

Handläggare
Johan Herlin Ejerhed
Telefon: 08-508 362 12**Till**
Äldrenämnden
Den 18 oktober 2022

Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer (SOU 2022:41)

Svar på remiss från Kommunstyrelsen dnr KS 2022/984

Förvaltningens förslag på beslut

Äldrenämnden godkänner förvaltningens tjänsteutlåtande som svar på remissen och överlämnar det till kommunstyrelsen.

Sammanfattning

Regeringen beslutade i december 2020 om att tillsätta en utredning med uppdrag att föreslå en äldreomsorgslag samt lämna förslag som stärker tillgången till medicinsk kompetens inom äldreomsorgen (dir. 2020:142). Äldreomsorgslagen skulle innehålla bestämmelser kring en nationell omsorgsplan samt en definition för äldreomsorg.

Utredningen lämnar även förslag som inför krav på uppföljning av insatser och kvalitet, stärker ett personcentrerat arbetssätt, lyfter förebyggande och rehabiliterande insatser, förtydligar ledarskapet mellan huvudman och vårdgivare och inför grundläggande krav kring medicinsk kompetens. Utredningen föreslår också att formerna för samverkan mellan den kommunala primärvården och den specialiserade vården ska ses över i en ny utredning. Sammantaget ska förslagen underlätta omställningen mot en god och nära vård.

Äldreförvaltningen är positiv till stora delar i utredningens förslag men stödjer inte en lagreglering av ledningsfunktioner. Även om ansvarsfördelningen mellan huvudman och vårdgivare behöver bli tydligare bör personer i ledningsfunktion få sitt uppdrag och mandat från ansvarig huvudman eller vårdgivare och inte av lagstiftaren.

Äldreförvaltningen skulle också vilja att lagstiftaren ser över möjligheten att utöka målen för socialtjänsten till att förebygga ohälsa. Idag är detta ett mål för hälso- och sjukvården och äldreförvaltningen ser fördelar med att socialtjänst och hälso- och sjukvård har ett gemensamt mål i att förebygga ohälsa. Det skulle underlätta samarbetet och omställningen till en god och nära vård.

Bakgrund

Regeringen beslutade den 22 december 2020 om att tillsätta en utredning som skulle föreslå en lag om äldreomsorg (äldreomsorgslag). Lagen skulle definiera vad äldreomsorg är samt lämna förslag på en nationell omsorgsplan för äldreomsorgen (av utredning benämnd Nationell kvalitetsordning för äldreomsorg). Utredningen skulle också lämna förslag som stärker tillgången till medicinsk kompetens inom äldreomsorgen och ta ställning till om kommunerna bör ta över huvudmannaskapet för läkarinsatserna (dir. 2020:142). Uppdraget gavs mot bakgrund av det som Coronakommissionen lyfte fram i sin utvärdering av äldreomsorgen och det pågående arbetet med att ta fram en ny socialtjänstlag.

Coronakommissionen lyfte flera brister som de ansåg har varit kända under flera år men som blev extra tydliga under pandemin. Kommissionen efterfrågar bättre styrning av äldreomsorgen, bättre samordning med regionerna, ökade möjligheter till medicinska insatser, ökad kompetens inom äldreomsorgen, kommunanställda läkare och bättre förutsättningar för äldreomsorgens chefer.

I augusti 2020 lämnade utredningen ”En hållbar socialtjänst” sitt slutbetänkande. Utredningen hade i uppdrag att modernisera socialtjänstlagen och göra den åter till mer av en ramlag. Utredningen skulle också ta ställning till en särlagstiftning för äldreomsorgen men ett sådant förslag avstyrktes av utredningen. En proposition innehållande en ny socialtjänstlag har inte presenterats ännu.

Ärendet

Definition av äldreomsorg

Det saknas idag en definition för äldreomsorg och därmed finns också en otydlighet om vad den äldre kan förvänta sig av äldreomsorgen. En definition för äldreomsorg, och vilka som omfattas av den, är också en förutsättning för att kunna ha en särskild äldreomsorgslag. Utredningen föreslår en definition av äldreomsorg som lyder:

”stöd och hjälp i den dagliga livsföringen på grund av nedsatt funktionsförmåga som förvärvats eller kvarstår i samband med åldrande för personer som fyllt 65 år (äldreomsorg)”

Även personer under 65 år ska dock erbjudas insatser inom äldreomsorgen när det är ändamålsenligt, enligt utredningen.

