

Socialdepartementet,
s.remissvar@regeringskansliet.se

Remissvar över betänkande SOU 2022:41 Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer (dnr LiU-2022-04270)

Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet (LiU) lämnar på eget initiativ nedanstående synpunkter på betänkandet SOU 2022:41 ”Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer”, i Socialdepartementets utredning om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner. Prioriteringscentrum är ett nationellt kunskapscentrum för öppna prioriteringar i vård och omsorg som utgår från de etiska principerna för prioritering och resursfördelning för god vård på jämlika villkor. Vi bedriver forskning och ger stöd till alla nivåer i hälso- och sjukvård samt omsorg.

Sammanfattning

Prioriteringscentrum instämmer i stora delar av betänkandets problembeskrivning av kommunernas vård och omsorg för äldre. Vi är eniga med betänkandet om att gällande lagar för äldres vård i kommuner inte har implementerats fullt ut och omsatts i handling av ansvariga huvudmän. Däremot har Prioriteringscentrum en rad synpunkter på vad som borde utvecklas och som nu saknas i betänkandet.

Såväl kommuner som regioner har begränsade resurser och styrande lagar för vård och omsorg ger olika beslutsstöd för prioritering och resursfördelning inom dessa områden. I Hälso- och sjukvårdslagen finns etiska principer för hur resurser ska prioriteras och fördelas, men motsvarande stöd finns inte i Socialtjänstlagen. Prioriteringscentrum anser att betänkandet bör innehålla en analys av vad dessa skillnader innebär för integrerad vård och omsorg, och för jämlik och trygg välfärd, samt ge överbyggande förslag.

Det behövs klagörande av vad som kännetecknar ”jämlik vård” respektive ”jämlik omsorg” och vad som anses vara ”behov”, utifrån respektive styrande lagar, Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen. Eftersom dessa lagar medför skilda innebörder behöver dessa problematiseras och förslagen behöver utgå från denna problematik.

De föreslagna förändringarna stärker framför allt lednings- samt administrativa funktioner, medan vi i betänkandet saknar fördjupade resonemang och evidens kring hur den kommunala vården och omsorgen ska genomsyras av en kvalitets- respektive säkerhetskultur.

Betänkandets konsekvensanalys av bland annat finansiering av kommunal vård och omsorg behöver fördjupas så att förslagen om finansiering kan utvecklas och bli mer hållbara och robusta.

De förslag som lagts fram i form av förändrade lagtexter innebär krav på mer resurser i form av professioner som det redan råder brist på, och som huvudmännen redan idag konkurrerar om. Vi menar att vissa av de framlagda förslagen därför inte kommer att kunna lösa de problem som finns och nå de mål som satts upp.

Prioriteringscentrum hyser farhågor för att förslagen i betänkandet, trots goda föresatser, ändå inte kommer att åtgärda grundläggande problem. Det finns en överhängande risk att äldres tillgång till olika vårdkompetenser i kommunal primärvård förblir ransonerat, jämfört med regional primärvård. Vi kan inte se att de förslag som ges i betänkandet verkligen borgar för att äldre personer får jämlik primärvård med likvärdig kvalitet, under hela dygnet, alla dagar i veckan, oavsett boende.

Övergripande synpunkter

Prioriteringscentrum ger följande synpunkter, där samtliga är avgörande både för problembeskrivningen och för förslag på gemensamma och/eller integrerade lösningar för kommunal vård och omsorg:

Fördelning av resurser inom huvudmännens ansvarsområde

Både regioner och kommuner måste fördela sina resurser mellan olika områden som de har ansvar för. Kommuner har ansvar för hälso- och sjukvård och omsorg men även för många andra viktiga samhällssektorer och de måste fördela sina begränsade resurser mellan alla dessa. Det innebär att resurser inte enbart ska fördelas inom en förvaltning för vård och omsorg utan de konkurrerar även med andra förvaltningsområden såsom utbildning och samhällsplanering. Det kan jämföras med regioner där största delen av deras ansvar och budget omfattar hälso- och sjukvård. Inom hälso- och sjukvård har beslutsfattarna stöd av de etiska principer för prioritering och resursfördelning, som anges i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) men motsvarande finns inte inom Socialtjänstlagen (SoL). Prioriteringscentrum anser att dessa skilda förutsättningar behöver analyseras och förslag behöver läggas som ger stöd till kommunerna på motsvarande sätt, i avvägning av resursfördelning inom välfärden.

