

**Datum**

2022-11-13

Avsändare

Styrelsen för Riksföreningen för sjuksköterskor inom äldre- och demensvård

Kontakt: riksfad@gmail.com, moana.zillen@gmail.com

Information om Riksföreningen: www.aldrevard.se

Mottagare

Socialdepartementet

Diarienummer S2022/03277

Synpunkter kring**Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer (SOU 2022:41)****Inledning**

Riksföreningen för sjuksköterskor inom äldre- och demensvård är en sektion inom Svensk sjuksköterskeförening och har medverkat i referensgrupp till utredningen.

Utredningen har gjort en gedigen genomlysning av situationen och utmaningarna i såväl den kommunala äldreomsorgen som i den kommunala primärvården, och Riksföreningen instämmer i den lägesbild som delges. Vi ser demografiska förändringar, ökande mängd hälso- och sjukvård och mer kvalificerade och komplexa vårduppgifter i kommunerna, nära vård-omställningen, ökade omsorgsbehov och högre krav på kompetenser, bemanning och ledarskap i kommunerna.

Riksföreningen har länge framfört, i olika sammanhang, att den kommunala primärvården är underfinansierad och underdimensionerad, samt att grundbemanningen avseende sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor måste öka betydligt för att en god och säker vård ska kunna garanteras. Detta är ett tydligt vårdgivaransvar. Riksföreningen har också länge framfört att kompetensen hos omsorgspersonal i äldreomsorgen, viktiga samarbetspartners till sjuksköterskorna i den kommunala primärvården och nödvändiga för en god och säker vård och omvårdnad, behöver öka. Detta är ett vårdgivaransvar som inte löses genom att t.ex.



internutbildning förmedlas av de få sjuksköterskor som finns i verksamheten, det blir bara begränsade punktinsatser. Det behövs genomgripande insatser över hela landet för en ökning av grundkompetensen hos omsorgspersonal. Omsorgspersonal behöver utöver grundkompetens och regelbunden fortbildning ha handledning, stöd och reflektion i det dagliga arbetet, och ett stöd med kvalitet kräver att grundbemanningen avseende sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor ökar. Även sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor behöver egen kontinuerlig fortbildning, regelbunden handledning och tid för reflektion för att kunna utföra sitt uppdrag med god kvalitet och hög patientsäkerhet.

Riksföreningen är i huvudsak positiv till intentionerna i lagförslagen i betänkandet, men ifrågasätter att så lite föreslås finansieras. Riksföreningen anser också att ett införande redan 1 januari 2024 är för tidigt.

Äldreomsorgslag

- Positivt att även personer under 65 år ska kunna omfattas av en äldreomsorgslag, om personen har sådana behov
- Positivt med förstärkt förebyggande och hälsofrämjande äldreomsorg och ökad personcentrering, delaktighet och inflytande.
- Positivt med lagkrav på individuell plan vid inflyttning till särskilt boende för äldre och fast omsorgskontakt även på särskilt boende, för kontinuitet och trygghet.
- Positivt med lagförslag om att första linjens chefer ska ges förutsättningar för ett aktivt, nära ledarskap samt att äldreomsorgen ska ha den personal som behövs för att utföra insatser i enlighet med lagstiftningen.

Goda intentioner - men för det första är finansieringsförslagen alltför få, anser Riksföreningen. Många av lagförslagen i betänkandet föreslås inte finansieras alls, eftersom de bara innebär förstärkningar av sådant som redan borde göras men inte görs i tillräcklig utsträckning eller med tillräcklig kvalitet. För det andra löser inte ett mer nära ledarskap automatiskt kompetensförsörjningsproblem. Ett bättre ledarskap kan göra arbetsgivare mer attraktiva och på sikt underlätta kompetensförsörjningen, men det kommer att ta tid. Och varifrån ska personalen komma? Lagstiftningen säger redan idag att det ska bedrivas en äldreomsorg med kvalitet, att hälso- och sjukvården ska vara god och säker och att arbetsgivare ska tillse en god arbetsmiljö. Förstärkta lagformuleringar räcker inte längre. Det behövs resurser, pengar och tid. Arbetsgivarna kommer behöva lägga stora resurser på internutbildning och uppdragsutbildningar för personal, eftersom det helt enkelt inte finns tillräckligt många människor med tillräcklig grundkompetens att rekrytera. Vi pratar om en kompetenskrävande och växande verksamhet som nu befinner sig i ett moment 22 och behöver komma ur den onda cirkeln.

