



Mottagare

s.remissvar@regeringskansliet.se

s.sof@regeringskansliet.se

Remissvar från Kumla kommun Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer SOU 2022:41

Sammanfattning

Efter att ha gått igenom underlaget så ser vi många olika vinster såsom; samverkan, det hälsofrämjande perspektivet, personcentrering, prevention, kvalitetssäkring, betydelsen av rehabilitering, fast omsorgskontakt även på boende, fast läkarkontakt med mera men vi ser också vissa svårigheter.

"För att förtydliga äldreomsorgens uppdrag och innehåll samt skapa förutsättningar för en nationellt mer likvärdigt god kvalitet ska det införas en särskild lag om äldreomsorg som ska komplettera socialtjänstlagen."

Vi anser att det trots lagens syfte är lätt att misstolka lagtexten, det behövs förtydningar på flertalet punkter och vi ställer oss också frågande till behovet av att flytta vissa lagtexter från SOL till en ny äldreomsorgslag.

Vi anser också att syftet *"...mer likvärdigt god kvalitet..."* är gott men kan upplevas som detaljstyrning samt frågor kring mandat, skall krav och uppföljning uppkommer när vi läser förslaget.

Nedan följer Kumlas reflektioner och åsikter per kapitelpunkter

7.3 En särskild lag om äldreomsorg

7.3.2 Lagens tillämpningsområde beskriver vad som utgör äldreomsorg

7.3.3 Lagens förhållande till socialtjänstlagen

Utifrån det vi kan ta till oss så är det tveksamt om den nya lagen förtydligar så mycket då vi anser att tolkningar enkelt kan ske. Vi önskar till exempel ett förtydligande gällande när den nya äldreomsorgslagen ska träda in *Det ska framgå av lagen att den ska **gälla utöver bestämmelserna i SoL** och inte innebära någon inskränkning av rättigheter som en person kan ha enligt någon annan lag. Lagen gäller även personer som inte fyllt 65 år, när insatser inom äldreomsorgen är ändamålsenligt med hänsyn till personens behov av stöd och hjälp.*

Vid vilka tillfällen är det? Vem fattar beslutet?

7.3.5 Äldreomsorgens mål

7.3.6 En personcentrerad äldreomsorg med individens behov i centrum

7.3.7 Ett personcentrerat perspektiv vid utförandet av insatserna

7.3.8 De beviljade insatserna behöver följas upp för att säkerställa att insatserna tillgodoser behoven

Välkommet med formulerade mål kring förebyggande perspektiv som inriktas på att vara hälsofrämjande och stödja enskildas funktionsförmåga samt vara tillgänglig. Också gott med likvärdighet och jämförbarhet då man utgår ifrån IBIC.

Det är viktigt att alla instanser använder samma benämning på genomförandeplanen samt bra med förtydligande gällande uppföljning.

7.3.9 Delaktighet, inflytande och information

7.3.10 En samordnad vård och omsorg

7.3.11 Kontinuitet, trygghet och säkerhet

Bestämmelsen i 5 kap. 5 § fjärde stycket socialtjänstlagen (2001:453) om att den äldre, så långt det är möjligt, ska kunna välja när och hur insatserna ska utföras flyttas till äldreomsorgslagen.

Det ska införas en bestämmelse i äldreomsorgslagen som anger att personers behov av kontinuitet, trygghet och säkerhet ska beaktas vid planering och organisering av verksamheten.

I grund och botten är de tre ovanstående kapitelpunkterna bra och viktiga men varför ska en överflyttning ske från SOL till nya äldre omsorgslagen och vad innebär en bestämmelse? Innehåller den skall krav? Reglering? Uppföljning?

7.3.12 Fast omsorgskontakt

7.3.13 Uppföljning för kvalitetsutveckling

Bra innehåll i kapitelpunkter men återigen - **flyttas från socialtjänstlagen till äldre omsorgslagen.**

7.3.14 Ledarskap

7.3.15 Personal, bemanning och kompetens

"...förutsättningar som behövs för att de ska kunna utföra ett aktivt och närvarande ledarskap."

"... inom äldreomsorgen ska det finnas den personal som behövs för att insatserna ska kunna utföras i enlighet med de mål och krav som gäller för verksamheten..."

