattning

En särskild utredare ska se över och lämna förslag på hur en fast omsorgskontakt kan införas i hemtjänsten, både för verksamheter i privat och i offentlig regi. Syftet med att införa en fast omsorgskontakt är att öka delaktigheten och självbestämmandet för äldre personer som har hemtjänst och att öka tryggheten både för de äldre och deras anhöriga. Utredaren ska även bedöma om en fast omsorgskontakt kan bidra till att förbättra personalkontinuiteten i hemtjänsten så att en äldre person i största möjliga mån får omsorg av samma personal som hon eller han har förtroende för och om en fast omsorgskontakt kan bidra till att insatserna utförs på liknande sätt, oavsett vem i personalgruppen som utför dem.

Förslagen ska gälla

- en fast omsorgskontakts arbetsuppgifter,
- vilka kunskaper och kompetens en fast omsorgskontakt inom hemtjänsten bör ha, samt
- de författningsändringar som krävs för att reglera krav på en fast omsorgskontakt i hemtjänsten.

Uppdraget ska redovisas senast den 1 oktober 2020.

Bakgrund

Hemtjänst

Med hemtjänst avses en behovsbedömd insats i form av service och personlig omvårdnad som utförs i den äldres bostad. Det kan handla om praktisk service som att städa, handla och leverera färdiglagad mat. Beroende på den enskildes behov kan hjälpen också innefatta personlig omvårdnad, till exempel hjälp med hygien, stöd vid förflyttning och annan omsorg. Äldre kvinnor och män som bor i ordinärt boende ska i möjligaste mån kunna leva sitt liv som de vill med en trygg och säker vård och omsorg som bidrar till detta. Den 1 oktober 2018 hade cirka 236 000 kvinnor och män i åldrarna 65 år eller äldre hemtjänst i ordinärt boende. Det är fler kvinnor än män som har beslut om hemtjänst i ordinärt boende. Andelen kvinnor över 65 år som hade hemtjänst i ordinärt boende 2018 var 13,9 procent och motsvarande siffra för män var 8,9 procent.

Utvecklingen det senaste decenniet har varit att allt fler äldre bor hemma i ordinärt boende med insatser från hemtjänsten medan färre bor i särskilt boende. År 2007 hade 18,5 procent av befolkningen 65 år eller äldre någon av dessa insatser, 2018 var andelen knappt 16 procent. Totalt sett har antalet insatser ökat över tid, men eftersom den del av befolkningen som är 65 år eller äldre ökar i snabbare takt har andelen med en insats i denna åldersgrupp minskat över tid. Äldreomsorgens främsta resurs är dess personal som kan bidra till att skapa trygghet och kvalitet för den enskilde. Äldre personer som får hemtjänst värderar kvalitetsegenskaper som är relaterade till personalen högst.

Ett mått på kvalitet är personalkontinuitet som innebär att den äldre, i största möjliga mån, får vård och omsorg av samma personal. Många kvinnor och män med hemtjänst möter i sin vardag personal från olika verksamheter och utförare och från olika yrkesgrupper som till exempel vårdbiträden, undersköterskor eller sjuksköterskor. För de flesta känns det tryggare att få stöd och hjälp av personal som de känner igen och som de har byggt upp en ömsesidig relation till.

Kontaktmannaskap

Kontaktmannaskap inom hemtjänsten innebär att en person, till exempel en undersköterska eller ett vårdbiträde som själv arbetar nära omsorgstagarna, är kontaktperson till en eller flera kvinnor eller män som bor i ordinärt boende. Personen hjälper även till vid kontakt med anhöriga eller andra yrkesgrupper som exempelvis biståndshandläggare, sjuksköterskor eller arbetsterapeuter. Under 1980-talet prövades olika organisationsformer inom äldreomsorgen i kommunerna. Inom hemtjänsten innebar det att arbetet i en del kommuner organiserades så att självstyrande vårdbiträdesgrupper ansvarade för ett antal äldres hjälpbehov. För många äldre ledde en sådan omorganisation till bristande kontinuitet och mer personal, vilket inte låg i linje med den nya socialtjänstlagens intentioner om självbestämmande, flexibilitet, helhetssyn och kontinuitet. För att förändra situationen började flera kommuner organisera arbetet genom kontaktmannaskap.