Med en åldersgräns på 65 år vill utredningen förtydliga vilka typer av funktionsnedsättningar och sjukdomar som uppkommer med

åldrandet. Utan åldersgräns går det att hävda att majoriteten av sjukdomar och dess funktionsnedsättningar uppkommer med åldern.

Genom att definiera äldreomsorg utifrån personers behov menar utredningen att man har anammat ett personcentrerat förhållningssätt. Syftet är att det ska bli tydligt vad kommunernas uppdrag är och vad man som äldre kan förvänta sig av äldreomsorgen. Ett alternativ hade varit att definiera äldreomsorg utifrån de insatser som ges såsom särskilt boende, hemtjänst, trygghetslarm, matdistribution och dagverksamhet. Då skulle lagstiftningen dock begränsas till befintliga insatser och inte stimulera till innovativa lösningar och arbetssätt.

En särlagstiftning

I utredningens direktiv ingick det att föreslå en lagstiftning för en äldreomsorgslag, inte att ta ställning till om det var ändamålsenligt med en särlagstiftning.

Då lagstiftaren har utformat socialtjänstlagen som en mål- och ramlagskonstruktion är dess bestämmelser om äldreomsorg allmänt hållna. Det har till viss del bidragit till att äldreomsorgens uppdrag och innehåll har uppfattats som otydligt. Givet att lagstiftaren vill behålla mål- och ramlagskonstruktionen för socialtjänstlagen innebär en särlagstiftning större möjligheter att med lagstiftning reglera och styra äldreomsorgen och sätta specifika mål. Det finns också fördelar med att samla bestämmelser som gäller äldreomsorg på ett och samma ställe. Utredningen konstaterar dock att det inte finns några formella hinder för att föreslagna bestämmelser förs in i ett eget kapitel i socialtjänstlagen.

Förslag som stärker omställningen till en god och nära vård

Utredningen lämnar flera förslag för en mer personcentrerad, förebyggande, hälsofrämjande och sömlös vård och omsorg, det vill säga det som är innebörden i omställningen till en god och nära vård:

- Målen för äldreomsorgen utökas till att även vara förebyggande, hälsofrämjande, stödja funktionsförmåga samt vara tillgänglig.
- Personers behov av kontinuitet, trygghet och säkerhet ska beaktas vid planering och organisering av verksamheten (detta gäller redan för hälso- och sjukvårdsverksamhet).
- Kommunal hälso- och sjukvård byter benämning till kommunal primärvård för att tydliggöra uppdraget.
- En individuell planering (SIP) blir obligatorisk för personer på särskilda boenden och ska även innefatta förebyggande och rehabiliterande insatser, vad målet med insatserna är

utifrån den enskildas perspektiv samt hur förväntade framtida vårdbehov ska omhändertas.

- Fast omsorgskontakt ska erbjudas på särskilt boende.
- Fast vårdkontakt ska erbjudas inom kommunal primärvård.
- Socialtjänstens genomförandeplan över insatser blir obligatorisk och beviljade insatser ska följas upp att de svarar mot personens behov.
- Regionerna och kommunerna ska samverka med varandra vid planering och utveckling av primärvården.

Ovanstående förslag återfinns inte bara i förslaget till ny äldreomsorgslag, även befintlig socialtjänstlag samt hälso- och sjukvårdslag föreslås få nya eller justerade bestämmelser.

Utredningen ser dock ett behov av att förtydliga ansvarsfördelningen mellan huvudmännen när det gäller primärvård och möjligheten till samverkan med den specialiserade vården och föreslår en ny utredning i frågan.

Kvalitet och uppföljning

För att stärka kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen föreslår utredningen att socialnämnden årligen ska upprätta en kvalitetsberättelse för äldreomsorgen. Kvalitetsberättelsen blir ett komplement till den patientsäkerhetsberättelse som hälso- och sjukvårdsverksamheter måste upprätta redan idag. Utredningen menar också att om kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen kan upprättas i samma dokument ger det goda förutsättningar för att se hur samverkan fungerar och kan utvecklas.

