



Socialnämnden

Till socialdepartementet

S2022/03277

## **Remissvar över betänkandet SOU 2022:41 Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer**

### **Förslag till beslut**

Socialnämndens utskott avger remissvar gällande *SOU 2022:41 Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer* till Socialdepartementet enligt föreliggande förslag.

### **Sammanfattning**

Dals-Eds kommun och Melleruds kommun har granskat lagförslaget gemensamt. Yttrandet följer betänkandets disposition men Dals-Eds och Melleruds kommun har valt att endast yttra sig över valda delar. Kommunen instämmer i de delar som inte omnämns i yttrandet.

Dals-Eds och Melleruds kommun *instämmer med* lagförslagets goda intentioner med synpunkter beskrivna i yttrandet.

Dals-Eds och Melleruds kommun *instämmer inte* med lagförslagets finansiering och ifrågasätter hur realistisk det är i sin helhet när det gäller hur den demografiska utvecklingen påverkar framtidens personal- och kompetensförsörjning. Det blir lite av en vision som kommunerna i verkligheten får svårt att leva upp till. Vi har redan idag farhågor om hur vi i framtiden ska kunna hålla samma kvalitet i vården och omsorgen. Det finns en risk för att gapet mellan lagförslaget och möjlighet att uppnå dessa blir stort.

### **Bra i utredningens förslag och bedömningar**

- Fokus på hälsobefrämjande, rehabiliterande och förebyggande insatser.
- Stärkt medicinsk kompetens i kommunen med kvalitetsansvarig även för rehabilitering.
- Ledningsansvarig på huvudmannanivå både för kommunal och regional primärvård.
- Identifierat behov av att förtydliga ansvarsgränser och definiera begrepp.
- Bedömning att kommunerna *inte* ska ges utökade möjligheter att utföra läkarinsatser
- Utökat krav på samverkan med gemensam plan för primärvården.
- Behov av specialistfunktioner som exempelvis farmaceut och logoped har identifierats.

**Postadress**

Melleruds kommun  
Socialförvaltningen  
464 80 MELLERUD

**Besöksadress**

Storgatan 13

**E-post**

socialnamnd@mellerud.se

**Telefon**

0530-180 00

**Webb**

www.mellerud.se

**Bankgiro**

5502-2776

**Organisationsnummer**

212000-1488



- Den enskildes rätt att få information och vara delaktig stärks.
- Krav på individuell plan med ökad samverkan.
- Att ledarskapets förutsättningar lyfts.

### **Mindre bra i utredningens förslag och bedömningar**

- Funktionerna kvalitetsansvarig finns inte som krav för omsorgen.
- Ledningsansvarigs uppdrag och funktion bör förtydligas.
- Resursflyttning från den slutna vården till primärvård måste belysas mer när alltmer vård flyttar ut från sjukhusen.
- Finansieringen är inte realistisk. Den bygger på att kostnader ska finansieras genom nya arbetssätt och metoder. Förändring kräver arbete och tid innan vi ser effekterna av det. Nya lagkrav måste finansieras helt. Det måste även utvecklas en säkrare och mer långsiktig metod för finansiering än kortsiktigt riktade statsbidrag.
- Vi ser en otydlighet gällande åldersgränsen på 65 år om lagen ska vara tillämpningsbar för andra åldersgrupper.

## **Synpunkter på förslagen som remissinstansen vill betona**

### **7 En äldreomsorgslag**

#### **7.2 Det behövs förtydligad lagreglering av äldreomsorgens uppdrag och innehåll**

Vi instämmer i utredningens bedömning med synpunkt:

Det finns behov av ett tydligare ramverk för styrning och uppföljning men förslaget kan också innebära en ökad kontroll och tillsyn och det i sin tur kan medföra en risk för ökad administrativ börda.

#### **7.3 En särskild lag om äldreomsorg**

Vi instämmer i utredningens bedömning med synpunkter:

Att formulera en äldreomsorgslag där målgruppen är 65 år och äldre men sedan skriva in att lagen även är tillämpbar för andra åldersgrupper skapar otydlighet. Det kan skapa ytterligare gränsdragningsproblem mellan sjukvårdens huvudmän. Vi anser att det är behoven av insats som ska ligga till grund för om du omfattas av lagen.