Kvalitetsberättelse för äldreomsorgen

Äldreomsorgsgivare är skyldiga att bedriva systematiskt kvalitetsarbete, och detta arbete kan redovisas på olika sätt, till exempel i verksamhets-, kvalitets- eller årsberättelser. Utredningen föreslår krav på en separat årlig kvalitetsberättelse för äldreomsorgen, vilket Riksföreningen

anser vara onödig detaljstyrning. Det viktiga är ju att det systematiska kvalitetsarbetet äger rum och att det informeras på ett begripligt sätt till politiker, förvaltningsledningar, medarbetare, chefer, brukare, anhöriga och allmänhet.

Fortsatta gränsdragningsproblem

Även med en särskild äldreomsorgslag anser Riksföreningen att det kommer att finnas gränsdragningsproblem avseende lagrum och insatser för äldre personers behov, till exempel personer med insatser enligt LSS och samtidigt behov av äldreomsorg.

Gränsdragningsproblem flyttar bara från socialtjänstlagen till äldreomsorgslagen. Det finns en komplexitet utifrån olika målgrupper, lagrum och utförarorganisationer, som Riksföreningen anser att utredningen inte har dykt tillräckligt djupt i.

Varför en särskild äldreomsorgslag?

Riksföreningen undrar: Varför en lag till, varför inte i stället förstärka socialtjänstlagen? Direktivet var visserligen att ta fram en äldreomsorgslag, och det kom efter skandaler i äldrevården och coronakommissionens svidande kritik. Problem i kommunerna har påtalats länge av många, och saker sattes på sin spets under pandemin. Det är bra att något händer. Men det är kanske inte en separat äldreomsorgslag som behövs, utan en förstärkning av socialtjänstlagen och framför allt reella förutsättningar för kommunerna att faktiskt följa rådande lagstiftning.

Nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen (NOK)

Det är bra med vägledning som vilar på vetenskaplig grund, anser Riksföreningen. Kommunerna behöver stöd. Det är viktigt att den myndighet som ges uppdraget att ta fram en NOK tidigt involverar professionsföreträdare, t.ex. Svensk sjuksköterskeförening och berörda sektioner, och tar vara på deras kunskap. Det är också viktigt att en NOK tas fram med stor lyhörddhet, så att den blir ett faktiskt stöd för berörda verksamheter och inte uppfattas som detaljstyrning.

Stärkt primärvård i kommuner

Riksföreningen välkomnar förtydligande i lagstiftningen om att kommunerna bedriver primärvård, att det handlar om en vårdnivå. Det är bra att begreppet hemsjukvård föreslås ersättas av primärvård i ordinärt boende. Det är märkligt att kommunal hälso- och sjukvård till personer som har lägenhet i särskilt boende inte kallas hemsjukvård – det är ett eget hem och inte en institution. Det blir en egendomlig skillnad, vården ska ju ska vara densamma och den enda skillnaden är boendeformen. Dessutom kan hemsjukvård även ges på annan nivå än primärvård. Detta innebär en risk för begreppsförvirring och det är en ytterligare anledning till att ta bort begreppet hemsjukvård.

Riksföreningen instämmer i att kommunernas resurser måste stärkas, både avseende bemanning och kompetens, för en god, säker, personcentrerad och jämlik kommunal primärvård. Likaså instämmer Riksföreningen i att det hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande arbetet behöver prioriteras mer, detta perspektiv ska finnas hos all personal.

