

Remiss avseende betänkandet Nästa steg- Ökad kvalitet och jämlik vård och omsorg för äldre personer (SOU 2022:41)

Ärendet

Socialdepartementet har bjudit in Halmstads kommun till att yttra sig över betänkandet *Nästa steg- Ökad kvalitet och jämlik vård och omsorg för äldre personer (SOU 2022:41)*. Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet senast den 15 november 2022.

Utredningen har fått i uppdrag att ta fram förslag på en äldreomsorgslag. Lagen ska komplettera socialtjänstlagen (2001:453) SoL.

Utredningen fick även i uppdrag att lämna förslag för att säkerställa tillgången till god hälso- och sjukvård för personer i särskilt boende och för personer inom kommunal hemsjukvård. I uppdraget ingår också att överväga behovet av stärkt medicinsk kompetens på ledningsnivå, inklusive införandet av olika funktioner för att stödja detta som t.ex. MAR.

Utredaren har lämnat förslag på en äldreomsorgslag samt tagit fram förslag på hur hälso- och sjukvårdslagstiftningen kan förstärkas.

Ärendet har beretts av Socialt Ansvarig Samordnare (SAS) Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) samt Medicinskt ansvarig för rehabiliteringen (MAR) inom hemvårdsförvaltningens myndighetsenhet. Hemvårdsförvaltningens ledningsgrupp har delgetts remissen och ombetts att inkomma med synpunkter på utredningen.

Sammanfattning

- Hemvårdsnämnden instämmer med utredningens analys av de problem och utmaningar som äldreomsorgen och kommunal hälso- och sjukvård har och står inför.
- Utredningens förslag om att det behövs förtydligad lagreglering av äldreomsorgens uppdrag och innehåll tillstyrks.
- Hemvårdsnämnden instämmer i utredarens analys av att stärkt medicinsk kompetens på ledningsnivå behöver förtydligas i kommunal hälso- och sjukvård men håller inte med om att de framtagna förslagen på ny uppdelning gällande ledningsansvar på huvudmanna- respektive vårdgivarnivå är rätt väg att gå för att nå det målet.
- Betänkandet kommer att resultera i ökade kostnader för kommunerna. Frågan är hur dessa kostnader ska täckas på längre sikt.
- De delar av förslagen i utredningen som inte tas upp nedan i synpunkterna välkomnas av Hemvårdsnämnden.

7. En äldreomsorgslag

Synpunkter gällande en ny äldreomsorgslag

1. En särskild lag

Socialtjänstlagen (SoL) är en målinriktad ramlag som anger grundläggande värderingar, principer och mindre grad av detaljreglering för kommunerna att vid val av och utveckling av metoder och arbetssätt och därmed kunna ta större hänsyn till den enskildes vilja och behov. Att lagen är övergripande har inneburit ett relativt stort utrymme för kommunerna att tillämpa lagen på olika sätt samt att ramlagskonstruktionen har lett till otydlighet när det gäller socialtjänstens uppdrag och innehåll. Äldreomsorgslagen föreslås bli ett komplement till SoL och skall då kompletteras med bestämmelser i en förordning om en nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen (NOK) som på ett mer konkret sätt skall reglera hur lagstiftningens bestämmelser skall uppfyllas. De bestämmelser som föreslås i förslaget till en ny äldreomsorgslag är till största del av mål- och ramlagskaraktär och kommer inte att bli så detaljerad. Detta ger bara ytterligare en ramlag för kommunerna att tolka med samma svårigheter som beskrivs i SoL. Som utredningen beskriver så finns det inte några formella hinder för att istället förtydliga äldreomsorgen i nuvarande SoL som då kompletteras med NOK vilket nämnden förordar.

2. Lagens tillämpningsområde beskriver vad som utgör äldreomsorg

Att lagen ska gälla även yngre personer som inte fyllt 65 år är motstridigt då förslaget å ena sidan framför att man vill minska risken för att man vid en viss ålder skall anses omfattas av begreppet äldre och därmed riskera att befästa ett redan existerande ålderistiskt synsätt å andra sidan vill inkludera yngre personer med funktionsnedsättningar som har behov av insatser inom äldreomsorgen och inte definiera vem som ska betraktas som äldre utan vem som omfattas av lagens bestämmelser om äldreomsorg. Varför väljer man att kalla lagen för äldreomsorgslag när målgruppen är mycket vidare än bara äldre. En annan aspekt av detta är att vid uppföljningar på nationell nivå, så som t.ex. den årliga enkäten från socialstyrelsen, inkluderas bara personer över 65 år. Att utredningen inte heller fördjupat sig i problematiken kring hur detta påverkar kommuner som organiserat verksamheten i olika nämnder för olika målgrupper och vad det innebär för yngre personer som nu ska ingå i äldreomsorg är bekymmersamt.