Skälen till att biståndsbedömt trygghetsboende och parboende skulle flyttas från socialtjänstlagen är oklara.

### **8 Stärkt primärvård i kommuner**

#### **8.1 Kraven på den kommunala hälso- och sjukvården har förändrats**

Vi instämmer i utredningens bedömning med synpunkter:

Svårigheten är att rekrytera personal till funktionerna för att möta nya krav. Det krävs en långsiktigt nationell plan för att säkerställa att kompetens som behövs finns att tillgå.



När vården förflyttas från regionens slutenvård till regional och kommunal primärvård behöver även resurser förflyttas i samma takt. Det måste även finnas incitament för tidig uppsökande verksamhet.

### **8.2 Gränsdragning mot specialiserad hälso- och sjukvård i hemmet**

Vi instämmer i utredningens bedömning med synpunkter:

Det finns ett stort behov av att förtydliga ansvarsgränser. Vi upplever att kommunerna redan idag bedriver en del av den specialiserade vården. Exempelvis kan det i en kommun finnas flera patienter med hemventilatorer som kräver stora insatser utan att någon resursförflyttning skett.

Det saknas stöd i HSL för att överlåta vård på annan nivå än primärvård men det finns ingen tydlig definition. Detsamma gäller vad som definieras som enklare insatser.

### **8.3 Brister och förbättringsområden**

Vi instämmer med utredningens bedömning med synpunkter:

En detaljstyrning regionalt med ersättning i kronor per viss insats kan bli ett hinder för samverkan i exempelvis förebyggande insatser om det inte förändras utifrån nya krav.

Jourläkare i beredskap måste få rätt förutsättningar för att uppfylla kraven på den goda och nära vården.

En tillräcklig bemanning i den kommunala hälso- och sjukvården behöver definieras.

### **8.5 Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar tydliggörs**

#### **8.5.2 En gemensam plan för primärvården**

Vi instämmer med utredningens förslag med synpunkter:

Behovet av flera specialistfunktioner så som farmaceut, kurator, psykolog, logoped och dietist på primärvårdsnivå finns men vi ser stora svårigheter att rekrytera.

Specialiserad vård behöver definieras. Idag bedöms allt som är möjligt medicintekniskt i hemmiljön som primärvård.

#### **8.5.4 Vårdbehov i kommunens primärvård**

Vi instämmer i utredningens bedömning med synpunkter:

Vi tror att det är mycket olika i kommunerna och framför allt i olika regioner beroende på när kommunerna avtalade om att ta över hemsjukvård i ordinärt boende.

Utredningen beskriver att många kommuner fortfarande inte rapporterar in patientrelaterade åtgärder som utförts av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Det borde ställas tydligare krav från Socialstyrelsen att fullfölja lagstadgad inrapportering av uppgifter. Det blir annars svårt att använda resultaten. Speciellt viktigt för att se vilken vård som bedrivs i kommunerna.



## **8.6 Stärkt tillgång till medicinsk kompetens i kommunens primärvård**

### **8.6.1 Medicinsk bedömning av sjuksköterska dygnet runt**

Vi instämmer med utredningens förslag med synpunkt:

Legitimerad personal behöver ingå i en organisation tillsammans med övrig legitimerad personal för daglig och planerad kompetensutveckling och för att utvecklas i sin yrkesroll.

## **8.7 Stärkt tillgång till läkare**

### **8.7.2 Möjlighet att lista sig hos en vårdgivare med särskilt uppdrag**

Vi instämmer med utredningens förslag med synpunkt:

Patienten bör kunna välja själv. Det blir praktiskt svårt för den fasta läkaren att vara en naturlig del i vårdteamet om hen inte befinner sig i närområdet. Hen får då svårt att uppfylla sitt ansvar.

## **8.8 Stärkt medicinsk kompetens på ledningsnivå**

### **8.8.5 Medicinsk ledningsfunktion i regionen**

Vi instämmer med utredningens förslag med synpunkt:

Det behöver förtydligas vad en central placering på hög ledningsnivå i region innebär. Viktigt med placering om vi ska kunna samverka om strategiska frågor. Det är omöjligt för ledningsansvarig i region att ansvara för att lösa permanent och tillfällig läkarbrist på lokal nivå.

