

Rätt till äldreomsorg och/eller sjukvård? Några funderingar

1. Hemtjänst enligt SoL och/eller HSL

God hälso- och sjukvård för äldre engagerar i första hand sjuksköterskor som arbetar, eller kommer att arbeta, inom den kommunala hälso- och sjukvården, där många av de sköraste patienterna med komplexa hälsoproblem och svåra funktionsnedsättningar finns. I detta påstående ligger en viktig del av många problem i sjukvården. Enklare delar av den kommunala hälso- och sjukvården kan ingå i begreppet *hemtjänst*, som står för två företeelser. Dels är det bistånd i form av service och personlig omvårdnad i hemmet, dels kan det röra sig om dagliga sysslor som städning, inköp och matlagning. Det medicinska innehållet kan ingå i servicen men främst i begreppet omvårdnad. Särskilt de som fått biståndsbeslut för särskilt boende (SÄBO) får dylik vård. Detta framgår i Socialtjänstlagen (SoL) 5 kap 5 § andra stycket, som stadgar att ”kommunen ska inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd”. Den person som behöver insatser från hemtjänsten kan ansöka om detta hos den egna kommunen. En handläggare utreder personens behov av hemtjänst och, om sådant behov föreligger, fattar ett gynnande biståndsbeslut. SoL anger att äldre personer så långt det är möjligt ska kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet ska ges.

De omvårdande verksamheterna leds av sjuksköterskor som i förhållande till läkare har begränsad medicinsk kompetens. Sjuksköterskor har sedan många år hävdats omvårdnaden som sitt speciella område och också examinerats med inriktning på omvårdnadsuppgifterna. Deras kompetens ligger inom omvårdnad och inte inom medicin. Omvårdnad kan sägas vara sjuksköterskans ansvarsområde. Begreppet omfattar förutom det praktiska/kliniska (patientnära) arbetet även det vetenskapliga studiet av och teoribildningen kring sjuksköterskans arbete. I vissa svenska skrifter används begreppet omvårdnad synonymt med vårdvetenskap. Andra väljer att se vårdvetenskap snarare som ett samlingsnamn på discipliner såsom sjukgymnastik, arbetsterapi och omvårdnad. För ytterligare andra är vårdvetenskap att betrakta som studiet av vård och vårdande, vilket även andra discipliner kan vara verksamma inom. Omvårdnaden räknas som hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 12 kap. Samtidigt finns det serviceåtgärder av samma innehåll som omvårdnadsåtgärder och dessa serviceåtgärder regleras enligt SoL. Det finns sålunda två lagar som kan aktualiseras vid omvårdnadsåtgärder, i båda fallen utförda av sjuksköterskor eller av undersköterskor och vårdbiträden. De tre största personalgrupperna

inom äldreomsorgen i kommunerna är undersköterskor, vårdbiträden och sjuksköterskor. Undersköterskor är den överlägset största gruppen. 2019 fanns det drygt 105 000 undersköterskor i kommunerna, drygt 30 000 vårdbiträden och cirka 16 000 sjuksköterskor.¹ Alla tre yrkeskategorierna kan antingen vara anställda av kommunen och med SoL som tillämplig lag, eller av kommunen med HSL 12 kap om kommunal hälso- och sjukvård som tillämplig lag. I båda fallen är det kommunen som är arbetsgivare.

Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer ska det finnas sjuksköterskor med ett särskilt medicinskt ansvar, så kallade medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS). Det övergripande ansvaret för den kommunala hälso- och sjukvården har den medicinskt ansvariga sjuksköterskan. MAS' ansvarsområde är brett och arbetet skiljer sig mellan olika kommuner. Uppdraget innefattar kvalitetsutveckling, förebyggande arbete, upprättande av rutiner och riktlinjer, kvalitetsuppföljningar, utredande och anmälningar av allvarliga vårdskador enligt lex Maria samt tillsyn av den kommunala hälso- och sjukvården. De multisjuka, funktionsnedsatta och multibehandlade personerna leds sålunda på en tämligen låg medicinsk kompetensnivå. Kommunerna har inga anställda läkare, utan läkare inom kommunernas vård och omsorg är anställda av regionerna. De arbetar på konsultavtal med kommunerna om ett visst antal timmar per SÄBO. På respektive SÄBO arbetar läkare i regel på uppdrag av sjuksköterskor, som begär att läkaren bedömer patienterna, skriver recept till dem, ringer anhöriga till dem etc, men läkarna har ingen del i organisationen, i personalarbetet, i arbetssätt/rutiner, i frågor om utrustning eller integrerade bedömningar över tid. Det finns inga tecken till förändring, snarare tvärtom, givet de demografiska prognoserna med en förväntad dubblering av personer som är 85 år och äldre till år 2035.

