

Yttrande över SOU 2022:41 ”Nästa steg – ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer”

Inledningsvis vill Örnsköldsviks kommun framhålla att förslaget är väl genomarbetat och att den ser positivt på den nya föreslagna lagen om äldreomsorg och lagändringarna i befintliga lagar. Det är viktigt att lyfta fram gruppen äldre och säkerställa att de har tillgång till den vård och omsorg som behövs.

Örnsköldsviks kommun vill som remissinstans framföra följande.

Avsnitt 1.7 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 1.9 Förslag till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdförordningen (2017:80)

Av nuvarande lydelse, vilket inte ändrats i förslag på ny lydelse, i 16 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (HSL) framgår ”om regionen inte uppfyller sina skyldigheter”. I förslag till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdförordningen (HSF), 4 kap. 6 b § första stycket 4 punkten, framgår ”...när regionen inte fullgör sitt ansvar...”, och i paragrafens andra stycke stadgas ”...ska vid fullgörandet av sitt uppdrag...”. Även om orden uppfyller och fullgör är snarlika och så gott som synonymer anser Örnsköldsviks kommun att uttrycken bör vara enhetliga.

Det nya föreslagna kapitlet i HSL, 13 a kap., är utformat som ska-krav (regionen ska...). Av föreslagen lydelse i 4 kap. 6 b § 1 stycket 4 punkten HSF framgår att den ledningsansvarige ska ha i uppgift att ”svara för att patienter får tillgång till läkare när regionen inte fullgör sitt ansvar”. Kommunen anser att lagstiftningen bör utformas utifrån att regionen kommer att uppfylla sina skyldigheter framledes och att ordet när byts ut till om (”om regionen inte fullgör sitt ansvar”). I sammanhanget bör det påtalas att det i föreslagna 4 kap. 6 b § andra stycket HSF framgår att ”det som sägs i första stycket fråntar inte annan dess ansvar enligt lag eller förordning”. Regionens ska därmed inte ha möjlighet att välja om de vill uppfylla sina skyldigheter enligt 13 a kap HSL eller inte och på så sätt lämna över ansvaret för att svara för patienters tillgång till läkare till kommunen och välja att ta kostnaden i stället för arbetet. Utgångspunkten bör därför vara ”om regionen” inte uppfyller sina skyldigheter och inte en förutsättning för att så kommer ske, såsom av föreslagen lydelse ”när regionen”.

Avsnitt 3.3.5 Digitalisering, e-hälsa och välfärdsteknik

Det saknas konkreta förslag på hur utvecklingen inom områden ”digitalisering”, ”e-hälsa” och ”välfärdsteknik” ska gå till.

Avsnitt 7.1.6 Stöd, avlastning och involvering av anhöriga eller andra närstående

Av 1 § tredje stycket förslag till lag om äldreomsorg framgår att lagen innehåller bestämmelser ”om socialnämndens ansvar för stöd och information till anhöriga och andra

närstående till personer som omfattas av denna lag”. I utredningen framhålls att sekretess gäller för uppgifter som socialtjänsten har, men att detta kan lösas genom samtycke. Det nämns även att kognitiv svikt kan ge en nedsatt förmåga att samtycka. Örnsköldsviks kommun vill framhålla att det i praktiken är mer komplicerat än så. Såsom det kan tolkas enligt förslag på ny lag ställs krav på att nämnden håller anhöriga informerade, men vad gäller då samtycke inte ges? Antingen då den enskilde har förmåga att säga nej eller då den enskilde saknar den förmågan helt (ex. till följd av kognitiv svikt, demens m.m.). Det vore önskvärt om detta resonemang utvecklades ytterligare.

Avsnitt 7.3.17 Nationella minoriteter och minoritetsspråk och avsnitt 5.1.7 Tillsyn över äldreomsorgen

Örnsköldsviks kommun ställer sig positiv till att flytta befintliga bestämmelser om nationella minoriteter till äldreomsorgslagen, och anser att det ger tyngd i beslut som rör vård och omsorg för nationella minoriteter som omfattas av lagen.

Örnsköldsviks kommun noterar att Inspektionen för vård och omsorg (IVO) blir tillsynsmyndighet över den föreslagna äldreomsorgslagen vilket, såvitt framgår, innebär att IVO har möjlighet att kontrollera, följa upp och granska hur kommunerna sköter sina åtagande gentemot nationella minoriteter. Det är av vikt att IVO ges möjlighet och förutsättningar att följa upp kommunernas skyldigheter inom nationella minoriteter och minoritetsspråk. Örnsköldsviks kommun saknar dock ett vidare resonemang kring det.

Avsnitt 7.3.18 En nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen

Örnsköldsviks kommun ser positivt på en nationell omsorgsplan för kvalitetsutveckling (NOK) och vill framhålla vikten av att prioritera arbetet med att ta fram nationella mått för det förebyggande, rehabiliterande och hälsofrämjande arbetssättet. Vidare bör utredningen även beskriva hur NOK ska kopplas till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (2011:9) som idag är det ramverk som styr kvalitetsarbetet inom vård och omsorg, LSS och socialtjänst.

Avsnitt 8 Stärkt primärvård i kommunerna

Det bör göras än mer tydligt att utgångspunkten med en individuell plan är den enskilda individen och att denne ska vara i centrum för all verksamhet inom vård- och omsorg. När flera lagar aktualiseras och flera parter ansvarar är samordningen viktig, och det bör poängteras att det är den enskilde individens behov som är avgörande och inte vårdgivarnas. En fast vårdkontakt i kommuner, såsom föreslås i utredningen, är en bra lösning men det är önskvärt med ett närmare resonemang kring hur det i praktiken ska genomföras. Det saknas även resonemang kring den sekretess som råder inom regionens och kommunens olika verksamheter och hur ett samarbete, såsom är föreslaget, trots det ska kunna ske.