Utredningen hade också att föreslå en nationell omsorgsplan för äldreomsorgen. Inspirationen till det som i direktiven kallas ”nationell omsorgsplan” kommer från skolans läroplaner. Då ”plan” associerades med en individuell plan har utredningen ändrat begreppet till ”nationell ordning för kvalitetsutveckling” (NOK). I enlighet med utredningsdirektiven föreslår utredningen olika områden för NOK som närmare ska ange äldreomsorgens uppdrag och innehåll. Det ingick inte i utredningens uppdrag att även ge förslag på äldreomsorgens uppdrag och innehåll. Det finns en förhoppning om att det ska underlätta tillsyn men också bidra till långsiktig förbättring och höjd kvalitet inom äldreomsorgen.

Stärkt tillgång till medicinsk kompetens och bemanning

Utredningen hade även att ta ställning till om det vore ändamålsenligt om huvudmannaskapet för läkarinsatser kunde tas över av kommuner från regionerna. Utredningen gör bedömningen att regionerna i dagsläget har bäst förutsättningar att som huvudman säkerställa en god tillgång till läkare även för patienter inom

kommunens primärvård. Om kommunen ska ges utökade befogenheter att som vårdgivare utföra läkarinsatser bör även huvudmannaansvaret ändras och det skulle kräva en kommunreform.

Utredningen föreslår istället bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen om att en särskild vårdgivare ska vara ansvarig för fasta läkarkontakter till ett särskilt boende och att det ska vara möjligt med läkarbedömning dygnet runt.

Utredningen föreslår också att det ska vara möjligt att få en medicinsk bedömning av sjuksköterska dygnet runt, men inför inget krav på att det ska finnas en sjuksköterska på plats på ett boende dygnet runt.

Utredningen avstår helt från att ange några nyckeltal för bemanning i äldreomsorgslagen då det inte finns någon skattningsskala för vårdtyngd som kan översättas i ett bemanningstal. Istället föreslås en bestämmelse som säger att det ska finnas den bemanning som behövs för att insatserna ska kunna utföras i enlighet med de mål och krav som gäller för verksamheten. Det blir således patientens behov som styr behovet av bemanning.

Ledning och styrning

Utredningen önskar förtydliga verksamhetschefsrollen genom att föreslå att rollen som medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR) avskaffas och att verksamhetschefen tar över deras ansvarsområden.

Medicinsk ansvarig sjuksköterska kom till i samband med ädelreformen medan MAR har kommit in i lagstiftningen först senare. Med en MAS kunde lagstiftaren försäkra sig om att det inom kommunen alltid fanns någon med medicinsk kompetens som kunde säkerställa en god och säker vård inom kommunens ansvarsområde. Inget ledningsansvar var kopplat till MAS-rollen. Sedan ädelreformen har MAS roll utvecklats olika över landet, i vissa fall arbetar MAS mer på en övergripande huvudmannanivå och i vissa fall på vårdgivarnivån. Det innebär att det ibland uppstår en otydlighet i ansvarsfrågan mellan MAS, huvudman och vårdgivare. Vad gäller MAR så förekommer inte rollen i alla kommuner. Genom att överföra MAR och MAS ansvarsområden på verksamhetschefen får denne ett tydligt helhetsansvar för verksamheten och det förtydligar även huvudmannans ansvar.

Utredningen föreslår en ytterligare förstärkning på huvudmanna- och vårdgivarnivå genom att införa en reglerad ledningsstruktur och

på så sätt även stärka den medicinska kompetensen på båda nivåerna.

På vårdgivarnivå föreslår utredningen krav på en kvalitetsansvarig för omvårdnad och en kvalitetsansvarig för rehabilitering om inte verksamhetschefen själv har kompetensen. Dessa funktioner ska stödja verksamhetschefen. Dock konstaterar utredningen att vem som är verksamhetschef varierar över landet, från förvaltningschef till långt ned i organisationen. Ingen av dessa ytterligheter kan inneha verksamhetschefsrollen enligt hälso- och sjukvårdslagens intentioner. I verksamhetschefsrollen ingår ansvar och mandat att bestämma i frågor som rör bemanning, kompetensutveckling av personalen och deras arbetssätt och samarbetsformer. Verksamhetschefen måste ha en sådan organisatorisk placering som krävs för att kunna fullgöra de uppgifter som den ansvarar.