Kontaktmannaskap innebär en arbetsuppgift som kan ses ur flera olika perspektiv. Ett fungerande kontaktmannaskap kan ur omsorgstagarens perspektiv ge honom eller henne en omsorg som i större utsträckning är anpassad efter det individuella behovet, eftersom den person som arbetar med kontaktmannaskapet är den som känner omsorgstagaren bäst. Relationen mellan omsorgstagaren och personalen kan i sin tur bidra till att omsorgstagaren får ett ökat inflytande över sin situation. Sett ur ett anhörigperspektiv innebär ett kontaktmannaskap också att det finns en utpekad huvudansvarig inom arbetsgruppen som anhöriga eller närstående kan vända sig till. Ett kontaktmannaskap kan, sett ur personalens perspektiv, även ge medarbetaren en möjlighet att ta ett större ansvar i sitt arbete, vilket till exempel kan bidra till ett fördjupat engagemang och ett större inflytande över arbetet. På samma sätt som anhöriga eller närstående vet vem de ska kontakta i personalgruppen, vet personalen vem de kan vända sig till om de behöver nå en släkting eller vän till den äldre. Enligt Socialstyrelsens öppna jämförelser är andelen personer med en namngiven person som de kan vända sig till 83 procent i hemtjänsten för hela riket.

Personal som i dag arbetar med kontaktmannaskap inom hemtjänsten kan ha flera olika arbetsuppgifter. I många fall arbetar personalen själv nära omsorgstagarna med att ge vård och omsorg, och

har erfarenhet och känner väl till både omsorgstagarna och kollegorna i arbetslaget. En uppgift inom kontaktmannaskapet är i regel att ha ett helhetsperspektiv och koordinera alla inblandande runt en äldre person och att skapa trygghet kring de insatser som ges inom hemtjänsten, till exempel genom att verka för att samtliga i personalgruppen utför arbetsuppgifterna på ett liknande sätt. Andra arbetsuppgifter kan vara att ansvara för omsorgstagarens individuella genomförandeplan och att ha kunskap om den enskilda omsorgstagarens läkemedel och hjälpmedel och stödja ett teambaserat arbetssätt, såväl inom som mellan olika yrkesgrupper.

Behovet av en utredning

Kontinuitet är en viktig kvalitetsaspekt vid vård och omsorg om äldre. Personalkontinuitet innebär att den äldre i största möjliga mån får vård och omsorg av samma personal. Många kvinnor och män som har hemtjänst möter i sin vardag personal från olika yrkesgrupper och olika verksamheter och utförare. För de flesta personer är det mer tryggt att få stöd och hjälp av personal som de känner igen och som man har byggt upp en ömsesidig relation till. Personalkontinuitet i hemtjänsten kan beskrivas genom att mäta antal olika hemtjänstpersonal som hjälper den äldre personen under 14 dagar. Personalkontinuiten försämrades under perioden 2007–2017, från 12 till 15 olika personer som den äldre personen med hemtjänst möter under en 14-dagarsperiod. Samtidigt visar Socialstyrelsens årliga undersökning om vad de äldre tycker om äldreomsorgen att personalen förlorar i förtroende. Mellan åren 2015 och 2018 minskade andelen som svarat ja på frågan om personalen meddelar tillfälliga förändringar i förväg med drygt tre procentenheter. Under samma period minskade andelen som svarat ja på frågan om de har förtroende för personalen med drygt två procentenheter. Majoriteten äldre är dock nöjd med den hemtjänst som ges. För år 2018 uppger 90 procent att de har förtroende för personalen som kommer hem till dem.