3. Personal, bemanning och kompetens

Krav på personal, bemanning och kompetens kopplas tydligare till äldreomsorgslagets krav och är en skärpning i förhållande till nuvarande bestämmelse i socialtjänstlagen. Nämnden ser stora svårigheter med ett förslag som innebär en reglerad normering av bemanningen vilket även påpekats av SKR i det särskilda yttrandet som lämnats i utredningen. Förslag om utökad bemanning utan djupare analyser och realistiska förutsättningar för hur detta långsiktigt ska säkras ser vi som problematiskt, det gäller inte minst kravet på fast omsorgskontakt.

4. Övriga reflektioner

Vi saknar i utredningen resonemang och reflektioner kring rimliga krav för en god kvalitet inom myndighetsutövning så som beräkningar av biståndshandläggares antal ärenden att hantera.

Förlagsgivarna har haft ett samarbete för att testa en prototyp för en NOK. Gruppen ansåg inte att något saknades som område. Utredningen föreslår en fortsatt samskapande process för att ta fram en NOK. I denna grupp bör myndighetsutövningen och beställarfunktioner vara representerade.

2023 kommer pensionsåldern att ändras till 66 år från nuvarande 65 år. Kommer då förslaget ändra åldern?

8. Stärkt primärvård i kommuner

1. Stärkt medicinsk kompetens på ledningsnivå

1.1 Huvudmannanivå

Utredningens förslag är att en utsedd person ansvarar för den kommunala primärvården på strategisk nivå. En liknande funktion utses inom Regionen. Uppdraget kan tilldelas en leg sjuksköterska eller en leg. läkare med specialistkompetens. En central uppgift för den ledningsansvarige är att delta i planering och utveckling av det gemensamma hälso- och sjukvårdsuppdraget som huvudmännen har för primärvården.

Hemvårdsnämnden välkomnar att hälso- och sjukvårdens roll stärks på huvudmannanivå inom kommunen, samt att samverkan skulle kunna fördjupas med förslaget att utse en liknande funktioner inom Regionen. Vi efterlyser dock rehabiliteringsperspektivet i beskrivningen av ledningsfunktion på huvudmannanivån. Helhetsperspektivet saknas i utredarens förslag. Vi ifrågasätter även att rollen ska besittas av en profession med specialistkompetens. Vår uppfattning är att kommunerna själva ska bestämma om specialistkompetens är nödvändigt för rollen eller ej.

En risk enligt förslag s.468 att tillsätta en läkare som kommunalt ansvar som huvudman inom kommunal primärvård är att vård och omsorg av äldre personer medikaliseras och att de psykosociala aspekterna går förlorade.

1.2 Vårdgivarnivå

Utredarens förslag innebär att Verksamhetschefen i kommunens primärvård (VC) får ett utökat uppdrag på vårdgivarnivå. Om verksamhetschefen inte har tillräcklig kompetens och erfarenhet inom rehabilitering och hjälpmedel alt. omvårdnad ska ledningsuppgifter som kräver sådan kompetens fullgöras av en kvalitetsansvarig för rehabilitering (KAR) alt. kvalitetsansvarig för omvårdnad (KAO).

Följande frågor uppstår till följd av utredarens förslag:

- Vad menas med ”inte ha tillräcklig kompetens och erfarenhet”
- Vem ska avgöra vad ”inte tillräcklig kompetens och erfarenhet” innefattar?
- Vilket uppdrag ska en kvalitetsansvarig ha? (Enl. förslaget ska en skriftlig överenskommelse ske mellan Verksamhetschefen och KAR/KAO på lokal nivå.)

Hemvårdsnämnden anser att förslaget om tillsättande av en KAR/KAO inte stärker medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv.

Att en KAR/KAO ska kunna fullgöra sina uppgifter i kombination med såväl andra ledningsuppgifter som kliniska uppgifter ”utifrån den lokala kontexten” understryker nämndens uppfattning om att rollen som KAR/KAO mer kan liknas vid ett verksamhetsnära kvalitetsutvecklings- eller metodutvecklingsuppdrag och inte mot det från hemvårdsnämndens önskvärda uppdraget: En förstärkt roll som Medicinskt ansvarig för rehabiliteringen i samverkan med Medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Förslaget om rollfördelning Verksamhetschef, KAR och KAO beskriver inte kommunernas behov av verksamhetschefens uppdrag utan i stället en utsedd persons (brist på) formell kompetens och personliga erfarenheter som eventuellt kan kompenseras via tillsättning av en KAR och/eller KAO. Vad händer den dagen verksamhetschefen slutar sin anställning? Ska tjänsterna som KAR och KAO då villkoras via tidsbegränsade förordningar? Ytterligare finns en risk att riktlinjer och rutiner anpassas till verksamhetens förutsättningar och inte till patienternas faktiska behov, exempelvis delegeringsfrågorna, vilket påverkar patientsäkerheten negativt.

