



**LUNDS**  
UNIVERSITET

BESLUT

2020-08-13

Dnr V 2020/651

Socialdepartementet

Rektor

**Yttrande över betänkandet Framtidens teknik i omsorgens tjänst (SOU 2020:14)**

*(Ert dnr S2020/01396/SOF)*

Lunds universitet har anmodats att lämna synpunkter på rubricerad remiss. Då betänkandet bedöms vara en expertremiss och expertisen finns inom flera verksamheter har universitetet valt att bifoga de yttranden som inkommit från fakulteterna i sin helhet.

*Beslut*

Beslut om att avge bifogade yttranden har fattats av undertecknad rektor i närvaro av stf förvaltningschef Cecilia Billgren efter hörande av Lunds universitets studentkårer och efter föredragning av utredare Carina Wickberg, Universitetsledningens kansli.

Torbjörn von Schantz

Institutionen för handelsrätt  
Ekonomihögskolan  
Lunds universitet

## **Betänkandet SOU 2020:14 Framtidens teknik i omsorgens tjänst (dnr S2020/01396/SOF)**

### **Sammanfattning**

Ekonomihögskolan välkomnar en lagreglering vad gäller användningen av välfärdsteknik i äldreomsorgen.

Enligt Ekonomihögskolan bör dock de författningsförslag som Utredningen om välfärdsteknik i äldreomsorgen framställer i avsnitt 8.7.1 om vård till människor med nedsatt beslutsförmåga, avsnitt 8.7.2 om omsorg till människor med nedsatt beslutsförmåga samt avsnitt 8.9.1 om lagstöd för att använda viss digital teknik i betänkandet inte genomföras i deras nuvarande utformning. Skälet till detta är att förslagen väcker frågor om den enskildes rättssäkerhet vid vård och omsorg till människor med varaktigt nedsatt beslutsförmåga samt användning av digital teknik innebärande övervakning eller kartläggning av enskilds personliga förhållanden, som inte är tillräckligt utredda.

Enligt Ekonomihögskolan bör inte heller de författningsförslag som Utredningen om välfärdsteknik i äldreomsorgen framställer i avsnitt 8.7.3 om individuell plan (SIP) som metod för välfärdsteknik vid nedsatt beslutsförmåga i betänkandet genomföras i deras nuvarande utformning. Skälet till detta är att förslagen väcker frågor om den enskildes rättssäkerhet när den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten. Ekonomihögskolan föreslår istället att regionen tillsammans med kommunen alltid ska upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten.

Slutligen bör regeringen även beakta slutbetänkandet från Utredningen Framtidens socialtjänst (S 2017:03) om översynen av socialtjänstlagen (2001:453) i tillämpliga delar (jämför Dir. 2017:39, s. 1f., Dir. 2018:69, s. 2ff. samt Dir. 2020:46).

### **Kapitel 8 Överväganden och förslag**

## **Avsnitt 8.7.1 Förslag om vård till människor med nedsatt beslutsförmåga**

### **Förslag**

I betänkandet SOU 2020:14, Framtidens teknik i omsorgens tjänst, lägger Utredningen om välfärdsteknik i äldreomsorgen fram författningsförslag vad gäller användningen av välfärdsteknik inom äldreomsorgen. Utredningen föreslår bland annat införandet av:

- En ny bestämmelse i 4 kap. 5 § patientlagen (2014:821), PL, om vård till människor med varaktigt nedsatt beslutsförmåga. Bestämmelsens tillämpning är inte begränsad till användning av välfärdsteknik utan avses gälla generellt, det vill säga för all vård där ett informerat samtycke till en viss åtgärd inte kan erhållas på grund av att beslutsförmågan är inte endast tillfälligt nedsatt (SOU 2020:14, s. 395f.).
- En ny bestämmelse i 4 kap. 1 d § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, om omsorg till människor med varaktigt nedsatt beslutsförmåga. Bestämmelsen är generellt tillämplig men anvisar samtidigt en metod för tillhandahållande av välfärdsteknik till enskilda med nedsatt beslutsförmåga inom ramen för insatser enligt socialtjänstlagen (SOU 2020:14, s. 399f.).
- En ny bestämmelse i 3 kap. 8 § SoL om lagstöd för socialtjänsten för användning av digital teknik inom det grundlagsskyddade området, till exempel i form av tillsynskamera eller gps-larm. Vad som anges i bestämmelsen måste uttryckligen iaktas särskilt vid tillämpning av 4 kap. 1 § d SoL. Bestämmelsen gäller även i övrigt inom socialtjänstens verksamhet. Bestämmelsen gäller både för det allmänna och för privata utförare (SOU 2020:14, s. 421, s. 573f.).

### **Kommentar**

Ekonomihögskolan delar utredningens uppfattning angående behovet av lagreglering avseende användningen av välfärdsteknik i äldreomsorgen. Det är en central reform. Det är dock inte enbart fråga om införandet av digital teknik utan om viktiga nya rättsliga steg vad gäller vård och omsorg till människor med varaktigt nedsatt beslutsförmåga samt användning av digital teknik som medför övervakning eller kartläggning av enskilds personliga förhållanden i patientlagen (2014:821), PL, respektive i socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Det är fråga om införandet av ny lagreglering som, vad gäller åtgärdernas ingripande karaktär, närmast kan jämföras med den särskilda tvångslagstiftning som finns inom hälso- och sjukvårdens respektive socialtjänstens område. Ett exempel på användningen av digital teknik

som framförs av utredningen är en tillsynskamera som gör det möjligt för vård- eller omsorgsgivaren att utöva fjärrtillsyn nattetid över en person i ordinärt boende eller särskilt boende för äldre (SOU 2020:14, s. 104, s. 573). Ett annat exempel på användningen av digital teknik som framförs av utredningen är ett gps-larm som när det aktiveras kan larmcentral, personal eller anhöriga se var enheten befinner sig och följa hur personen rör sig i det system som är kopplat till larmet, på en smartphone, dator eller surfplatta. Till skillnad från ett trygghetslarm så fungerar ett gps-larm även utanför bostaden (SOU 2020:14, s. 109, s. 573).

Ekonomihögskolan anser dock att de föreslagna nya bestämmelserna i 4 kap. 5 § PL, 4 kap. 1 d § SoL samt 3 kap. 8 § SoL inte bör leda till lagstiftning i enlighet med de nu föreslagna lydelseerna. Skälet till detta är att avvägningen mellan den enskildes rättssäkerhet och effektiviteten i förvaltningen inte framstår som övertygande. Större vikt behöver läggas vid den enskildes rättssäkerhet i förhållande till den vikt som läggs vid effektiviteten i förvaltningen vid vård och omsorg till människor med varaktigt nedsatt beslutsförmåga samt användning av digital teknik som medför övervakning eller kartläggning av enskilds personliga förhållanden (jämför Strömberg, Håkan och Lundell, Bengt, Allmän förvaltningsrätt, 27:e upplagan, Liber, Stockholm, 2018, s. 166). Utredningen har utformat generella författningsförslag som till exempel kan tillämpas på användningen av välfärdsteknik i äldreomsorgen istället för att utforma specifika författningsförslag som enbart ska tillämpas på användningen av välfärdsteknik i äldreomsorgen. De framlagda generella författningsförslagen i 4 kap. 5 § PL, 4 kap. 1 d § SoL samt 3 kap. 8 § SoL synes därmed gå utöver regeringens direktiv vad gäller den del av uppdraget som avsåg att vid behov lämna författningsförslag med fokus på reglering av samtycke från personer med nedsatt beslutsförmåga i syfte att underlätta användning av välfärdsteknik i äldreomsorgen, analysera och identifiera rättsliga hinder för användning av välfärdsteknik inom äldreomsorgen samt överväga behov av övriga författningsförslag i syfte att underlätta användning av välfärdsteknik inom äldreomsorgen (Dir. 2018:82, s. 1, s. 6f.).

