

## **Remissvar avseende betänkandet Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer (SOU 2022:41) – Osby kommun**

### **Sammanfattning**

Vi stödjer intentionerna i betänkandet då vi ser det som angeläget att sätta fokus på att åstadkomma långsiktiga förutsättningar för äldreomsorgen och tydliggöra äldreomsorgens uppdrag och innehåll. Vi instämmer också i utredningens målbild att säkerställa tillgången till god hälso- och sjukvård och medicinsk kompetens inom äldreomsorgen samt att öka kvaliteten.

Det är mycket positivt att äldreomsorgen blir belyst och att kvaliteten värnas i en ny lagstiftning. Utredningens analys att det finns brister är rimlig – men vi ifrågasätter vägvalen.

Vi är alltså tveksamma till att alla åtgärder kommer att leda till den önskade måluppfyllelsen. Vi uppfattar att flera förslag ger en ökad detaljstyrning inom den föreslagna äldreomsorgslagen och att det kommer att påverka det kommunala självstyret negativt.

Vi ser en stor risk med att många förslag kräver utökad bemanning utan analys av möjlighet att realisera förslagen. Utredningens förslag att kommunerna ska kunna finansiera förslagen genom redan utbetalda och utlovade permanenta statsbidrag till exempel den så kallade 4,4 miljardsatsningen ser vi som helt orealistiska då dessa pengar redan är uppbokade och redan används till att öka bemanning inom äldreomsorgen. Att dessa statsbidrag ska kunna finansiera nya satsningar är helt utan verklighetsförankring.

Vi bedömer också att det finns en bristande integration gentemot andra huvudmän, lagrum, professioner.

Vi tycker det är bra med utökad rätt till information och individuell plan.

Vi ser positivt på begreppet kommunal primärvård som förtydligar uppdraget för den kommunala hälso-och sjukvården.

## Äldreomsorg

Vi ser en risk med att separera äldreomsorgen från övrig socialtjänst och det i vissa delar kan uppstå tolkningssvårigheter. En särskild äldreomsorgslag ger gränsdragningsproblem och dubbelreglering.

Vi ser positivt på att utredningen betonar ett stärkt anhörigstöd. Den nya målsättningen om förebyggande perspektiv och inriktningen på hälsofrämjande insatser är mycket positivt.

Utredningens fokus på ökad kvalitet och uppföljning är bra. Förslaget om en ny förordning gällande kvalitetsutveckling, NOK, känner vi en osäkerhet kring vad den egentligen kommer att betyda för verksamheten, men kommer så som utredningens exempel visar antagligen att styra oss ända ner i genomförandet. Vi ser en stor risk för en onödig detaljstyrning.

Vi bedömer att utredningsförslaget kommer att skapa utmaningar maningar kopplat tillbistandsbedömning.

Vi vill också framföra att omsorgsdelen får ett relativt litet utrymme i relation till förslag som rör Hälso-och sjukvårdslagen

Vi saknar förslag om motsvarande funktion som MAS/MAR inom socialt område.

## Hälso-och sjukvård

Vi ser mycket positivt på att utredningen föreslår stärkt medicinsk kompetens.

Att lagstadga MAS/MAR (kvalitetsfunktionen) är positivt och gynnande för patientsäkerheten. Dock finns risk för att kvalitetsansvariga hamnar i beroendeställning i förhållande till verksamhetschefen som utser kvalitetsansvarig. Oberoendet i funktionen försvinner, vilket är olyckligt.

Vi ser också en risk för att det byggs in en konfliktsituation mellan medicinskt ledningsansvarig och verksamhetschef för hälso- och sjukvård då verksamhetschefen har ekonomiskt ansvar och medicinskt ledningsansvarigs mandat är otydligt. Vi skulle önska att MAS/MAR har ett tydligt mandat och att det lagstiftas om att funktionen ska finnas som en del i förvaltningsledningen för att alltid ha med patientsäkerhetsaspekten. I vissa delar ska MAS/MAR ha den slutliga beslutsrätten när patientsäkerheten direkt påverkas.

Bra att se över arbetsbeskrivning för MAS och MAR- behöver revideras samt tydliggöras i den nya hälso- och sjukvårdsförfattningen. Vi tycker att det är något uddlöst att det inte är mer beskrivet kring vad det innebär.