I takt med åldrandet ökar risken för sjukdom och multisjuklighet. Mycket av patientarbetet i den kommunala hälso- och sjukvården utförs av undersköterskor och vårdbiträden och deras kompetens varierar. Det pågår i dag en utveckling som gör att behoven av

kommunal hälso- och sjukvård förändras. Kortare vårdtider och snabbare utskrivning av medicinskt färdigbehandlade patienter från sjukhusen leder till att åtgärder för rehabilitering och habilitering i större utsträckning behöver utföras i den kommunala hälso- och sjukvården. Den tekniska utvecklingen gör att även patienter med svårare hälsoproblem kan vårdas i hemmet i stället för på sjukhus. Detta innebär att en äldre person kan få insatser från många olika aktörer, vilket ställer krav på ökad samordning. En fast omsorgskontakt är en namngiven person som arbetar nära omsorgstagaren och som den enskilde kan vända sig till. En fast omsorgskontakt kan exempelvis bidra till att koordinera insatserna kring en enskild omsorgstagare som är i behov av både hälso- och sjukvård och omsorg och verka för att samordningen mellan olika aktörer och huvudmän fungerar. Det finns därför skäl att utreda en reglering av och införandet av en fast omsorgskontakt i syfte att bland annat öka tryggheten både för de äldre och deras anhöriga.

Uppdraget

Genom att införa krav på en fast omsorgskontakt i hemtjänsten blir utförare skyldiga att arbeta på ett mer enhetligt sätt med kontaktmannaskap jämfört med i dag, vilket kan bidra till ökad kvalitet inom äldreomsorgen. Kravet på en fast omsorgskontakt ska omfatta alla utförare av hemtjänst, oavsett om verksamheten bedrivs i privat eller i offentlig regi. En fast omsorgskontakt kan även bidra till att öka delaktigheten, självbestämmandet och tryggheten för äldre kvinnor och män som har hemtjänst, till exempel genom att säkerställa att hjälpen och stödet bättre anpassas till den enskildes behov, förutsättningar och önskemål. En fast omsorgskontakt kan öka tryggheten för anhöriga och närstående som kan få en viss namngiven person att vända sig till. Anhöriga och närstående kan i sin tur vara personer som en fast omsorgskontakt kan höra av sig till när det uppstår frågor kring den enskilde som har hemtjänst.

Arbetsuppgifter för en fast omsorgskontakt

Socialnämnden ska verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Ett sätt att bidra till trygga förhållanden kan vara att en äldre person i största möjliga mån ska få omsorg av samma vård- och omsorgspersonal som hon eller han känner och har förtroende för. En fast omsorgskontakt kan också skapa trygghet kring de insatser som ges inom hemtjänsten, till exempel genom att verka för att samtliga i personalgruppen utför arbetsuppgifterna på ett liknande sätt. En fast omsorgskontakt kan även i sig bidra till en förbättrad kontinuitet, då det är en namngiven person som omsorgstagaren och dennes anhöriga kan vända sig till. I dag förekommer det skillnader mellan landets kommuner i fråga om vilka arbetsuppgifter som ingår i ett kontaktmannaskap och när det gäller förutsättningar för att kunna erbjuda ett kontaktmannaskap av god kvalitet. I vissa kommuner ansvarar personal som arbetar med kontaktmannaskap inom hemtjänsten för att de äldres genomförandeplaner upprättas, följs upp och revideras. Genomförandeplanen beskriver hur en beslutad insats rent praktiskt ska genomföras för den enskilde. En annan form av plan är en samordnad individuell plan, en så kallad SIP, som ska upprättas när en person behöver insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård. Initiativ till en SIP kan tas av den som i sin yrkesutövning inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården har uppmärksammat ett behov av insatser, förutsatt att den enskilde samtycker. Samtidigt är SIP fortfarande relativt okänd i verksamheterna för äldre, enligt en utvärdering som socialutskottet presenterade 2018. Det finns därför skäl att överväga om en fast omsorgskontakt bör ha ett särskilt ansvar att från den kommunala verksamhetens sida uppmärksamma om det finns behov av att en SIP upprättas för den enskilde. Både genomförandeplaner och samordnade individuella planer utformas tillsammans med den enskilde och i vissa fall även med anhöriga eller närstående. Dessa planer är centrala verktyg för att främja delaktighet och självbestämmande för äldre som har hemtjänst.