Enligt Ekonomihögskolan är det svårt att förutse de rättsliga konsekvenserna för den enskildes rättssäkerhet vad gäller de framlagda generella författningsförslagen. Skälet är följande. Utredningsarbetet synes ha bedrivits med fokus på användning av välfärdsteknik i äldreomsorgen medan de framlagda författningsförslagen i 4 kap. 5 § PL, 4 kap. 1 d § SoL samt 3 kap. 8 § SoL har givits en mer vidsträckt utformning. Tyngdpunkten i författningsförslagen är förlagd till effektiviteten i

förvaltningen och inte till den enskildes rättssäkerhet. Som exempel kan nämnas att 3 kap. 8 § SoL om lagstöd för att använda viss digital teknik inte bara synes kunna tillämpas i äldreomsorgen utan även inom exempelvis den vuxna missbruksvården som sker med stöd av 4 kap. 1 § SoL. Det handlar i det här fallet om att ge breda rättsliga mandat till personalen inom hälso- och sjukvården respektive inom socialtjänsten (och inte exempelvis till socialnämnden såsom vid beslut om bistånd med stöd av 4 kap. 1 § SoL) att fatta beslut om vård och omsorg till människor med varaktigt nedsatt beslutsförmåga i allmänhet samt om användningen av digital teknik som medför övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden inom socialtjänsten i allmänhet. Enligt Ekonomihögskolan är de rättsliga konsekvenserna för den enskildes rättssäkerhet vad gäller de framlagda generella författningsförslagen inte tillräckligt utredda.

Slutligen bör regeringen även beakta slutbetänkandet från Utredningen Framtidens socialtjänst (S 2017:03) om översynen av socialtjänstlagen (2001:453) i tillämpliga delar (jämför Dir. 2017:39, s. 1f., Dir. 2018:69, s. 2ff. samt Dir. 2020:46).

### **Avsnitt 8.7.2 Förslag om omsorg till människor med nedsatt beslutsförmåga**

Förslag samt kommentar behandlas under Avsnitt 8.7.1.

### **Avsnitt 8.7.3 Individuell plan (SIP) som metod för välfärdsteknik vid nedsatt beslutsförmåga**

#### **Förslag**

I betänkandet SOU 2020:14, Framtidens teknik i omsorgens tjänst, lägger Utredningen om välfärdsteknik i äldreomsorgen fram författningsförslag vad gäller användningen av välfärdsteknik inom äldreomsorgen. Utredningen föreslår bland annat införandet av:

- Ett nytt fjärde stycke i 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, om individuell plan (SIP) som metod för välfärdsteknik vid nedsatt beslutsförmåga. När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, ska regionen tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan. Det nya fjärde stycket möjliggör upprättande av en individuell plan även för personer som inte kan lämna föreskrivet samtycke till upprättandet av planen (SOU 2020:14, s. 405, s. 582).

- Ett nytt tredje stycke i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, om individuell plan (SIP) som metod för välfärdsteknik vid nedsatt beslutsförmåga. När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en individuell plan. Det nya tredje stycket möjliggör upprättande av en individuell plan även för personer som inte kan lämna föreskrivet samtycke till upprättandet av planen (jämför SOU 2020:14, s. 582. SOU 2020:14, s. 405, s. 571f.).