Negativt med namnbyte från MAS och MAR till kvalitetsansvarig för omvårdnad (KAO) och kvalitetsansvarig för rehab (KAR). Benämningen borde vara medicinskt ledningsansvarig då det tydliggör ansvaret.

Medicinskt ledningsansvarig i kommun på huvudmannanivå kombinerat med KAO på vårdgivarnivå- låter klokt. Vi är negativa till att medicinskt ledningsansvar föreslås kombineras med verksamhetschef eftersom det riskerar att det blir personalfrågor som är i fokus.

Medicinskt ledningsansvar antingen sjuksköterska eller läkare? Borde även finnas KAR/ MAR på denna nivå då mycket kretsar kring rehabilitering och

förebyggande arbete. Både MAR och MAS kompetens behövs på den strategiska nivån.

Specialistutbildad sjuksköterska som medicinskt ledningsansvar behöver förtydligas. Vi anser att man också måste beakta erfarenhet. Vi tror att det kan uppstå svårigheter om specialistutbildning blir ett krav.

Vi tycker det är oklart om ledningsstrukturen riktar sig till all kommunal primärvård? Eller ska den endast ses för dem över 65 år? Här behövs förtydligande.

Förtydligande behövs också kring vad som blir huvudmannanivå respektive vårdgivarnivå. På sidan 474 så står det att den medicinskt ledningsansvarige ska vara anställd i den förvaltning som är kopplad till den nämnd som har det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvård - är det huvudmannanivå då? Vem anställer i så fall medicinsk ledningsansvarig?

Vi anser också att den regionala primärvårdens ansvarsområde behöver förtydligas eftersom det är oklart i utredningsförslaget. Vi ser ett behov av att säkerställa att läkarinsatser görs efter behov (regionens ansvar tydliggörs) samt att det skapas medicinskt ledningsansvar- motpart till kommunen så att det blir lättare att samverka. Dock oklart vad medicinskt ledningsansvarig faktiskt kan göra i praktiken om inte regionen uppfyller sitt ansvar.

Förslaget om stärkt samverkan och en gemensam handlingsplan ser vi positivt på.

Att arbeta förebyggande och mer långsiktigt känns väldigt tilltalande och positivt.

Vi vill framhålla att en utredning för att tydliggöra var gränsen går mellan specialiserad sjukvård och kommunal primärvård bör göras omgående. Här finns en mycket stor otydlighet vilket skapar konflikter och diskussioner i verksamheterna. Vi ser framförallt en stor risk i att specialistvården förflyttas till kommunal verksamhet utan någon skatteväxling.

Bra att läkarstödet ska förstärkas, det behövs verkligen. Det behöver styras på ett tydligt sätt så att det inte finns så mycket utrymme för tolkning.

### **Konsekvensanalys**

Utredningen anser att intentionerna med nuvarande lagstiftning och den föreslagna lagstiftningen inte skiljer sig åt i stor utsträckning och att det är få av förslagen som utgör nya åtaganden för kommunen, därför blir konsekvenserna för kommunerna av att införa förslagen inte är så stora.

Men hur ska en ny lagstiftning kunna säkerställa en mer jämlik och förbättrad kvalitet och en stärkt medicinsk kompetens om vi inte lever upp till dagens lagstiftning?

Vi bedömer att de ekonomiska beräkningarna över finansiering av förslagen är otillräcklig. För att lagförslagen ska få fullt genomslag behöver finansieringen utgå från det faktiska läget.

Dessutom är de kostnadsberäkningar som utredningen gör i de delar som de föreslår ska finansieras otillräckliga. Dels anser vi att beräkningarna utgår från för låga lönekostnader, dels att utredningen föreslår att ett nytt åtagande som aktualiserar finansieringsprincipen ändå inte ska finansieras på grund av att åtagandet anses rymmas inom finansiering av ett annat åtagande. De statsbidrag som utredningen hänvisar till finansierar redan befintliga resurser ex ökad bemanning på särskilt boende och kan inte användas två gånger.

Vi anser också att det finns en viss övertro på effekterna av förslagen ex. kompetensförsörjningsproblem.

Vi vill slutligen också framföra att vi anser att tiden för ikraftträdandet av författningsändringarna är för snäv, eftersom ekonomiska resurser och personalresurser krävs för att kunna uppfylla lagkraven.

Helena Ståhl  
Förvaltningschef  
Osby kommun