Avsnitt 8.8.3 Stärkt medicinsk kompetens inom rehabilitering på vårdgivarnivå, vissa uppgifter inom området rehabilitering och hjälpmedel bör regleras

Det bör förtydligas i författningsregleringen vilka uppgifter som ingår i ansvaret hos funktionen ”kvalitetsansvarig för rehabilitering”. Örnsköldsviks kommun instämmer inte i bedömningen att rehabiliteringsprofessionerna inte har samma behov av kontakt med läkare som sjuksköterska och att kvalitetsansvarig för rehabilitering inte behöver samverka med läkare i dessa frågor. Samverkan är måhända inte i samma utsträckning som för en sjuksköterska men även arbetsterapeut och fysioterapeut får ordinationer och samverkar med läkare. Med nuvarande formulering missar utredningen det teambaserade arbetssättet som utredningen i övrigt lägger mycket fokus på.

8.8.5 Medicinsk ledningsfunktion i regionen, vilken medicinsk kompetens bör den ledningsansvariga ha?

Av förslagen lydelse i 4 kap. 4 § andra stycket HSL framgår att ”regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om vilka uppgifter och vilken kompetens som krävs för att kunna säkerställa kvaliteten enligt första stycket inom kommunens primärvård”. Någon motsvarighet gällande regionen finns inte, vilket motiverats med att den regionala kontexten skiljer sig från den kommunala och det bedöms att regionerna självmant kommer att välja en läkare som ledningsansvarig för regionens insatser i kommunens primärvård. Utredningen tycks utgå från en given ordning baserat på hur det historiskt sett ut i regionerna. Örnsköldsviks kommun anser ändå att det bör finnas en motsvarande möjlighet att meddela föreskrifter avseende regionen.

Avsnitt 9.4 Konsekvensanalyser gällande förslag om en äldreomsorgslag

Örnsköldsviks kommun saknar djupare analyser för vilka konsekvenser utredningens förslag får för kommunerna gällande behovet av rekrytering samt introduktion och upplärning för att kunna arbeta effektivt utifrån utredningens förslag. Inte heller ges några konkreta förslag i hur utmaningar inom kompetensförsörjning, bemanning och kompetens, till exempel kring sjukdomsförebyggande och rehabiliterande insatser, ska lösas. Det vore också önskvärt att utredningen lämnar konkreta förslag på hur ledarskapet ska stärkas (här hänvisas i och för sig till en pågående utredning på området som ska redovisas av Socialstyrelsen först 1 mars 2023).

Avsnitt 9.5.4 Konsekvenser för personal inom berörda yrkesgrupper

I utredningen framgår: ”Organiseringen av all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i primärvården inklusive deras arbets sätt behöver ses över för att säkerställa att de bidrar till att patienten får en god och säker vård. Stärkt fokus på teambaserade arbets sätt, bättre bemanning och kompetensutveckling kommer bidra till en bättre arbetsmiljö och göra kommunens primärvård mer attraktiv för samtliga professioner.”

Det är en önskvärd beskrivning men Örnsköldsviks kommun ställer sig frågande i hur det ska uppnås i tider av stora rekryteringssvårigheter. En långsiktig ambition för alla kommuner bör vara att arbeta med kompetensförsörjning för nuvarande anställda så att de vill stanna kvar. Det är önskvärt med en nationell samordning för att stärka kompetensförsörjningsinsatserna i kommunerna.

Avsnitt 9.5.5 Konsekvenser för kommunala självstyret, nya kvalitetsansvariga och ledningsansvarig i kommunen

I förslag till HSF 4 kap. 6 c § framgår att ledningsansvarige enligt 11 kap. 4 § HSL ska vara sjuksköterska eller läkare, som har specialistkompetens.

Såsom paragrafen är utformad kan endast en läkare eller sjuksköterska med specialistkompetens vara aktuell för rollen som ledningsansvarig. Utredningen har inte beaktat att ledningsansvarig även måste besitta kompetens i rehabiliteringsfrågor då risken annars är att inte hela perspektivet i ledningsfrågorna beaktas.

Örnsköldsviks kommun anser att det i praktiken skulle kunna vara andra professioner som har denna roll. Av utredningen framgår att motiveringen till beslutet är att sjuksköterska och läkare har ledarskap och teamsamverkan i sina utbildningar. Här vill kommunen framhålla att det även gäller för utbildningar till arbetsterapeut och fysioterapeut. Medicinsk specialistkompetens innebär inte per automatik kompetens inom rehabiliterande, hälsofrämjande och förebyggande insatser. En sjuksköterska, en arbetsterapeut och en fysioterapeut bör anses likvärdigt kompetenta för ledaransvar. Läkare må ha högst medicinsk kompetens, men det behöver inte innebära att de per automatik är bäst på att se verksamhetens helhet.

Förslaget om professionsneutral reglering tilltalar och är den linje som Örnsköldsviks kommun förespråkar. Förmågan att se helheten sitter inte alltid i grundprofessionen och valet av ledningsansvarig bör vara den som besitter mest kompetens i ett helhetsperspektiv. Lagen skulle även kunna tydliggöra att medicinskt ansvariga (MAS och MAR) tillsammans kan inneha ledningsansvaret för kommunal primärvård, vilket är så ett flertal medicinskt ansvariga arbetar redan idag.

Örnsköldsviks kommun

Per Nylén
Kommunstyrelsens ordförande