På huvudmannanivå i kommuner föreslås en ledningsansvarig säkerställa kommunens ansvar för primärvård. Den ledningsansvariga ska svara för uppföljningen av kommunens primärvård och säkerställa att målen för hälso- och sjukvården och kraven på god, säker och nära vård uppfylls. Ledningsansvariga ska också delta i planering, samordning och uppföljning av primärvården tillsammans med regionen. Den ledningsansvarige ska vara specialistkompetent sjuksköterska eller läkare.

Även inom regionen ska det finnas en ledningsansvarig på huvudmannanivå med uppgift att ansvara för samordningen av regionens medicinska insatser i kommunens primärvård samt svara för strategisk planering av läkarinsatser i kommunens primärvård i samråd med ledningsansvariga i kommunerna.

Ärendets beredning

Ärendet har beretts inom avdelningen för stadsövergripande äldreomsorgsfrågor. Samverkan med de fackliga organisationerna har skett i förvaltningsgruppen den 12 oktober 2022.

Kommunstyrelsens pensionärsråd har tagit del av ärendet den 11 oktober. Socialnämndens, äldrenämndens och överförmyndarnämndens gemensamma råd för funktionshinderfrågor kommer att få ta del av ärendet den 20 oktober.

Förvaltningens synpunkter och förslag

Definition av äldreomsorg

Utredningen har föreslagit en åldersgräns om 65 år och menar att en åldersgräns kan vara ett stöd för att avgöra vilka sjukdomar och funktionsnedsättningar som hör till åldrandet. Äldreförvaltningen ser inte att en åldersgräns förtydligar utan snarare bidrar till en

osäkerhet kring gränsdragning och möjligheten för personer under 65 att få ta del äldreomsorgens insatser. Även unga personer kan behöva till exempel hemtjänst tillfälligt i samband med akut sjukdom utan att det nödvändigtvis har med åldrande att göra.

Utan åldersgräns skulle definitionen för äldreomsorg lyda ”stöd och hjälp i den dagliga livsföringen på grund av nedsatt funktionsförmåga som förvärvats eller kvarstår i samband med åldrande”.

En definition utan åldersgräns är mer i linje med tankesättet inom socialtjänsten där det är funktionsförmågan som styr behovet och inte åldern. Det går också att koppla till medicinska begreppet skörhet som avser att fånga ett biologiskt snarare än ett kronologiskt åldrande.

Att definiera gruppen ”äldre” är dock rimligt och begreppet kommer även att fortsättningsvis förekomma i socialtjänstlagen. Äldre har högre risk att utveckla ohälsa, vid övergången från arbetsliv till pensionärliv samt i samband med ett kronologiskt åldrande. Stadsdelsförvaltningarna har idag riktade insatser till äldre som syftar till att förebygga funktionsnedsättning i samband med åldrande, vilket inte faller inom den föreslagna definitionen för äldreomsorg men som ändå är en viktig uppgift för kommunen.

En åldersgräns om 65 år skulle kunna användas för att definiera gruppen äldre då det är en allmänt vedertagen gräns som också används inom forskning.

En särlagstiftning

I ett tidigare remissvar till utredningen ”Hållbar socialtjänst – en ny socialtjänstlag” (SOU 2020:47) delade äldreförvaltningen utredningens bedömning att en särlagstiftning inte vore ändamålsenlig. Ett argument som Äldreförvaltningen då lyfte mot en särlagstiftning var att personer med insatser inom övrig socialtjänst, såsom missbruk, hemlöshet och psykisk ohälsa, riskerar att inte få en sammanhållen socialtjänst.

Äldreförvaltningen såg också att en äldreomsorgslag skulle riskera att bli en dubblering av socialtjänstlagen då äldreomsorg fortfarande till stor del skulle regleras av socialtjänstlagen. Äldreförvaltningen kan konstatera att av de 28 paragrafer som äldreomsorgslagen består av är sex paragrafer helt eller delvis flyttade från nuvarande socialtjänstlag och ytterligare sju paragrafer, inklusive stycken i vissa paragrafer, hänvisar till bestämmelser i nuvarande socialtjänstlag.