2. Hemsjukvård enligt HSL och/eller SoL

Parallellt med hemtjänst kan en äldre person få *hemsjukvård*. Den vården ges som kommunal hälso- och sjukvård enligt HSL. Hemsjukvård är medicinska insatser, rehabilitering, habilitering samt omvårdnad, som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eller annan personal med delegering i hemmet, både ordinärt och särskilt boende. Innehållet i hemsjukvårdens omvårdnadsdel kan sammanfalla med innehållet i hemtjänstens omvårdnad, som ligger inom kommunens sociala tjänster. Hemsjukvård kan den äldre få om hon/han har svårt att ta sig till sin vårdcentral eller om hon/han behöver sjuk- och hälsovård flera gånger i veckan. Inom hemsjukvården arbetar sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster.

1. Se <https://skr.se>, Skr, Äldreomsorg.

Hemsjukvård kan bli aktuell efter att en äldre person har varit ineliggande inom hälso- och-sjukvården. Distriktsköterskan eller husläkaren skriver in den vårdsökande i hemsjukvården och planerar insatserna. Är det kommunen som har ansvaret, tar personalen på regionens vårdcentral, husläkarmottagning eller hälsocentral kontakt med hemsjukvårdsenheten inom kommunen och meddelar, att det finns ett behov av hemsjukvård. Kommunen tar sedan kontakt med den enskilde för att skriva in vederbörande och organisera insatserna. Vilka som har rätt till hemsjukvård skiljer sig åt mellan olika kommuner på grund av avtalen med regionerna. Faktorer som kan påverka kan vara ålder och vårdbehov. Gemensamt är den så kallade tröskelprincipen innebärande att patienten inte själv kan ta sig till vårdcentral utan stora besvär. Många gånger bör det också finnas ett längre vårdbehov. Om vårdbehovet i hemmet blir för stort, kan ansökan till särskilt boende bli aktuell.

Många som är i behov av både äldreomsorg och sjukvård i hemmet känner att det är många olika aktörer inom kommunen och men även regionen, som är involverade i deras omsorg och vård. Det är biståndshandläggare, hemtjänst, sjukhuspersonal, husläkare, sjuksköterskor och arbetsterapeuter med flera. Det kan vara svårt för de gamla att förstå ansvarsfördelningen mellan dessa och hur de samverkar. För att få reda på om man har rätt till hemtjänst eller annat bistånd, måste man som framhållits ansöka hos kommunens socialtjänst. Kommunen är skyldig att utreda alla ansökningar.

I dag kan personal inom hemsjukvården i Stockholms län gå om varandra i ett och samma hem.² Till skillnad från resten av Sverige, där hemsjukvården främst är en kommunal angelägenhet, har regionen ansvaret för hemsjukvården i Stockholms län, medan hemtjänsten givetvis hör till det kommunala området. Detta bidrar till dubbleringar av besök hos de äldre och sjuka vårdtagarna. Detta innebär att hemsjukvården kan omfatta alltifrån enkla avgränsade vårdåtgärder med flera dagars mellanrum till sjukvård med många besök och åtgärder per dygn för svårt sjuka patienter. I vissa Stockholmskommuner är det primärvården, alltså vårdcentralen/husläkarmottagningen/hälsocentralen, som ansvarar för den basala hemsjukvården. Ofta blir det aktuellt med basal hemsjukvård efter att den äldre personen har varit i kontakt med sjukhusvården.

Vid sjukhusvistelse för en gammal person kontaktar personalen den organisation som är ansvarig för hemsjukvården, efter att ha fått medgivande från den äldre. Det kan också bli aktuellt med ett vårdplaneringsmöte på sjukhuset, där husläkare eller distriktsköterska från hemsjukvården är med. Behövs läkarinsatser i hemmet står alltid regionen för det, och den äldre kan då vända sig till sin husläkare. Vissa insatser kan också delegeras till hemtjänstpersonalen. Räk-

2. *Sammanhållen överenskommelse om vård och omsorg för äldre – överenskommelse mellan Region Stockholm och kommuner i Stockholms län, 2020*

nas dessa insatser som hemtjänst är SoL tillämplig och den vårdsökande kan få dem som biståndsbedömda rättigheter. Om så inte är fallet, kan hon/han få dem som serviceåtgärder.