Många svenska kommuner har få invånare, vilket också konstateras i betänkandet, och därmed mycket begränsade resurser. Det medför att de ställs inför svåra prioriteringar då de ska besluta om hur stor andel av resurserna som kan fördelas till kommunens hälso- och sjukvård och omsorg. Dessa små kommuner har inte enbart begränsningar av monetära resurser utan i synnerhet när det gäller tillgång till vårddyrkeskompetenser. Därigenom har de ganska små möjligheter att leva upp till de lagförändringar som betänkandet ger förslag på i form av nya befattningar för kvalitetsansvar. Vi menar att För att skapa en hållbar utveckling menar vi att det behövs förslag som även ger små kommuner förutsättningar att kunna vara huvudman för hälso- och sjukvård.

Prioriteringscentrum anser att en trovärdig realisering av förslagen erfordrar förslag på stabil finansiering och tillgång till personella resurser. Den nuvarande analysen bygger på att staten ska ersätta huvudmän för förslagets merkostnader vilket med nuvarande ansvarsfördelning inte är hållbart på lång sikt. I konsekvensanalysen bör även en kalkyl ingå över behov av och tillgång till specifika vårdkompetenser, inom det närmaste årtiondet. Konsekvensanalysen kan med fördel även innehålla ett resonemang om vad

bristen på etiska prioriteringsprinciper för resursfördelning inom social omsorg, medför för jämlik vård och omsorg.

Jämlik vård och omsorg

Det behövs ett förtydligande av vad som menas med jämlik vård och jämlik omsorg. Det skulle då visa på viktiga utgångspunkter som får betydelse för problembeskrivning och för lösningsförslag. I hälso- och sjukvård avser jämlik, *att vård ska ges på lika grunder*, utifrån de etiska principer för öppna prioriteringar som anges i HSL §2 och 4: människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Principerna ger stöd för att vården ska agera på ett rättvist sätt, vara utan diskriminering, och bidra till att utjämna hälsoskillnader i befolkningen, att de med sämre hälsa ska kunna få mer av vården resurser, och att vården ska skapa nytta för patienten till en rimlig kostnad. Detta behöver framgå i betänkandet likaväl som vad jämlik omsorg innebär enligt SoL.

Varje huvudman eftersträvar att inom sitt ansvarsområde ge så lika vård som möjligt för samma tillstånd. Däremot behöver vården inte vara lika mellan olika huvudmän eftersom befolkningen kan ha olika typer av vårdbehov och det kan finnas olika lokala förutsättningar som huvudmän rättmätigt behöver ta hänsyn till. Det centrala är att beslut om vård och vårdåtgärder tas på lika grunder.

De etiska principerna för prioritering och resursfördelning är robusta och ger legitimt stöd och vägledning för hälso- och sjukvårdens huvudmän samt för de som har operativt ansvar. I regional hälso- och sjukvård är de etiska principerna för prioritering och resursfördelning välkända men Prioriteringsdelegationens uppföljning, liksom vår erfarenhet, visar att så inte är fallet i kommunal hälso- och sjukvård.

Eftersom Socialtjänstlagen (SoL) saknar etiska principer för prioriteringar medför det en risk för att prioriteringar som måste göras, exempelvis när resurser saknas, sker godtyckligt eller ad hoc. Vidare berör biståndsbeslut enligt SoL, exempelvis om särskilt boende, även integrerad hälso- och sjukvård. Sådana beslut inom SoL påverkar indirekt fördelningen av vårdresurser som borde fördelas enligt HSL:s etiska principer. Detta gränssnitt behöver förtydligas och hanteras för att nå en jämlik vård och omsorg. Prioriteringsutredningen (omfattande förarbete till HSL:s etiska principer) ger stöd för en sådan utveckling genom att den föreslår att ”vid prioritering inom samhällets välfärd bör samma principer vara styrande som i hälso- och sjukvård”, och nämner social omsorg, trygghet och närbesläktade områden. Prioriteringscentrum vill framhålla att om SoL kunde omfattades av samma etiska principer för prioritering som HSL, skulle det underlätta integrering mellan vård och omsorg, ge stöd till beslutsfattare, skapa öppenhet och omsorg skulle kunna ges på lika villkor och därmed bli jämlik.

Behov av vård och omsorg

Det behövs ett förtydligande i betänkandet av vad som menas med behov av vård och behov av omsorg. SoL och HSL har inom sina respektive lagrum olika utgångspunkter för vad som anses vara ett behov vilket inte framgår tydligt i betänkandet. Vi menar att:

- Ett *vårdbehov* är ett behov som vården kan åtgärda enligt beprövad erfarenhet och vetenskap. Ett *vårdbehov* bedöms av legitimerad vårdpersonal i samråd med patienten, enligt HSL och Patientlagen, samt dess förarbeten.

- Ett *omsorgsbehov* avgörs genom en biståndsprövning utifrån vad som anses vara skälig levnadsnivå, efter en ansökan från individen, enligt SoL.

Det finns även skillnader mellan lagarna när det gäller vilken skyldighet huvudmännen har att tillgodose respektive behov. Dessa begrepp får också betydelse för problematisering och lösningar för att nå jämlik vård och omsorg.