En av de stora utmaningarna gäller hur hälso- och sjukvård och socialtjänst samverkar och samordnar insatserna kring den enskilde. Socialstyrelsens bedömning är att samverkan mellan kommuner och landsting måste förbättras och att samverkan bör utgå från en organi-

sation som stöder ett teambaserat arbetssätt utifrån den äldres behov. Det finns därför även skäl att närmare analysera i vilken utsträckning en fast omsorgskontakt kan stödja ett teambaserat arbetssätt kring enskilda i hemtjänsten, vilket exempelvis sker i form av att olika yrkesgrupper både från och inom kommun respektive landsting samarbetar. Att verka för ett teambaserat arbetssätt kan till exempel innefatta att se till att personalen i arbetslaget är informerad om innehållet i genomförandeplanen och om vilka insatser som ska ges till omsorgstagaren.

För att en fast omsorgskontakt ska kunna utföra sina arbetsuppgifter är det viktigt att hon heller han ges rätt förutsättningar. Det finns därför skäl att även undersöka och beskriva sådana förutsättningar. Det kan till exempel handla om hur många äldre personer det är rimligt att en fast omsorgskontakt ansvarar för, kompetensutveckling samt möjlighet till handledning och andra stödjande funktioner.

Kunskap och kompetens hos en fast omsorgskontakt

Det är nödvändigt att en fast omsorgskontakt inom hemtjänsten har tillräckliga kunskaper och rätt kompetens för att kunna ge en omsorg av god kvalitet. Det kan t.ex. vara nödvändiga språkkunskaper, men även kunskap om bemötande, då ett gott bemötande är en förutsättning för delaktighet och självbestämmande för den enskilde. Bemötandet är en viktig kvalitetsfaktor för hur äldre upplever hemtjänsten. I sitt bemötande bör personalen visa lyhördhet och empati. Äldre ska ha inflytande över sin vardag och kunna åldras med integritet och bibehållet oberoende. De ska bemötas med respekt.

Socialstyrelsen pekar på att det i dag finns svårigheter att behålla och rekrytera personal med rätt kompetens, vilket framkommer av den nationella tillsynen av vård och omsorgen. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har pekat ut nio strategier för att möta rekryteringsutmaningen för välfärdssektorn. Det handlar exempelvis om att skapa en bra möjlighet till löne- och karriärutveckling och att utveckla arbetsmiljö och arbetsorganisation.

Det är en fördel om den person som arbetar som fast omsorgskontakt inom hemtjänsten själv arbetar eller har erfarenhet av att arbeta nära de äldre hon eller han ansvarar för och därigenom har god kunskap om deras behov, men också om hur verksamheten

bedrivs och kännedom om de närmaste kollegorna. Erfarenheten och kunskapen hos en fast omsorgskontakt är viktig för att hon eller han ska kunna utföra sitt arbete på ett bra sätt. Mot bakgrund av detta bör utredaren bedöma och föreslå vilka kunskaper och kompetens en fast omsorgskontakt bör ha. Exempelvis skulle ett vårdbiträde som har lång erfarenhet eventuellt kunna arbeta som fast omsorgskontakt. Utredaren bör dock överväga för- och nackdelar med att ställa särskilda kompetenskrav på den som ska arbeta som fast omsorgskontakt. Det finns behov av att kartlägga hur utförare av hemtjänst, oavsett om verksamheten bedrivs i privat eller offentlig regi, i dag arbetar med kontaktmannaskap, beskriva hur detta arbete bedrivs och att utifrån kartläggningen bedöma och analysera hur en fast omsorgskontakt kan införas i hemtjänsten och föreslå vilken kompetens och vilka arbetsuppgifter som en fast omsorgskontakt bör ha. Det är angeläget att säkerställa att en fast omsorgskontakt ska innebära ett stöd för omsorgstagaren och vård- och omsorgspersonal samt leda till minskad administration.