Hemsjukvård innefattande medicinska insatser, rehabilitering, habilitering samt omvårdnad utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eller annan personal med delegering i hemmet, både ordinärt och särskilt boende. I och med ädelreformen 1992 övertog kommunerna ansvaret för de särskilda boendena och möjlighet att bedriva hemsjukvård, från regionerna till och med sjuksköterskenivå. I hemsjukvården finns som nämnts sjuksköterskor, undersköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter men inte läkare. Kommunernas rätt att anställa läkare har diskuterats länge och kan komma att ändras.³ Hemsjukvården samarbetar med primärvårdens läkare. Sjuksköterskor finns tillgängliga dygnet runt och kan vid behov ta kontakt med jourläkare för t.ex. rådgivning. I en del regioner finns hembesöksbilar bemannade med läkare som kan göra hembesök, om hemsjukvårdens sjuksköterska bedömer att patienten inte kan ta sig till vårdcentralen. Mer avancerad hemsjukvård, ex. så kallad Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), bedrivs av regionernas organisationer för lasarettansluten hemsjukvård. Dock samverkar ASIH i många fall med den befintliga kommunala hemsjukvårdspersonalen. I basal hemsjukvård ingår insatser som exempelvis medicinering, injektioner, provtagning och omläggning av sår samt rehabilitering och förskrivning av hjälpmedel. I vissa kommuner ansvarar primärvården (dvs regionvården i form av vårdcentral, husläkarmottagning eller hälsocentral) för den basala hemsjukvården, medan kommunen har tagit över ansvaret i andra kommuner. I de förstnämnda fallen gäller reglerna om region-sjukvård i HSL och i de sistnämnda fallen kommunal hälso- och sjukvård i HSL. Båda regeltyperna är skyldighetsregler.

3. Äldres boenden

Äldre människors rätt till ett tryggt *boende*⁴ hänger samman med möjligheterna till en god hälso- och sjukvård. Boendena är reglerade i SoL och denna reglering ska man som äldre kunna lita på.⁵ Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (SoL 5 kap. 4 §). Ändå får många personer avslag på sina ansökningar om särskilt boende med motivering att behov inte föreligger. Generellt ansvarar kommunen för äldreomsorgen i form av särskilda boenden för äldre och vård i ordinärt boende, medan regionen ansvarar för hälso- och sjukvård via vårdcentraler,

3. Den nya regeringen med M, KD, L och stödpartiet SD vill utreda kommunala läkare och språkkrav för medarbetare i äldreomsorgen. Detta framgår i det så kallade Tidöavtalet.

4. Lotta Vahlne Westerhäll, (2022) *God hälso- och sjukvård för äldre*, Studentlitteratur, Lund., s. 60 ff.

5. Socialstyrelsen, *Kunskapsguiden – Äldres särskilda behov*, <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/yrkesintroduktion-for-baspersonal-inom-aldreomsorgen/aldres-sarskilda-behov/>

husläkare och sjukhus. Men det finns vissa undantag kring hemsjukvård och sjukvård på särskilda boenden för äldre, eftersom det kan vara antingen kommunen eller regionen som ansvarar för den basala hemsjukvården. Det ser olika ut i olika kommuner. Hemsjukvården kan också vara i privat regi. I vissa kommuner kan äldre välja om de vill att hemsjukvården ges av kommunens egen verksamhet, privata vårdföretag eller ideella organisationer, som har godkänts av kommunen. En del hemtjänstleverantörer erbjuder också både hemtjänst och hemsjukvård. Här går i det närmaste hälso- och sjukvårdslagstiftning och socialtjänstlagstiftning in i vartannat.