Ytterligare tre paragrafer rör nationella minoriteter, men Lag om nationella minoriteter och minoritetsspråk (2009:724) kommer fortsatt att gälla inom socialtjänsten utifrån att socialnämnden är en förvaltningsmyndighet. Här blir alltså lagstiftningen kring nationella minoriteter mer splittrad.

En fördel med en särlagstiftning skulle dock kunna vara en större möjlighet att i lag reglera och styra äldreomsorgen och sätta specifika mål än vad som är brukligt i en ramlag. Utredning föreslår bland annat fyra nya mål för äldreomsorgen samt en nationell ordning för kvalitetsutveckling för äldreomsorgen som ska kunna närmare styra äldreomsorgens innehåll. I det förslag till ny socialtjänstlag som lämnats så föreslås dock äldreomsorgens värdegrund omfatta hela socialtjänsten liksom två av de föreslagna målen. För de övriga två målen föreslår äldreförvaltningen att lagstiftaren bör överväga om inte även de ska gälla för hela socialtjänsten.

Då det i utredningsdirektivet var angivet att det skulle vara just en äldreomsorgslag omfattas inte gruppen äldre utan behov. Äldreförvaltningen anser att utredningen borde ha fått i uppdrag att även överväga alternativet att utöka målgruppen i äldreomsorgslagen till att omfatta alla äldre, såsom i den finländska Lagen om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre. Det skulle ge en mer sammanhållen lagstiftning kring den äldre befolkningen, även om vi delar utredningens uppfattning att hälso- och sjukvårdsinsatser inte ska ingå.

Sammanfattningsvis styrs behovet av en särlagstiftning hur en ny socialtjänstlag är utformad och vilka målgrupper som ska rymmas i en äldreomsorgslag. Utredningen är dock tydlig med att de inte ser några formella hinder att ha den föreslagna äldreomsorgen som ett separat kapitel i nuvarande socialtjänstlag.

Förslag som stärker omställningen till en god och nära vård Äldreförvaltningen ställer sig positiv till de många förslag som går i linje med omställningen till en god och nära vård och att det sker en harmonisering av formuleringar mellan socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen när så är lämpligt. Äldreförvaltningen instämmer också i att kommunal primärvård är ett begrepp som bättre fångar kommunens uppdrag när det kommer till hälso- och sjukvård.

Vad gäller utökningen av mål för äldreomsorgen så föreslås två, ”förebyggande perspektiv” och ”tillgänglig”, gälla hela

socialtjänsten i den förslagna nya socialtjänstlagen. Även de två övriga målen, ”hälsofrämjande” och ”stödja funktionsförmåga” bör övervägas kunna omfatta hela socialtjänstlagen. Socialstyrelsens termbank definierar hälsa som ”fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och inte endast frånvaro av sjukdom eller skada”. Hälso- och sjukvården ska idag enligt lag arbeta med att förebygga ohälsa (HSL 3 kap 2 §) och äldreförvaltningen skulle vilja att lagstiftaren övervägde en likande bestämmelse även i socialtjänstlagen. Ett gemensamt mål i att förebygga ohälsa för socialtjänst och hälso- och sjukvård skulle sannolikt underlätta samverkan och underlätta omställningen till god och nära vård.

I den gemensamma plan för primärvården som regionerna och kommunerna ska ta fram kommer socialtjänstens insatser i ordinärt boende in naturligt i planen i de fall hemsjukvården är kommunaliserad. Då kommunerna i Stockholms län inte ansvarar för hemsjukvården riskerar primärvård i ordinärt boende att exkluderas från planen och därmed också hemtjänstens samverkan med hemsjukvården. Detta är något kommuner i länet gemensamt måste beakta om lagstiftningen går igenom. Utformning av eventuella statsbidrag kopplade till den gemensamma planen behöver också ta hänsyn till organisationen i länet så att även stockholmaren kan dra nytta av statsbidragets ambition.