Kvalitet och patientsäkerhet i vård och omsorg

Det behövs ett förtydligande om vad som ingår i kvalitet respektive i patientsäkerhet och hur dessa hör samman. Vi efterlyser en mer utvecklad problembeskrivning av vad som krävs för att skapa, upprätthålla och utveckla kvalitet och patientsäkerhet i integrerad vård och omsorg. Exempelvis att relationen mellan linjeansvar och expertansvar blir tydlig, och att kvalitet ska levereras av dem som finns nära patienten och omsorgstagaren. Det behövs även ett förtydligande av vilken kunskap och kompetens om kvalitetsarbete och patientsäkerhet som krävs för att leda ett sådant arbete.

Förslaget om att tillsätta särskilda kvalitetsansvariga enbart utifrån att de ska ha legitimation inom specifika vårdprofessioner avspeglar en mycket förenklad syn på hur kvalitet och patientsäkerhet säkerställs. Det förefaller finnas en missuppfattning om att dessa professioner utifrån sin grundutbildning har den kunskap som krävs för att kunna ta ansvar för och genomföra ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i en kommun men så är inte fallet. Detta är ett besvärande faktum som rimligen bör påverka kvaliteten i kommunal hälso- och sjukvård och som också bör utredas och åtgärdas. Betänkandets förslag utesluter inte heller risken för att vårdpersonal får dubbla roller, särskilt i mindre kommuner, att både vara kvalitetsansvarig och samtidigt arbeta operativt i vårdverksamhet. Vi menar att dessa roller kräver ett oberoende av varandra så att man inte både är utförare av vård och bevakare av kvalitet på den vård som ges. Ansvar för kvalitetsarbete och strategiskt förbättringsarbete kräver en hög grad av integritet. Och det behöver finnas en tydlig logik mellan ansvar och befogenheter för sådana befattningar.

Ytterligare en försvårande faktor för kommunerna att arbeta evidensbaserat och med kvalitet, är att få kommuner har avtal med universitetsbibliotek för att få tillgång till forskningsdatabaser. Det utgör ett hinder för legitimerade vårdprofessioner att söka och ta del av aktuella forskningspublikationer. Därtill är arenorna för utveckling och forskning tillsammans med akademien inte tillräckligt utvecklade vilket får inverkan på vårdens kvalitet och säkerhet.

Läkare och teamarbete

Vi konstaterar att de argument som betänkandet lägger fram om att kommuner inte kan vara huvudmän för läkare, även i högst grad gäller all annan legitimerad vårdpersonal som nu arbetar i kommuner. Att ha en huvudman som huvudsakligen inte ägnar sig åt hälso- och sjukvård, där forskning och evidensbaserade åtgärder ingår som tradition, utgör en svårighet i sig. Det gör det svårt för legitimerad vårdpersonal att få det kunskapsstöd som är nödvändigt för god och säker vård. Och precis såsom det framhålls i betänkandet, kan det i mindre kommuner vara svårt att få kollegialt stöd då antalet kollegor ofta är få. Eftersom brister i stöd och kunskapsutveckling medför risker för vårdens kvalitet, bör betänkandet ge förslag på hur dessa svårigheter ska överbryggas. Det behöver bli tydligare att dessa svårigheter gäller all legitimerad vårdpersonal i kommuner och inte enbart läkare.

Prioriteringscentrum efterlyser ett mer utvecklat resonemang om vad det innebär att arbeta i team som utgörs av olika vårdprofessioner som kommer från olika organisationer och som ger dem olika villkor. Vi menar att det i betänkandet saknas förslag om vad som krävs i det dagliga patientnära teamarbetet och för ett operativt teamledarskap. Nu begränsas betänkandets förslag till att reglera dessa svårigheter genom avtal mellan huvudmännen. I det förslaget kan vi inte heller se något om hur detta ska hanteras i förhållande till av regionen upphandlade vårdföretag som i sin tur ska tillhandhålla läkarinsatser. Det föreslagna tillvägagångssättet riskerar att leda till en omfattande administration. Eftersom alla kommuner liksom regioner, har olika situationer och förutsättningar, kommer det att krävas detaljerade och anpassade avtal och noggranna uppföljningar, vilket kommer att ta resurser från kärnuppgifter.

Handläggningen av beslutet

Beslut om detta yttrande har fattats av professor Lars Sandman, föreståndare för Prioriteringscentrum, i samverkan med Barbro Krevers, biträdande professor och docent i utvärdering och hälsoekonomi; Ann-Charlotte Nedlund, universitetslektor i äldre och åldrande och docent i statsvetenskap, och My Eklund Saksberg, doktorand i medicinsk vetenskap, samtliga verksamma vid Prioriteringscentrum, Linköpings universitet.

I tjänsten
Lars Sandman