Nämnas kan att det också finns en tredje form av boenden för äldre, nämligen biståndsbedömt trygghetsboende för äldre. Kommunerna är skyldiga att tillhandahålla särskilda boendeformer för äldre som behöver mer lättåtkomlig service, såsom städning eller liknande och för att bryta oönskad isolering (5 kap. 5 § tredje stycket SoL). Denna boendeform riktar sig till äldre personer som inte behöver vård och omsorg dygnet runt, men som känner sig otrygga i sitt nuvarande boende. Syftet är att bryta oönskad social isolering och öka tryggheten. I detta boende kan också hemtjänst och hemsjukvård erbjudas.

Det finns sålunda två centrala lagar av olika beskaffenhet som kan bli tillämpliga i dessa fall och som lätt kan komma på kollisionkurs med varandra. SoL är en rättighetslag, medan HSL är en skyldighetslag. Den omvårdnad som patienten får enligt SoL är utkrävbar enligt lag, medan vården enligt HSL inte går att överklaga till domstol med begäran om att åtgärderna effektueras. I praktiken kan de åtgärder som innefattas i vården/omvårdnaden vara desamma enligt de båda lagarna men rättsföljderna kan vara helt olika.

Här kan avslutningsvis vara på sin plats att nämna om *den nära vården*. För kunna möta patienters och brukares behov på mer ändamålsenligt sätt krävs för en god och tillgänglig vård också ett nära samarbete mellan kommuner och regioner samt mellan olika vårdgivare. För att hälso- och sjukvården och den kommunala vård- och omsorgen ska vara effektiv och av hög kvalitet krävs en omställning i hela vårdkedjan. Ett omfattande utredningsarbete i slutet på 2010-talet⁶ som behandlade ”nära vård” slås fast, att vården behöver komma närmare patienten och brukaren. Nära vård är inte en ny organisationsnivå eller en benämning på dagens primärvård, även om primärvården utgör en kärna i den nära vården. Nära vård är snarare ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg. Här har de medicinska begreppen som tidigare varit förhärskande inom hälso- och sjukvården i än högre grad kopplats till socialtjänstens begreppsapparat med en blandning mellan skyldighetstänkande och rättighetstänkande som följd, vilket av naturliga skäl skapar en oklar rättslig struktur.

6. Regeringens proposition 2019/20:164. *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*

4. Skyldigheter och rättigheter

Ovan har framkommit att de två lagar som aktualiseras för äldre människor som är i behov av hälso- och sjukvård eller äldreomsorg inom ramen för begreppet omvårdnad båda kan bli tillämpliga men på olika sätt. Är SoL tillämplig, kan personen vända sig till domstol och utkräva att få tillgång till insatsen ifråga. Men SoL reglerar inte endast rättigheter utan även serviceåtgärder, som den enskilde kan erhålla utan att kunna utkräva dem som rättigheter. Kommunen ska i stället utge dem som en skyldighet för kommunen. Är HSL tillämplig, utgör de aktuella hälso- och sjukvårdsåtgärderna endast skyldigheter, eftersom HSL inte är en rättighetslagstiftning.

Frågan om legala rättigheter på hälso- och sjukvårdsområdet har diskuterats alltsedan prioriteringsutredningen arbetade på 1990-talet,⁷ men lagstiftaren har alltid släppt frågan, förebärande att hälso- och sjukvårdsrättigheter skulle bli för dyrt. Genom att under åren hälso- och sjukvården kommit att organisatoriskt mer eller mindre upplösas för den patientkategori som utgörs av äldre människor som samtidigt har en rad andra sociala behov, vars tillgodoseende lagstiftaren kopplat samman med hälso- och sjukvården, saknas en tydlig gräns som skiljer ut hälso- och sjukvården från andra sociala behov. Frågan om legala rättigheter på hälso- och sjukvårdsområdet är dock en mycket större fråga än att reda ut sammanväxten av skyldighets- och rättighetsregler i nu anförda lagstiftning för äldre, även om båda frågorna hänger nära samman. Om man skulle skapa rättigheter på hälso- och sjukvårdens område, rör den frågan samtliga som får hälso- och sjukvård enligt HSL och inte endast de äldre. För de sjuka äldre synliggörs dock frågan på ett helt annat sätt än för andra sjuka, eftersom närheten till rättighetslagstiftningen i SoL aktualiseras för de äldre men inte för andra sjuka, som i stället erhåller hälso- och sjukvård enligt regionernas skyldighetslagstiftning.

Lotta Vahlne Westebäll
professor emerita
lotta.westerhall@lam.gu.se

7. SOU 1995:5, Vårdens svåra val