Hemvårdsnämnden välkomnar att uppdraget som Verksamhetschef tydliggörs och förstärks på vårdgivarnivå. Nämnden anser dock att det bästa sättet för att kvalitetssäkra rollen är att kräva att uppdraget innehas av en person med legitimation (sjuksköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut).

Många kommuner i Sverige är befolkningsmässigt små. Av Sveriges 289 kommuner har 202 st. (70 %) kommuner färre än 30 000 invånare (källa: Statistik SCB: Folkmängden i Sverige). Utredarens uppfattning är att det i små kommuner kan upplevas att ansvarsgränsen mellan uppdelning mellan huvudmannaskaps- och vårdgivarnivåer ”suddas ut”. I verkligheten kan det kanske vara precis tvärt om. Om ansvarsfördelning mellan MAS/ MAR samt Verksamhetschef inom kommunal primärvård tydliggörs anser nämnden att det inte finns några hinder för MAS/MAR att verka både på huvudmannas- och på vårdgivarnivå. Halmstads kommun anser att det skulle vara en betydligt mer effektiv lösning än den som utredaren föreslår.

2. Rehabilitering

Hemvårdsnämnden delar utredarens uppfattning om att det idag råder brist på såväl fysioterapeuter som arbetsterapeuter inom kommunal hälso- och sjukvård. Det blir svårt att arbeta med personcentrerad nära vård då varje profession har ansvar för upp till flera hundra inskrivna patienter. Problembilden stärks av brist på kompetens hos omsorgspersonalen kring rehabiliterande förhållnings/arbetsätt samt hjälpmedelskunskap. Det förebyggande arbetet försvagas.

Hemvårdsnämnden välkomnar utredarens förslag om att det ska framgå i ny bestämmelse i 11 kap. 2a§ HSL att kommunen ska organisera sin primärvård så att vården kan ges nära enskilda som omfattas av kommunens primärvårdsuppdrag. Vår tolkning är att patienter i större utsträckning bör få ta del av hälso- och sjukvårdsuppgifter (inkl. rehabilitering) med direkta rehabiliteringsinsatser från arbetsterapeut och fysioterapeut och inte via annan personal som alltför ofta saknar rätt kompetens.

För att ytterligare stärka det rehabiliterade förhållningssättet är vår önskan att det även ställs krav på medicinsk bedömning av leg. fysioterapeut och leg. arbetsterapeut för inskrivna i kommunal primärvård. Utredarens förslag innefattar enbart kommunens leg. sjuksköterskor.

3. Läkarmedverkan

Att läkarmedverkan på primärvårdsnivå regleras tydligt i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) samt i vissa fall hälso- och sjukvårdsförordningen är ett välkommet förslag. Likaså att regleringen medför att region och kommun inte behöver sluta avtal om omfattningen av läkarmedverkan. Det är också bra att man inte skiljer på läkarens medverkan inom särskilt och ordinärt boende. Alla patienter som har kommunal primärvård ska få samma rätt till läkarens bedömning och medverkan.

Något som behöver förtydligas är läkaren i specialistvårdens medverkan i kommunal primärvård. Många gånger hamnar sjuksköterskan i kommunen ”ensam” med specialistvårdens patienter. Sjuksköterskan i kommunen förväntas koordinera, hantera och vårda patienter inom psykiatri, neurologi, ögon samt patienter från utomlans regional specialistvård.

Enligt lagförslag Hälso- och sjukvårdslag 7 kap. 3d§ framkommer att regionen skall ha ett uppföljningsansvar av kommunens primärvård. Gäller detta även kommunens lagstadgade ansvarsområde SÄBO eller enbart primärvård i ordinärt boende enligt avtal?

4. Kommunal primärvård

Införandet av begreppet kommunal primärvård. Betänkandet fastställer å ena sidan att den kommunala vården skall ligga på primärvårdsnivå. Å andra sidan hänvisar betänkandet på att specialistvård inom ex. geriatrik behövs på läkarnivå. Annan specialistvård som kommer att vara och är involverad är ex. inom KOL, palliativ vård, hjärt- kärl sjukdom.