Vad innebär detta; - vems förutsättningar, - ekonomiska konsekvenser osv. Tolkas fritt eller detaljstyrs? Vad händer med det kommunala självstyret i så fall? Hur ska detta kontrolleras och regleras? Vem bestämmer hur behovet ser ut?

7.3.16 Stöd till anhöriga och andra närstående

"...ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar eller stödjer en närstående äldre person ska föras in i äldre omsorgslagen..."

Förtydligande kring stöd – vad innebär det? Hur regleras? Uppföljning? Är växelvård och demensdagvård ett stöd i denna tolkning?

7.3.17 Nationella minoriteter och minoritetsspråk

"...flyttas till äldre omsorgslagen..."

7.3.18 En nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen

7.4.2 Förslag på områden som en nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen bör omfatta

Den nationella ordningen för kvalitetsutveckling ska förtydliga äldreomsorgens uppdrag och innehåll genom att ange delmål och bestämmelser för genomförande för äldreomsorgen, utgående från de mål och andra bestämmelser som följer av lag.

Oklart vad skillnaden kommer att bli. Att förordningen som ska förtydliga hur lagen ska efterföljas kommer långt efter lagstiftningen blir en svårighet i implementeringen. Bra med tanken att uppnå en jämlik nivå nationellt men vi kan se en svårighet i efterlevandet för små kommuner. En ytterligare frågeställning är hur efterlevandet ska granskas och eventuella åtgärder vid brister.

8.1 Kraven på den kommunala hälso- och sjukvården har förändrats

8.2 Gränsdragning mot specialiserad hälso- och sjukvård i hemmet

8.3 Brister och förbättringsområden

8.3.4 Fördjupad problembild av tillgången till läkare

8.4 Ansvaret för läkarinsatser

8.4.1 Kommunens möjlighet att utföra läkarinsatser bör inte ändras

Ett förtydligande gällande gränsdragning mot specialiserade hälso- och sjukvård i hemmet önskas.

Vi saknar att läkaren är en tydlig del i teamet, just nu bara en konsult, så ett glädjande förslag. Frågan är dock var alla dessa läkare ska komma ifrån. Tillgång?

8.5 Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar tydliggörs

8.5.1 Det kommunala primärvårdsansvaret

8.5.2 En gemensam plan för primärvården

8.5.3 Kommunens primärvård ska ges nära patienten

8.5.4 Vårdbehov i kommunens primärvård

Begreppet hemsjukvård ska ersättas med uttrycket primärvård i ordinärt boende.

Detta anser vi vara mycket bra då det stärker kommunernas utförande och dignitet med primärvårds begreppet.

Regionen och kommunerna i regionen ska i en gemensam plan ange formerna för och utvecklingen av primärvården. Planen ska följas upp årligen. I grund och botten bra men; hur ska detta ske? Av vem? Mandat? Regionens ansvar att påbörja detta arbete? På vilken nivå ska detta arbeta ske? Regleras genom ny bestämmelse? Hur? Vem följer upp?

8.6 Stärkt tillgång till medicinsk kompetens i kommunens primärvård

8.6.1 Medicinsk bedömning av sjuksköterska dygnet runt

8.6.2 Individuell vårdplanering

8.6.3 Fast vårdkontakt i kommuner

En individuell plan enligt 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen ska upprättas för enskilda som är inskrivna i kommunens primärvård, om det inte är uppenbart obehövt. Det ska regleras i en ny bestämmelse.

Även här öppningar för tolkningar anser vi; vem avgör vad som är uppenbart obehövt? Ändringar sker i både SOL samt i HSL. Skillnad mellan en individuell plan och en vårdplan? Tydlighet önskas.

8.7 Stärkt tillgång till läkare

8.7.1 Styrning för ökad likvärdighet och tillgänglighet

8.7.2 Möjlighet att lista sig hos en vårdgivare med ett särskilt uppdrag

8.7.3 Innehållet i det särskilda läkaruppdraget

8.7.4 Uppgifter för alla fasta läkarkontakter

8.7.5 Medicinsk bedömning av läkare dygnet runt

”Det krävs förtydliganden i lag som klargör vilka krav som ställs på regionernas läkarinsatser i den kommunala primärvården”

”...grundläggande krav på läkarinsatser i kommunens primärvård...” ”Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt hälso- och sjukvårdslagen, ska kommunerna ha rätt att anlita läkare på egen hand, på regionens bekostnad.”