### **Kommentar**

Ekonomihögskolan delar utredningens uppfattning att bestämmelserna i 16 kap. 4 § andra stycket HSL samt 2 kap. 7 § SoL bör ändras ifråga om upprättandet av en individuell plan (SIP) när den enskilde saknar förmåga att samtycka härtill. Ekonomihögskolan anser dock att 16 kap. 4 § första – andra stycket HSL samt 2 kap. 7 § första stycket SoL istället bör ändras så att regioner och kommuner är skyldiga att alltid gemensamt upprätta en individuell plan för en enskild som har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten. Skälet till detta är den enskildes rättssäkerhet när den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten. Den individuella planen (SIP) utgör i sig inget problem utifrån ett rättssäkerhetsperspektiv utan det är istället åtgärderna.

Det kan i detta sammanhang även hänvisas till den rådande ordningen i 11 kap. 3 § SoL. Enligt 11 kap. 3 § första stycket SoL ska det när någon behöver vårdas i ett hem för vård eller boende, stödboende eller familjehem (gäller både för vuxna och barn, föredragandens anmärkning) upprättas en plan för den vård som socialnämnden avser att anordna (vårdplan). Enligt 11 kap. 3 § andra stycket SoL ska det för barn och unga som vårdas i ett hem för vård eller boende, stödboende eller familjehem upprättas en plan över hur vården ska genomföras (genomförandeplan). Enligt 11 kap. 3 § tredje stycket SoL ska vård- och genomförandeplanen även uppta åtgärder och insatser som andra huvudmän har ansvar för. I 5 kap. 1 a § socialtjänstförordningen (2001:937) finns en uppräkningslista på vad en vårdplan respektive en genomförandeplan ska, om det inte möter särskilda hinder, beskriva. Som exempel kan nämnas de särskilda insatser som behövs samt målet med de särskilda insatser som behövs. Det kan i detta sammanhang slutligen hänvisas till de skäl för upprättandet av en vårdplan respektive en genomförandeplan som framförs från lagstiftarens sida i förarbetena. Se vidare i Prop. 2000/01:80,

Ny socialtjänstlag m.m., s. 104ff., s. 169, Prop. 2015/16:43, Stödboende – en ny placeringsform för barn och unga, s. 44f., s. 67 samt Prop. 2006/07:129, Utveckling av den sociala barn- och ungdomsvården m.m., s. 48ff., s. 115f.

### **Författningsförslag**

Enligt Ekonomihögskolan bör 16 kap. 4 § HSL kvarstå i dess nuvarande utformning förutom två ändringar i 16 kap. 4 § första – andra stycket HSL med följande innebörd:

- Nuvarande lydelse:

”När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, ska regionen tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan.

Planen ska upprättas om regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

1. vilka insatser som behövs,
2. vilka insatser som respektive huvudman ska svara för,
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än regionen eller kommunen, och
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen. *Lag (2019:973).*”

- Föreslagen lydelse:

”När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, ska regionen tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

1. vilka insatser som behövs,
2. vilka insatser som respektive huvudman ska svara för,
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än regionen eller kommunen, och
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen. *Lag (20XX:XXX).*”

Enligt Ekonomihögskolan bör 2 kap. 7 § SoL kvarstå i dess nuvarande utformning förutom en ändring i 2 kap. 7 § första stycket SoL med följande innebörd:

- Nuvarande lydelse:  
”När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om kommunen eller regionen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

1. vilka insatser som behövs,
2. vilka insatser respektive huvudman ska svara för,
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller regionen, och
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen. *Lag (2019:909).*”

- Föreslagen lydelse:



”När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en individuell plan. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

1. vilka insatser som behövs,
2. vilka insatser respektive huvudman ska svara för,
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller regionen, och
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen. *Lag (20XX:XXX).*”

Enligt Ekonomihögskolan bör vidare 16 kap. 4 § HSL kvarstå i 16 kap. HSL i enlighet med rådande ordning. Bestämmelsen i 2 kap. 7 § SoL kan med fördel flyttas till 11 kap. SoL om handläggning av ärenden.