Utredaren ska

- kartlägga och beskriva hur utförare av hemtjänst i dag arbetar med kontaktmannaskap,
- analysera skillnader mellan personalkontinuitet i hemtjänst som bedrivs i privat respektive offentlig regi,
- bedöma om en fast omsorgskontakt kan bidra till att förbättra personalkontinuiteten i hemtjänst som bedrivs i privat respektive offentlig regi,
- utifrån kartläggningen, analysen och bedömningen beskriva hur en fast omsorgskontakt kan införas,
- bedöma och föreslå vilka arbetsuppgifter en fast omsorgskontakt bör ha och beskriva nödvändiga förutsättningar för att kunna erbjuda en fast omsorgskontakt av god kvalitet, med minskad administration som följd för socialtjänsten och för hemtjänstverksamhet i både offentlig och privat regi,
- bedöma och föreslå vilka kunskaper och kompetens en fast omsorgskontakt bör ha för att kunna utföra sina arbetsuppgifter på ett betryggande sätt,

– överväga för- och nackdelar med att ställa särskilda kompetenskrav på den som ska arbeta som fast omsorgskontakt och då särskilt beakta hur patientsäkerheten för den enskilde påverkas.

Reglering av fast omsorgskontakt

Kontaktmannaskap inom hemtjänsten finns i dag i majoriteten av landets kommuner och kan uttryckas i kommunernas egna policydokument som exempelvis verksamhetsplaner. Kontaktmannaskapet är i dag däremot inte reglerat i lag utan det är upp till kommunerna själva att inrätta denna funktion. Avsaknaden av reglering bidrar till att kontaktmannaskapet kan se olika ut både mellan och inom landets kommuner. Att införa och reglera krav på en fast omsorgskontakt i hemtjänsten innebär att de olika utförarna av hemtjänst blir skyldiga att arbeta på ett mer enhetligt sätt med kontaktmannaskap än i dag, vilket kan bidra till ökad kvalitet och likvärdighet inom äldreomsorgen. Samtidigt är det angeläget att kommunerna ges möjlighet att utforma verksamheten utifrån lokala förutsättningar, vilket kan främja ett effektivt arbetssätt. Införandet av en fast omsorgskontakt väntas bidra till en kvalitetsreglering av hemtjänsten runt om i landet, oavsett i vilken kommun utföraren av hemtjänst verkar och oavsett regiform. En fast omsorgskontakt ska finnas oavsett om verksamheten bedrivs i privat eller offentlig regi.

Utredaren ska därför

– föreslå de författningsändringar som krävs för att reglera krav på en fast omsorgskontakt i hemtjänsten.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska redovisa förslagens konsekvenser i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474). De ekonomiska konsekvenserna och effekterna av förslagen ska beräknas och beskrivas. Detta omfattar beräkning och beskrivning av samhällsekonomiska kostnader och nyttor som uppstår utöver de offentligfinansiella effekterna av förslagen. När det gäller kostnadsökningar och intäktsminskningar för staten, kommuner och landsting ska kommittén föreslå en finansiering. 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 avseende jämställdhet ska såväl konsekvenser för personal som för äldre redovisas och analyseras.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Utredaren ska samråda med berörda myndigheter, företrädare för arbetsmarknadens parter, Sveriges Kommuner och Landsting, Svenskt Demenscentrum samt pensionärs- och anhörigorganisationer. Utredaren ska även samråda med andra relevanta aktörer och pågående utredningar, bland annat utredningarna om framtidens socialtjänst (S 2017:03) och om samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01).