Detta förslag anser vi kommer öka personcentreringen samt att behoven tillmötesgår och inte avtalen som styr vilket förhoppningsvis ger en mer jämlik vård.

Vi ser dock ett visst orosmoment då flertalet olika läkare kan innebära stora svårigheter för medarbetarna när det gäller förslaget; *Regionen ska säkerställa att enskilda som är inskrivna i kommunens primärvård har möjlighet att lista sig hos en vårdgivare som ansvarar för läkarinsatser till ett särskilt boende eller ordinärt boende och där få en fast läkarkontakt.*

Likaså ser vi, i praktiken, stora svårigheter att få detta förslag att fungera väl; *En fast läkarkontakt till en enskild som är inskriven i kommunens primärvård ska ha i uppgift att delta i planeringen, samordningen och uppföljningen av patientens vård tillsammans med patientens fasta vårdkontakt, och i förekommande fall, andra berörda funktioner samt patienten och dennes närstående.*

8.8 Stärkt medicinsk kompetens på ledningsnivå

8.8.1 Den medicinska kompetensen behöver förstärkas

8.8.2 Stärkt medicinsk kompetens inom omvårdnad på vårdgivarnivå

8.8.3 Stärkt medicinsk kompetens inom rehabilitering på vårdgivarnivå

8.8.4 Stärkt medicinsk kompetens på huvudmannanivå

8.8.5 Medicinsk ledningsfunktion i regionen

Vi saknar många svar i detta förslag och har därmed många olika frågor; Vad är relationen mellan medicinskt ledningsansvar och verksamhetschef HSL? Kommer det spela någon roll om den som är verksamhetschef HSL är sjuksköterska eller läkare, behövs inte funktionen medicinskt ledningsansvarig då? Vad tänker man konkret att den rollen kommer innebära? Anmälningsansvarig för vårdskada? Rutiner? Chefsroll? Vilket mandat följer med begreppet kvalitetsansvarig?

Kvalitetsansvarig för omvårdnad; allmän eller specifik? Det gör stor skillnad om man ska jobba med bara specifik eller med båda. Att arbeta med båda vore det bästa för att nå den bästa kvalitén för de vi är till för.

Varför krävs inte kompetens om rehabilitering i den yttersta ledningen när man i utredningen återkommande lyfter fram rehabilitering och betydelsen av säkerställande av kompetens inom området?

Även om det är bra att rollen som kvalitetsansvarig för rehabilitering (KAR) lagstiftas är rollen bunden till kompetensen hos den aktuella verksamhetschefen. Är verksamhetschefen AT/FT kommer kommunen inte behöva anställa en KAR. Men slutar verksamhetschefen och ersätts av en SSK eller Socionom så behövs en KAR. Hur ska då anställningsförhållandena se ut för KAR? Vem vill ha en anställning som kan avslutas om verksamhetschefen bestämmer sig för att sluta? Dessutom finns det ekonomi bakom beslutet kring verksamhetschef. Att anställa en Socionom är dyrare än att anställa en AT/FT/SSK som verksamhetschef, i och med kravet på att då anställa en KAO och en KAR. Risken är att en inte tittar på vem som är mest lämplig utan stirrar blint på ekonomin.

Vi anser att en rehabiliteringsansvarig både inom kommun och region behövs för att hålla ihop rehabiliteringsansvaret. Mottagare och sändare i båda riktningarna.

I detta remiss svar har socialnämnden varit beslutande genom ordförandebeslut. Svarande tjänstemän har varit verksamhetscheferna för vård och omsorg/boende Lise-Lotte Gerdsdorff och vård och omsorg/hemtjänst Ulrika Winnerfjord.

Annica Sjöqvist
Socialnämndens ordförande

Delegationsbeslut enligt socialnämndens delegationsordning Kompletterande beslutanderätt s.k. ordförandebeslut punkt A.1.