Slutligen bör regeringen även beakta slutbetänkandet från Utredningen Framtidens socialtjänst (S 2017:03) om översynen av socialtjänstlagen (2001:453) i tillämpliga delar (jämför Dir. 2017:39, s. 1f., Dir. 2018:69, s. 2ff. samt Dir. 2020:46).

### **Avsnitt 8.9.1 Lagstöd för att använda viss digital teknik**

Förslag samt kommentar behandlas under avsnitt 8.7.1.

I detta ärende har Rektor vid Ekonomihögskolan beslutat. Universitetslektor i handelsrätt med inriktning förvaltningsrätt vid Institutionen för handelsrätt vid Ekonomihögskolan vid Lunds universitet samt juris doktor i socialrätt och välfärdsrätt vid Juridiska fakulteten vid Lunds universitet Elisabeth Eneroth har varit föredragande.

Lund 2020-07-13

Fredrik Andersson  
Rektor

Kansli M  
Erik Renström, dekan

## Remissvar - Framtidens teknik i omsorgens tjänst (SOU 2020:14)

Detta är en omfattande och välskriven utredning som sammanfattar bakgrunden till uppdraget på ett detaljerat sätt vad gäller lagstiftning, olika myndigheters ansvarsområden och de praktiska verksamheternas förutsättningar. Utredningen ringar väl in komplexiteten och utmaningarna kring välfärdsteknik i äldreomsorgen. Inte minst beskrivs utmaningen med många aktörer och ansvariga inblandade på olika nivåer, vilket medför att situationen är komplex och svårgripbar.

Utredningen saknar dock helt underlag utifrån det nationella och internationella kunskapsläget när det gäller forskning om välfärdsteknik, vilket är en allvarlig brist. Det finns såväl publicerade studier som intressanta projekt som nyligen beviljats finansiering i nationell konkurrens. Flera projekt är pågående runt om i landet. Ett exempel på en högst relevant projekttitel från Fortes senaste beviljning är ”Kunskapsöverföring av välfärdsteknik – Gränsöverskridande kommunal äldreomsorg”. I utredningen betonas behovet av att implementera nya lösningar i den kommunala praktiken, men för att sådan implementering ska ge bästa effekt krävs vetenskapliga utvärderingar, vilket inte alls speglas. Även om forskningsområdet är relativt nytt är det i kraftig tillväxt och det är nödvändigt att sammanfatta den aktuella kunskapsfronten i en utredning av detta slag för att kunna göra en kvalificerad analys och föreslå progressiva åtgärder.

Utredaren har ansträngt sig för att definiera vad såväl välfärdsteknik som äldreomsorg betyder i sammanhanget, vilket är utmärkt. Begreppet välfärdsteknik problematiseras väl och det är positivt att utredningen tydliggör att det handlar om tjänster och processer och inte enbart produkter. Välfärdsteknik utgör en integrerad del av en samlad bedömning, vilket är bra tänkt. Hur olika välfärdstekniker är integrerade i äldreomsorgens system och processer, nu och i framtiden, framgår dock inte tillräckligt tydligt. Vi efterlyser också en mer balanserad analys av fördelar och risker med den snabba teknikutvecklingen. Utredaren hänvisar till en definition av arbetshjälpmedel som ter sig utdaterad eftersom den inte omfattar digital teknik utan enbart arbetshjälpmedel i fysisk mening. Kombinationen av olika välfärdstekniska tjänster, system, processer och produkter kan antas påverka personalen, personerna som får omsorg och deras närstående, men detta beaktas inte i utredningen. De definitioner som presenteras vidhålls inte konsekvent genom texten och dess olika avsnitt. Detta leder till att det finns betydande oklarheter genom texten, inte minst när det gäller hälso- och sjukvårdens ansvar, roll och betydelse i sammanhanget. Detta gäller inte minst berörda yrkeskategorier, deras ansvar, kompetens och behov av vidareutbildning, vilket är allvarligt med tanke på de slutsatser och förslag som presenteras.