Äldreförvaltningen delar utredningens förslag angående en ny utredning av hur samverkan kan ske mellan kommunal primärvård och specialistvården. Det finns också anledning att i utredningen se över omfattningen av den kommunala primärvårdens uppdrag. Utredningen nämner i avsnitt 8.5.1 att den kommunala primärvårdens uppdrag är otydligt, trots ny definition för primärvården. Det är då viktigt att utredningen inte bara ser till vilka enskilda åtgärder som är tekniskt möjliga, såsom syrgas, utan vad som krävs i omgivning, organisation och kompetens för att åtgärden ska kunna utföras på ett patientsäkert sätt.

I samband med en utredning av den kommunala primärvårdens uppdrag finns det även ett värde att göra en utvärdering av den kommunaliserade hemsjukvården, utifrån hur det fungerar idag och inför de framtida utmaningarna med en åldrande befolkning. Utredningen bör komma med en rekommendation om att kommunaliserad primärvård i hemmet ska bli obligatoriskt i lag.

Utredningen behöver också ta ställning till vilka typer av specialistsjuksköterskor som en kommun förväntas stå för. Jämfört med tiden vid ädelreformens införande finns idag flera olika typer av specialistsjuksköterskor inom regional primärvård, såsom diabetes, hjärtsjukvård och palliation.

Kvalitet och uppföljning

Äldreförvaltningen ställer sig positiva till förslaget om kvalitetsberättelse för äldreomsorgen likt patientsäkerhetsberättelsen inom hälso- och sjukvård.

Äldreförvaltningen ser positivt på förslaget med en nationell ordning för kvalitetsutveckling för äldreomsorgen (NOK) men ställer sig frågande till att NOK blir till lag innan det ens finns förslag på innehåll och utvärderats om det fyller en funktion. Ett alternativ är att börja med en vägledning och först därefter göra det till en förordning. En vägledning som även inkluderar principer för bemanning skulle vara ett stöd för huvudmän.

När utredningen beskriver NOK tar den upp exempel som är formulerade utifrån ett jag-budskap. Mot bakgrund av brukarundersökningarnas låga svarsfrekvens är det viktigt att NOK är relevant även för personer med nedsatt kognition eller autonomi och för verksamheter med insatser riktade till dessa grupper.

Stärkt tillgång till medicinsk kompetens och bemanning

Äldreförvaltningen instämmer till den nya formuleringen i äldreomsorgslagen om att det ska finnas ”den personal som behövs” för att uppnå de mål och krav som gäller. Äldreförvaltningen hoppas dock att NOK kan ge mer vägledning kring vad detta innebär i praktiken.

Äldreförvaltningen håller även med utredningen om att det inte går att lagstifta kring sjuksköterskenärvaro dygnet runt på ett särskilt boende, det är patientens behov som ska styra behovet av sjuksköterska på plats. Här kan även välfärdsteknik påverka behovet och möjliggöra andra lämpliga former för medicinska bedömningar samt stöd till omsorgspersonalen. Frågan kring vad som ryms inom det kommunala hälso- och sjukvårdsuppdraget måste dock klargöras. Annars blir det inte meningsfullt att diskutera vilken bemanning kommun respektive region ska stå för. Äldreförvaltningen står därmed bakom utredningens förslag till att förtydliga samverkansformer med den specialiserade vården och ser att kommunens uppdrag blir en naturlig del att belysa i detta uppdrag.

Äldreförvaltningen tycker det är bra att möjligheten till medicinsk bedömning av läkare dygnet runt förtydligas i lagen, även om det inte innebär någon skillnad för staden. Dock bör lagstiftaren överväga att ändra formuleringen att bedömning dygnet runt ska ske av en ”läkare i primärvården”. Äldreförvaltningen föreslår att ”i primärvården” tas bort då de behov som uppstår akut jourtid även

kan hanteras av andra läkare, och det till och med kan vara mer lämpligt. Exempelvis är möjligheten till mobil röntgen efterfrågat i verksamheterna och lagkrav på att läkare ska vara just inom primärvården kan bli ett onödigt hinder för detta.

Ledning och styrning

Äldreförvaltningen ställer sig positiv till utredningens förslag att verksamhetscheferna i kommunens hälso- och sjukvårdsverksamhet tar ett helhetsansvar i och med övertagandet av det ansvar som MAS och MAR idag har. Äldreförvaltningen ser ett stort värde av ett förtydligande av huvudmanna- och vårdgivarnivån, men ansvarig på respektive nivå bör själv ha mandat att forma sin ledningsgrupp och utse ledningsansvariga.