## **9 Konsekvensanalyser**

Vi har tagit del av konsekvensanalyser och kostnadsberäkningar. Då det är ett förslag som till viss del är kostnadsdrivande, och i vårt tycke även underfinansierat för kommunerna, utgår vi från att de delar som innebär en utökning för kommunerna också finansieras enligt finansieringsprincipen. Vi har därför valt att lägga störst vikt vid själva lagförslaget inte dess finansiering.

Vi håller med om att vi måste arbeta mer förebyggande för att möta kommande vårdbehov och att det kommer att ge effekt på lång sikt. Vi tror också att det kan leda till högre grad av oberoende, och ökat välbefinnande och ses som investeringar för samhället. Det kan dock innebära puckelkostnader i ett inledande skede som vi också tycker ska beaktas. Det behöver också till en ökad samverkan för att minska de totala samhällskostnaderna, då kan inte varje verksamhet bara titta på sina ekonomiska förutsättningar.

Vi delar utredningens bedömning att det saknas offentlig nationell statistik för kommunal hälso- och sjukvård. Det vore bra om hänsyn kunde tas i statistiken till exempelvis demografi, avancerade hälso- och sjukvårdsuppgifter mm. En del i statistiken skulle kunna vara legitimerad personals åtgärder som sedan flera år ska rapporteras varje månad. Om inte det efterlevs av en stor del av kommunerna kommer det inte att kunna göras jämförelser nationellt.



Utredningen konstaterar att det trots omfattande satsningar för att förbättra kvaliteten för äldre personer, så har de olika typerna av satsningar inte fått ett samlat genomslag som lett till en likvärdig god kvalitet i vård och omsorg. Vi håller med om att ytterligare åtgärder behövs. Idag mäts kvalitet i kommunal vård och omsorg genom olika indikatorer i *Öppna jämförelser för vård och omsorg för äldre*. Övervägande delen av indikatorerna säger inte så mycket om nivå på kvaliteten i verksamheten. Fokus ligger mycket på exempelvis att styrdokument, samverkansrutiner med mera finns. Vårt önskemål är att dessa indikatorer ses över så mer fokus hamnar på den uppnådda kvaliteten.

Vi ser också en svårighet att de satsningar som gjorts via statsbidrag inte alltid träffat rätt, kommit med kort framförhållning och med för kort tid för återredovisning. Det är svårt att få någon långsiktig effekt av dessa. Det råder också en osäkerhet i hur länge de finns kvar, om det är en ett års satsning eller flera års. Det önskvärt med ett annat sätt att arbeta med eventuella kommande statsbidrag.

I utredningen kan vi inte se att det finns en bedömning om att en kvalitetsansvarig för omsorg ska tillsättas. Det är en funktion som är lika viktig som övriga kvalitetsansvariga och vi anser att det bör ingå som en nytt åtagande med finansieringsprincipen. Man diskuterar funktionen SAS i utredningen men väljer att lyfta ur den till regeringen att utreda med motiveringen att den gäller hela socialtjänsten. Men vi anser att någon ledningsansvarig med fokus på omsorg bör ingå tillsammans med övriga ledningsfunktioner för äldreomsorgen.

Vi har svårt att se *hur* vi ska kunna rekrytera vård- och omsorgspersonal med rätt kompetens. Det finns flera områden vi kan arbeta med som kompetensutveckling, karriärmöjligheter, introduktions- och mentorprogram, arbetsmiljö, organisation välfärdsteknik med mera för att göra vårdarbetet mer attraktivt. Det kvarstår dock att den demografiska utvecklingen visar på allt färre i arbetsför ålder, att andelen äldre ökar och att insatser både inom SoL och HSL ökar.

Det behövs ett långsiktigt stöd och ett samhällsengagemang för att klara omställning till den nära vården. Vad beror det exempelvis på att få väljer att utbilda sig inom vård och omsorg och vad är det som gör att många väljer/inte klarar att inte fullfölja sin utbildning. Det behöver analyseras ytterligare.

Melleruds kommun  
Maria Lohrant SAS  
Carina Fjällman MAS  
Saara Smit Arbetsterapeut  
Pernilla Wall Verksamhetschef Säbo

Dals-Eds kommun  
Carina Fors Enhetschef Hälso- och sjukvård  
Stina Leander MAS  
Åsa Sandblom Enhetschef Säbo