Alltför mycket av den kommunala hälso- och sjukvården är idag reaktiv. Men för att detta ska bli verklighet behövs betydligt fler legitimerade sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter i kommunerna. Dessa professioner behöver ges stabila förutsättningar att utföra sitt lagstadgade uppdrag att ge en god och säker vård, samverka i team, handleda kollegor, utveckla verksamhetens kvalitet och delta i professionell handledning och fortbildning.

- Positivt att i lag förtydliga att de båda huvudmännen, regioner och kommuner, ska samverka vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården och ta fram gemensamma planer för detta.
- Positivt att i lag reglera att kommuner ska säkerställa att patienter i kommunens primärvård vid behov och dygnet runt kan få bedömning av sjuksköterska. Lagstiftningen ställer dock i princip detta krav redan idag, men det uppfylls inte fullt ut på grund av för låg grundbemanning avseende sjuksköterskor. Idag arbetar sjuksköterskor i kommunernas primärvård ofta likt konsulter, uppgiftsorienterat och reaktivt, och tvingas delegera stora delar av sitt omvårdnadsansvar till personal utan formell kompetens för att arbetsuppgifterna alls ska hinnas med. Det behövs ökade resurser för att följa lagen. Utredningen har inte tagit tillräcklig hänsyn till dagens underfinansiering och kompetensförsörjningsproblem i kommunerna.
- Positivt med förslagen kring individuell plan med förebyggande och rehabiliterande insatser.
- Positivt med lagkrav om formell fast vårdkontakt i kommuner. Legitimerad personal i kommunerna utför redan många uppgifter som ingår i detta formella uppdrag, vilket utredningen också konstaterar. Men de utför inte samtliga uppgifter, väldigt få kommuner har infört fast vårdkontakt fullt ut. Formaliserad fast vårdkontakt kommer alltså att innebära en ytterligare utökning av den legitimerade personalens uppdrag i kommunerna.
- Positivt med fasta läkarkontakter i regionen som kan vara tillgängliga för planerad och oplanerad medicinsk bedömning och behandling, planering, samordning av vård, samverkan samt handledning och fortbildning av kommunens hälso-och sjukvårdspersonal.
- Positivt att i lag reglera att regioner ska säkerställa att patienter i kommunens primärvård vid behov och dygnet runt kan få bedömning av läkare i primärvården.

Kompetens inom omvårdnad och rehabilitering på vårdgivarnivå i kommuner

Riksföreningen håller med om att kommunerna behöver ökad hälso- och sjukvårdskompetens på vårdgivarnivå. Riksföreningen instämmer dock inte i utredningens förslag att ersätta bestämmelsen om medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) med en bestämmelse om att verksamhetschef enligt HSL ska utse kvalitetsansvarig för omvårdnad respektive kvalitetsansvarig för rehabilitering, om verksamhetschefs kompetens inte är tillräcklig för att fullgöra ledningsansvaret.

Det finns idag utmaningar för MAS och MAR. Det vittnas t.ex. om otydliga uppdrag och mandat och otydlig ansvarsfördelning mellan verksamhetschef enligt HSL och MAS och

MAR. Riksföreningen kan dock inte se att utredningen ger tillräcklig motivering eller visar fördelarna med att rakt av ersätta de reglerade funktionerna MAS och MAR med de diffusa nya funktionerna kvalitetsansvariga för omvårdnad respektive rehabilitering.

Det är också märkligt att verksamhetschefer ska avgöra om de har tillräcklig kompetens för att fullgöra dessa ledningsuppgifter. Hur kan den som inte har tillräcklig kompetens veta vad som krävs och därmed veta vilken kompetens hen saknar? Det är redan känt att många verksamhetschefer HSL i landets kommuner saknar hälso- och sjukvårdskompetens. Detta är ett bekymmer som inte löses genom att verksamhetschefer med otillräcklig hälso- och sjukvårdskompetens lämnas ensamma att besluta kring vilken kompetens som behövs.