Även om man starkt betonar nödvändigheten av att utgå från individens behov präglas utredningen av ett synsätt där äldre personer ses som mottagare av nya tekniska lösningar utan att vara aktiva parter i utvecklings-, försörjnings- och

förskrivningsprocesser. Detta är knappast i överensstämmelse med den åldrande befolkningens förväntningar på framtidens tekniklösningar. Dagens och än mer framtidens äldre är i hög grad aktiva konsumenter av teknik, vilket är ett perspektiv som helt saknas i utredningen. Vidare berörs närstående, deras behov och roll i sammanhanget endast ytligt, vilket är anmärkningsvärt med tanke på hur många anhöriga som bidrar till att vardagen alls fungerar för äldre med behov av omsorg och hälso- och sjukvård. Även närstående betraktas i utredningen som personer med ”behov och önskemål” och inte som aktörer när det gäller användandet av välfärdsteknik. Forskning visar att närstående till äldre ofta har en mycket viktig roll som ”varma experter” när det gäller stöd till dem i användandet av ny teknik. Närstående är följaktligen en resurs för äldreomsorgen som det finns all anledning att lyfta fram och ta tillvara på ett aktivt sätt.

Även om många äldre är teknikanvändare i ökande grad ligger det en betydande komplexitet och utmaning i det faktum att många av dem som behöver välfärdsteknik är de som kanske har svårast att ta ställning till de lösningar som erbjuds, förstå och därmed samtycka på ett välinformerat sätt, vilket ägnas stort utrymme i utredningen. Därför är det ytterst angeläget att inte underskatta de personalresurser och den kompetens som krävs för att uppnå de bästa lösningarna för dessa personer, men här är utredningen bristfällig. Utbildningssatsningarna som föreslås koncentreras till ffa undersköterskor och biståndsbedömare. Även om sådana satsningar är angelägna saknar utredningen kvalificerade förslag när det yrkesgrupper med akademisk utbildning och legitimation för yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvård.

I det sammanhanget är inte ens det aktuella utbildningsläget korrekt beskrivet. En ökande andel i dessa yrkesgrupper har idag specialistutbildning, mastersexamen och/eller doktorsexamen, vilket inte alls reflekteras. Akademiskt utbildad personal på dessa högre nivåer saknas dock i hög grad inom kommunal verksamhet, men är en förutsättning för den progressiva kunskapsutveckling som behövs inom området. Utredningen tar inte upp den stora och omvälvande utveckling som pågår när det gäller att bedriva alltmer avancerad hälso- och sjukvård i hemmet. Sådana sjukvårdsinsatser är mycket teknikintensiva, vilket i sin tur kommer att ställa ännu högre krav på den personal som arbetar i den kommunala hälso- och sjukvården.

Vidare nämns inte universitet och högskolor när det gäller att utveckla möjligheter för vidareutbildning för berörd personal; enbart utbildningsaktörer på lägre nivåer nämns och föreslås för att bidra till kunskapsutvecklingen. De förslag som ges är anmärkningsvärt modesta och saknar progressiva ambitioner. Vid universitetens medicinska fakulteter utbildas personal som i hög grad anställs för insatser i den kommunala hälso- och sjukvården: sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Dessa yrkesgrupper besitter kunskaper av det slag som efterlyses i utredningen, d v s särskilt i geriatrik och gerontologi, inklusive kompetens för att genomföra bedömningar av kognition. Universiteten har starka resurser för att tillhandahålla även den vidareutbildning som efterfrågas i utredningen. Enbart drygt hälften av biståndsbedömarna inom kommunal omsorg har akademisk utbildning, men istället för att föreslå att ett sådant krav införs föreslår utredaren att Vård- och omsorgskollegium och Myndigheten för yrkeshögskolan ska få ansvar för att anordna vidareutbildning för denna yrkeskategori. Motivet som anförs är att många av dagens biståndsbedömare saknar behörighet för vidareutbildning på akademisk nivå. Detta är en anmärkningsvärt låg ambitionsnivå med tanke på behoven och den komplexitet i berörda verksamheter som så tydligt beskrivs i utredningen.