Äldre personer som är inskrivna inom den kommunala primärvården är inte en homogen grupp. En del kommer att befinna sig på primärvårdsnivå och andra inom specialistvården. Detta innebär att den kommunala primärvården kommer att befinna sig inom två olika nivåer i det praktiska utövandet. Frågor uppstår:

- Hur skall den sömlösa vården mellan specialistvård och kommunal primärvård se ut för att kunna upprätthålla den personcentrerade vården på organisationsnivå?
- Hur kan specialistkompetens upprätthållas inom den kommunala primärvården?
- Om den kommunala vården skall ligga på primärvårdsnivå, kanske utförandet av vården skall begränsas till primärvård dvs. den vård specialistvården ordinerar utförs av specialistvården. Detta medför att vård och omsorg delas upp.

5. Personcentrerad vård

Personcentrerad vård befinner sig på olika nivåer; mötet mellan personen och personal, mötet mellan personen och vårdorganisationen samt vårdorganisationernas samverkan med varandra. Betänkandet berör enbart att samverkan mellan de olika vårdorganisationerna måste stärkas och fungera, men sätter det inte i ett personcentrerat perspektiv ex. utförare i förhållande till de olika vårdnivåerna specialistvård kontra kommunal primärvårdsnivå.

Inom den kommunala primärvården nämns på s. 265 att ”biståndshandläggarna skall involveras i de övriga professionernas bedömningar”. Detta bidrar till ett organisatoriskt ökat personcentrerat förhållningssätt, men hur löser man organisationen med andra vårdgivare?

6. Vanliga hälsoproblem av betydelse

Synsättet är medikalisering och sätter inte den äldre personen i sin kontext.

Här saknas de psykosociala aspekterna ex. ensamhetsproblematik, livsloppsperspektiv (vilket är personcentrerat) och inte minst det kontext som den äldre befinner sig i och dess påverkan av den äldre personens hälsa.

7. Forskning och utveckling- Kommunerna bjuds inte in i regionens och lärosätenas forskning. Behov av register över kommunala insatser (KVÅ)

I avsnittet ges förslag på forskning inom psykisk hälsa, men detta nämns inte i primärvårdsfrågan (se vanliga hälsoproblem ovan). Kommunerna är idag en arena där forskning bedrivs, men kommunerna är inte med då forskningsfrågor ställs. För att detta skall vara möjligt krävs det av kommunerna att de anställer disputerade personer och stimulerar forskning och utveckling såväl inom socialtjänst, rehabilitering och omvårdnad.

8. Välfärdsteknik

Välfärdsteknik måste utvecklas utifrån användarens perspektiv. Användare är personal och den äldre personen. Detta innebär att den kommunala primärvården måste vara mer involverad i förhållande till välfärdsteknikens utveckling. Detta kan ske genom att kommunen ställer frågor och krav i förhållande till produkten ex. genom forskning och utveckling.

9. Skyddad yrkestitel undersköterska

Genom att styra innehållet inom vårdlinjen på de gymnasiala utbildningarna jämställer man och reglerar utbildningen utifrån ett nationellt perspektiv. Detta är välkommande.

Intressant vore att erbjuda postgymnasiala kurser inom ex läkemedelshantering, diabetes, sårvård för att markera en tydlig kompetensutveckling och karriärstege för att därmed stimulera att stanna kvar inom yrket.

10. Övriga reflektioner

Dokumentation

Det är anmärkningsvärt att utredningen inte har sett behovet av en gemensam journal för personer som är inskrivna i kommunal primärvård och som också har socialtjänst. Det är förenat med patientsäkerhetsrisker att splittra dokumentationen på sättet som vårdpersonal nu dokumenterar. Dvs läkaren för sig, omsorgspersonal för sig och övrig legitimerad personal för sig. Det är svårt att följa händelseförlopp över tid och att se sammanhang och hur vården hänger ihop då den fragmenteras i dokumentationen. Går det ens att säga att man har en personcentrerad vård med den uppdelade dokumentationen. Hur ska patient/ kund få grepp om vad som hänt under sin vårdtid när dokumentationen spretar i olika lagrum när patient/kund begär ut sin journal. Hur ska en patient i kommunal primärvård kunna läsa sin egen journal och förstå att hälften saknas.

Hur ska man få planeringen i en SIP att hänga ihop utan att man dokumenterar i samma system? Svårt att förstå att inte detta ses över.

Hemvårdsnämnden

Ewa Sjögren, Ordförande