Äldreförvaltningen stödjer därför inte förslaget om en reglerad ledningsstruktur med ledningsansvariga på vårdgivar- och huvudmannanivå. Det riskerar att återinföra en otydlig ansvarsfördelning mellan ledningsansvariga, vårdgivare och huvudman, vilket var en av anledningarna till att avskaffa systemet med MAS och MAR. Äldreförvaltningens bedömning är att en person som fått ett ledningsansvar delegerat till sig från en huvudman eller vårdgivare utifrån lokala förutsättningar och personlig kompetens borde ha större sannolikhet att lyckas i sitt uppdrag än en person som fått uppdraget definierat genom en bestämmelse.

En verksamhetschef har redan i gällande lagstiftning möjlighet att ”uppdra åt sådana befattningshavare inom verksamheten som har tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullgöra enskilda ledningsuppgifter” (HSF 4 kap 5 §). Utredningen föreslår krav på kompetens inom omvårdnad och rehabilitering men här kan behovet se olika ut inom olika verksamheter och utifrån vilket stöd som finns för övrigt. Det kan också finnas anledning att ta stöd av kompetenser inom andra områden, såsom inom socialtjänst.

Huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården, på särskilt boende och inom socialpsykiatri, samt äldreomsorgen i Stockholms stad är delegerat till respektive stadsdelsnämnd. Äldreförvaltningen företräder dock stadsdelsförvaltningarna när det kommer till samverkan med övriga kommuner och regionen på huvudmannanivå. Utöver det är socialnämnden huvudman för LSS-hälsan. Hur utredningens förslag skulle påverka stadens splittrade huvudmannaskap faller inte inom ramen för detta remissvar utan något som staden i så fall behöver utreda vidare.

Utredningen inför med äldreomsorgslagen en ”första linjes chef”, vilket är nytt inom socialtjänstlagen. Äldreförvaltningen ställer sig

positiv till detta förslag då staden delar utredningens ambition om att ge förutsättningar för ett aktivt och närvarande ledarskap. Lagen lägger dock inget ansvar på första linjes chef och lagstiftaren skulle kunna överväga att förtydliga det genom följande tillägg:

”Första linjens chef ska säkerställa att medarbetarna har den kompetens och det stöd de behöver för att kunna uppfylla de mål och krav som gäller för verksamheten enligt denna lag, socialtjänstlagen (2001:453) och i förekommande fall hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).”

”Det stöd de behöver” inkluderar även handledning från andra professioner och personer än just den närmsta chefen och förtydligar ansvaret om att medicinsk kompetens behöver finnas tillgänglig vid behov.

Äldreförvaltningen vill uppmärksamma att de förslag som lämnas kring ökad styrning av äldreomsorgen, vilket Coronakommissionen efterfrågade, sker när det kommer till ledningsstruktur genom hälso- och sjukvårdslagen. För stadens del innebär det att stadens hemtjänst inte berörs av utredningens förslag kring ledningsstruktur då hemtjänst utan hemsjukvård inte omfattas av hälso- och sjukvårdslagen.

Inom socialtjänsten finns en tradition att styra genom delegationsordningar. Inom socialtjänstlagen eller den föreslagna äldreomsorgslagen finns ingen organisatorisk enhet definierad utöver socialnämnden när det gäller äldreomsorg. När äldreomsorgslagen nu inför begreppet ”första linjes chef” så finns det inte ett motsvarande begrepp inom hälso- och sjukvårdslagen, som istället innehåller bestämmelser kring verksamhetschef. Lagstiftaren bör se över dessa skilda principer för ledningsstruktur och se om det är ändamålsenligt ur både ett huvudmanna-, verksamhets- och chefsperspektiv. Detta bör också kopplas till definitionen för ”vårdgivare” då det är något som enligt lag ska rapporteras in till vårdgivarregistret vid Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Patric Rylander
Äldredirektör
Äldreförvaltningen

Linda Hamnes
Avdelningschef
Äldreförvaltningen

Bilaga

Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer (SOU 2022:41)