Vad händer när en verksamhetschef med en kompetens slutar och ersätts med en verksamhetschef med en annorlunda kompetens? I ett scenario behöver en kvalitetsansvarig rekryteras omgående och ett kompetensglapp kommer att uppstå under viss tid, i det andra fallet kan befintlig kvalitetsansvarig anses överflödigt och man behöver hitta andra arbetsuppgifter. Detta förefaller oerhört ineffektivt.

Utredningen hade ett direktiv att utreda lagkrav på MAR i alla kommuner men valde att frångå det. Riksföreningen kan inte se poängen med kvalitetsansvariga inom omvårdnad respektive rehabilitering i stället för MAS och MAR, och anser att föreliggande förslag skapar samma utrymme för tolkning och otydlighet kring uppdrag, omfattning och mandat som finns idag. Frågan behöver i stället utredas ytterligare, anser Riksföreningen.

Ledningsansvarig för primärvården på huvudmannanivå i kommuner

Riksföreningen är positiv till förslaget om att det ska finnas en ledningsansvarig för den kommunala primärvården på huvudmannanivå och anser att det ska vara en sjuksköterska med specialistkompetens. Riksföreningen anser inte att läkare behöver anställas i kommunerna eftersom kommunens primärvårdsvar inte sträcker sig förbi nivån sjuksköterska.

Medicinsk ledningsfunktion i regionerna

Riksföreningen är positiv till förslaget om en medicinsk ledningsfunktion i regionerna, som ska säkerställa att regionen fullgör sitt huvudmannansvar och i samråd med kommunens primärvård ska ansvara för samordningen av regionens åtaganden, t.ex. läkarinsatser i kommunens primärvård.

Finansiering och ikraftträdande

Utredningen framför att många av förslagen är förstärkningar av redan gällande lagstiftning. De innebär alltså i praktiken inte en ambitionshöjning och därför lägger utredningen inte fram några finansieringsförslag för dem. Riksföreningen är förvånad över att utredningen konstaterar omfattande brister, men inte fördjupar sig mer i hur nuvarande och framtida finansiering kan lösas. Riksföreningen anser att det är tydligt att bristerna till stor del beror på att nuvarande finansiering är otillräcklig. Det är inte ovilja i kommunerna som gör att lagstiftningen inte fullt ut följs idag, det är resursbrist. Den kommunala primärvården och

äldreomsorgen behöver en gång för alla finansieras korrekt, med långsiktighet, vilket föreliggande utredning inte tar tillräcklig hänsyn till.

Utredningens exempeluträkningar är inte helt användbara, till exempel har tidsåtgången för att upprätta en genomförandeplan beräknats alltför snålt och vissa lönenivåer är alldeles för låga i exemplen.

Avseende data om kommunernas hälso- och sjukvård och äldreomsorg instämmer Riksföreningen i att det i många fall är brist på data kring både bemanning och kvalitet. Detta är ännu ett bevis på underfinansieringen, anser Riksföreningen. Verksamheterna har helt enkelt inte tillräckligt med resurser att arbeta med uppföljning, analys, säkring och utveckling i den utsträckning som behövs för en god och säker kommunal primärvård och äldreomsorg, och är t.ex. inte alltid rustade för att möta kraven för att medverka i nationella kvalitetsregister.

De nödvändiga åtgärderna för en stärkt äldreomsorg och kommunal primärvård kräver långsiktighet. Att åstadkomma hållbara, goda effekter för brukare, patienter, närstående, medarbetare, chefer, kompetensförsörjning, ledning, utveckling och ekonomi kommer att ta tid. Riksföreningen anser att föreslaget ikraftträdande 1 januari 2024 är för tidigt.