Uppdraget ska redovisas senast den 1 oktober 2020.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2020:89

Tilläggsdirektiv till utredningen Fast omsorgskontakt i hemtjänsten (S 2019:02)

Beslut vid regeringssammanträde den 3 september 2020

Förlängd tid för uppdraget

Regeringen beslutade den 29 augusti 2019 kommittédirektiv om införande av en fast omsorgskontakt i hemtjänsten (dir. 2019:52). Uppdraget skulle enligt direktiven redovisas senast den 1 oktober 2020.

Utredningstiden förlängs. Uppdraget ska i stället redovisas senast den 30 november 2020.

(Socialdepartementet)

Kommuner i kartläggningen

Tabell 1 Kommuner som har deltagit i kartläggningen

Storstäder	Pendlings-kommun nära storstad	Större stad	Pendlings-kommun nära större stad	Lågpend-lings-kommun nära större stad	Mindre stad/tätort	Pendlings-kommun nära mindre stad/tätort	Lands-bygds-kommun	Lands-bygds-kommun med besöks-näring
Göteborg	Lidingö	Lund	Trosa	Sandviken	Kiruna	Norberg	Gislaved	Storuman
Malmö	Sollentuna	Sundsvall	Vännäs		Norrtälje			
Stockholm	Trelleborg	Umeå						
	Upplands Väsby							
	Vaxholm							
	Vellinge							

Källa: Indelning i kommungrupper enligt Kommungruppsindelning (2017) – Omarbetning av Sveriges kommuner och landstings kommungruppsindelning.

Statens offentliga utredningar 2020

Kronologisk förteckning

1. Översyn av yrket personlig assistent – ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor. S.
2. Skärpta regler om utländska månggiften. Ju.
3. Hållbar slamhantering. M.
4. Vägen till en klimatpositiv framtid. M.
5. Fler ruttjänster och höjt tak för rutavdraget. Fi.
6. En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering. S.
7. Brott mot djur – Skärpta straff och ett mer effektivt sanktionssystem. N.
8. Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget. Fi.
9. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2020. Steg för steg. Var står vi? Vart går vi? M.
10. Stärkt lokalt åtgärdsarbete – att nå målet Ingen övergödning. M.
11. Kompletterande bestämmelser till EU:s förordning om utländska direktinvesteringar. Ju.
12. Nya kapitaltäckningsregler för värdepappersbolag. Fi.
13. Att kriminalisera överträdelser av EU-förordningar. N.
14. Framtidens teknik i omsorgens tjänst. S.
15. Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS. S.
16. Ett effektivare regelverk för utlänningsärenden med säkerhetsaspekter. Ju.
17. Grönt sparande. Fi.
18. Framtidens järnvägsunderhåll. I.
19. God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. S.
20. Skatt på modet – för att få bort skadliga kemikalier. Fi.
21. Sveriges museum om Förintelsen. + Holocaust Remembrance and Representation. Documentation from a Research Conference. Ku.
22. Motorfordonspooler – på väg mot ökad delning av motorfordon. Fi.
23. Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning. S.
24. Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. S.
25. Ett nationellt biljettsystem för all kollektivtrafik. I.
26. En sjukförsäkring anpassad efter individen. S.
27. Högre växel i minoritetspolitiken. Stärkt samordning och uppföljning. Ku.
28. En mer likvärdig skola – minskad skolsegregation och förbättrad resurstilldelning. U.
29. En ny myndighet för att stärka det psykologiska försvaret. Ju.
30. En moderniserad arbetsrätt. A.
31. En ny mervärdesskattelag. Del 1 och 2. Fi.
32. Grundpension. Några anslutande frågor. S.
33. Gemensamt ansvar – en modell för planering och dimensionering av gymnasial utbildning. Del 1 och 2. U.
34. Stärkt kvalitet och likvärdighet i fritidshem och pedagogisk omsorg. U.
35. Kontroll för ökad tilltro – en ny myndighet för att förebygga, förhindra och upptäcka felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen. Fi.
36. Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter. S.