Vi efterlyser istället framtidsinriktade och progressiva förslag med stora öknings av antalet akademiskt utbildade i den kommunala omsorgs- och hälso- och sjukvårdsverksamheten. Ett exempel är att utbilda legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal för att även kunna utföra biståndsbedömning, vilket skulle leda till att behov av hälso- och sjukvård som idag ofta är bristfälligt bedömda och uppfylla skulle integreras på ett kvalificerat sätt. Inte minst Coronapandemin visar tydligt att det idag finns stora brister i detta avseende. Ett annat exempel är att öka andelen personal med forskarutbildning vilket är en nödvändig förutsättning för forskningsanknytning och implementering av den forskningsbaserade kunskap som kontinuerligt produceras.

Förslaget om att inrätta ett nationellt kunskapscentrum för utveckling av äldreomsorg är intressant, men framstår som en svag strategi eftersom ambitioner vad gäller forskning, implementering och innovation saknas. Universitet och högskolor bör få en tydlig roll i den föreslagna satsningen.

Tillväxten av forskare inom området åldrande och hälsa är mycket god och det finns därmed många som skulle kunna göra viktiga insatser inom ramen för ett nationellt kunskapscentrum.

Utredaren problematiserar den oklara ansvarsfördelningen mellan Socialtjänstlagen (SoL) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), men de föreslagna lagändringarna är marginella relativt de stora problemen och utmaningarna i äldreomsorgens praktik. Man gör en huvudpöäng av kravet om professionell bedömning av kognition hos de personer som blir aktuella för att använda digital teknik, vilket i sig är nödvändigt, men det lär finnas behov av ytterligare lagändringar för att göra verklig skillnad i den komplexa verklighet som uppstår till följd av att det finns gråzoner mellan SoL och HSL. Behovet av mer effektiva strategier för samverkan är välkänt och diskuterat under många år. Dessvärre bidrar inte utredningen med förslag på nya strategier som skulle kunna ge bättre förutsättningar för samverkan. En helt annan typ av lagändring med bäring för vårt resonemang om kompetensförsörjningen vore att göra det möjligt att med stöd av Högskoleförordningen inrätta förenade anställningar som universitetslektor och professor inom kommunal verksamhet.

Vi ifrågasätter utredarens slutsats att de förslag som förs fram kommer att vara kostnadsneutrala. Slutsatsen framstår som orealistisk eftersom det kommer att behövas kontinuerligt teknisk support och upprepade omprövningar av vilken teknik som är mest effektiv. Inköp av ny teknik är ofta kostsamma och det kommer hela tiden ny teknik, med ständiga behov av uppdateringar. Vidare är behovet av kompetensutveckling mycket stort, vilket med nödvändighet kräver särskilda satsningar.

Sammanfattningsvis är utredningen informativ och ger en omfattande lägesbeskrivning. Eftersom kunskapsläget är beskrivet enbart utifrån praktiker- och myndighetsperspektiv är dock analysen svag, vilket innebär att de förslag som förs fram framstår som platta. Framtidens teknik är redan här och utvecklas allt snabbare. Om den ska kunna stå till tjänst för äldreomsorgen krävs progressiva förslag som ger realistiska förutsättningar för den utveckling som kommer att krävas.

Medicinska fakultetens svar har författats av:

Susanne Iwarsson, professor; Sofi Fristedt, biträdande forskare; Charlotte Löfqvist, docent, universitetslektor; Steven Schmidt, docent, vetenskaplig samordnare  
Institutionen för hälsovetenskaper & Centre for Ageing and Supportive Environments (CASE), Medicinska fakulteten, Lunds universitet.

Erik Renström  
Dekan

Birgitta Larsson  
Utredare