37. Ett nytt regelverk för arbetslöshetsförsäkringen. A.
38. Ökad trygghet för visselblåsare. A.
39. Kärnavfallsrådets yttrande över SKB:s Fud-program 2019. M.
40. En gemensam utbildning inom statsförvaltningen. Fi.
41. Kommuner som utförare av tjänster åt Arbetsförmedlingen – en analys av de rättsliga förutsättningarna. A.
42. En annan möjlighet till särskilt stöd. Reglering av kommunala resursskolor. U.
43. Bygga, bedöma, betygssätta – betyg som bättre motsvarar elevernas kunskaper. U.
44. Grundlagsskadestånd – ett rättighetsskydd för enskilda. Ju.
45. Ett ändamålsenligt skydd för tryck- och yttrandefriheten. Ju.
46. En gemensam angelägenhet. Vol. 1 och 2. Fi.
47. Hållbar socialtjänst. En ny socialtjänstlag. Del 1 och 2. S.
48. Skatt på engångsartiklar. Fi.
49. Enhetlig och effektiv marknadskontroll. UD.
50. Enklare skatteregler för enskilda näringsidkare. Fi.
51. En ny lag om konsumentskydd vid köp och vissa andra avtal. Ju.
52. Rutavdrag för äldre. Fi.
53. Personuppgiftsbehandling vid antalsberäkning inför klinisk forskning. N.
54. En långsiktigt hållbar migrationspolitik. Ju.
55. Innovation genom information. I.
56. Det demokratiska samtalet i en digital tid. Så stärker vi motståndskraften mot desinformation, propaganda och näthat. Ku.
57. Ett särskilt hedersbrott. Ju.
58. EU:s cybersäkerhetsakt – kompletterande nationella bestämmelser om cybersäkerhetscertifiering. Fö.
59. Innovation som drivkraft – från forskning till nytta. U.
60. Det skatterättsliga företrädaransvaret – en översyn. Fi.
61. Ändrade regler om säkerställda obligationer. Fi.
62. En samlad djurhälsoreglering. Del 1 och 2. N.
63. Barnkonventionen och svensk rätt. A.
64. Hästnäringens finansiering på den omreglerade spelmarknaden. Fi.
65. 55 år och karensval. N.
66. Samverkande krafter – för stärkt kvalitet och likvärdighet inom komvux för elever med svenska som andraspråk. U.
67. Förskola för alla barn – för bättre språkutveckling i svenska. U.
68. Försvarets radioanstalts internationella samarbete – en översyn av regelverket. Fö.
69. Äldre har aldrig varit yngre – allt fler kan och vill arbeta längre. S.
70. Fast omsorgskontakt i hemtjänsten. S.

Statens offentliga utredningar 2020

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

En moderniserad arbetsrätt. [30]

Ett nytt regelverk för arbetslöshetsförsäkringen. [37]

Ökad trygghet för visselblåsare. [38]

Kommuner som utförare av tjänster åt Arbetsförmedlingen – en analys av de rättsliga förutsättningarna. [41]

Barnkonventionen och svensk rätt. [63]

Finansdepartementet

Fler ruttjänster och höjt tak för rutavdraget. [5]

Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget. [8]

Nya kapitaltäckningsregler för värdepappersbolag. [12]

Grönt sparande. [17]

Skatt på modet – för att få bort skadliga kemikalier. [20]

Motorfordonspooler – på väg mot ökad delning av motorfordon. [22]

En ny mervärdesskattelag. Del 1 och 2. [31]

Kontroll för ökad tilltro – en ny myndighet för att förebygga, förhindra och upptäcka felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen. [35]

En gemensam utbildning inom statsförvaltningen. [40]

En gemensam angelägenhet. Vol. 1 och 2. [46]

Skatt på engångsartiklar. [48]

Enklare skatteregler för enskilda näringsidkare. [50]

Rutavdrag för äldre. [52]

Det skatterättsliga företrädaransvaret – en översyn. [60]

Ändrade regler om säkerställda obligationer. [61]

Hästnäringens finansiering på den omreglerade spelmarknaden. [64]

Försvarsdepartementet

EU:s cybersäkerhetsakt – kompletterande nationella bestämmelser om cybersäkerhetscertifiering. [58]

Försvarets radioanstalts internationella samarbete – en översyn av regelverket. [68]

Infrastrukturdepartementet

Framtidens järnvägsunderhåll. [18]

Ett nationellt biljettsystem för all kollektivtrafik. [25]

Innovation genom information. [55]

Justitiedepartementet

Skärpta regler om utländska månggiften. [2]

Kompletterande bestämmelser till EU:s förordning om utländska direktinvesteringar. [11]

Ett effektivare regelverk för utlänningsärenden med säkerhetsaspekter. [16]

En ny myndighet för att stärka det psykologiska försvaret. [29]

Grundlagsskadestånd – ett rättighetsskydd för enskilda. [44]

Ett ändamålsenligt skydd för tryck- och yttrandefriheten. [45]

En ny lag om konsumentskydd vid köp och vissa andra avtal. [51]

En långsiktigt hållbar migrationspolitik. [54]

Ett särskilt hedersbrott. [57]

Kulturdepartementet

Sveriges museum om Förintelsen. + Holocaust Remembrance and Representation. Documentation from a Research Conference. [21]

Högre växel i minoritetspolitiken. Stärkt samordning och uppföljning. [27]

Det demokratiska samtalet i en digital tid. Så stärker vi motståndskraften mot desinformation, propaganda och näthat. [56]

Miljödepartementet

Hållbar slamhantering. [3]

Vägen till en klimatpositiv framtid. [4]

Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2020. Steg för steg. Var står vi? Vart går vi? [9]

Stärkt lokalt åtgärdsarbete – att nå målet Ingen övergödning. [10]

Kärnavfallsrådets yttrande över SKB:s Fud-program 2019. [39]

Näringsdepartementet

Brott mot djur – Skärpta straff och ett mer effektivt sanktionssystem. [7]

Att kriminalisera överträdelser av EU-förordningar. [13]

Personuppgiftsbehandling vid antalsberäkning inför klinisk forskning. [53]

En samlad djurhälsoreglering. Del 1 och 2. [62]

55 år och karensval. [65]

Socialdepartementet

Översyn av yrket personlig assistent – ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor. [1]

En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering. [6]

Framtidens teknik i omsorgens tjänst. [14]

Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS. [15]

God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. [19]

Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning. [23]

Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. [24]

En sjukförsäkring anpassad efter individen. [26]

Grundpension. Några anslutande frågor. [32]

Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter. [36]

Hållbar socialtjänst. En ny socialtjänstlag. Del 1 och 2. [47]

Äldre har aldrig varit yngre – allt fler kan och vill arbeta längre. [69]

Fast omsorgskontakt i hemtjänsten. [70]

Utbildningsdepartementet

En mer likvärdig skola – minskad skolsegregation och förbättrad resurstilldelning. [28]

Gemensamt ansvar – en modell för planering och dimensionering av gymnasial utbildning. Del 1 och 2. [33]

Stärkt kvalitet och likvärdighet i fritidshem och pedagogisk omsorg. [34]

En annan möjlighet till särskilt stöd. Reglering av kommunala resursskolor. [42]

Bygga, bedöma, betygssätta – betyg som bättre motsvarar elevernas kunskaper. [43]

Innovation som drivkraft –från forskning till nytta. [59]

Samverkande krafter – för stärkt kvalitet och likvärdighet inom komvux för elever med svenska som andraspråk. [66]

Förskola för alla barn – för bättre språkutveckling i svenska. [67]

Utrikesdepartementet

Enhetlig och effektiv marknadskontroll. [49]