

Utvecklingsavdelningen
Helene Bjerstedt

2025-01-17

vårt ärendenummer 2024/02392-4
ert diarienummer S2024/01966

Till Socialdepartementet

Region Blekinges Remissvar Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård (SOU 2024:72)

Sammanfattning

Regionen Blekinge anser att det är främst den regionala primärvården som behöver stärkas för att kunna arbeta proaktivt och vara navet i hälso- och sjukvården - även för de patienter som vårdas i den kommunala hälso- och sjukvården.

Som utredningen konstaterar råder det stor brist på specialistläkare i allmänmedicin samt att Sverige generellt och internationellt sett har en svag primärvård.

Region Blekinge instämmer därför inte i förslaget att kommunerna frivilligt ska kunna anställa kliniskt verksamma läkare och anser att förslaget inte kommer att avhjälpa problemet med kommunernas bristande läkartillgång. Det kan snarare innebära risker i form av otydlighet i det medicinska ansvaret samt försvåra genom parallella organisationer.

Region Blekinge delar utredningens övergripande bedömning att den största potentialen till en bättre och mer välfungerande läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård uppnås genom att stärka de befintliga strukturerna för samverkan mellan region och kommun i kombination med att införa nya arbetssätt. Region Blekinge delar också utredarens bedömning att det inte bör införas regler om sanktioner inom ramen för regionernas ansvar för läkarmedverkan.

Region Blekinge ställer sig positiv till att:

- Socialstyrelsen ges i uppdrag att ta fram föreskrifter för avtal om läkarmedverkan främst genom att kvalitetsparametrar kan tas fram vilket kan gagna en jämlik vård förutsatt att lokala förutsättningar ges möjlighet att spela in samt att det inte innebär ökad administration.
- En nationell samordnare ges ett tidsbegränsat uppdrag förutsatt att uppdraget riktar åtgärderna till och arbetar på nationell nivå för att fler specialister i allmänmedicin ska kunna utbildas.

Region Blekinges synpunkter och kommentarer

4 Stärkt läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård

Övergripande synpunkter

Region Blekinge instämmer i att de patienter som har de största behoven måste ges en trygg och säker vård, till exempel genom att vid behov erhålla medicinska bedömningar. Samtidigt menar vi att de lämnade förslagen inte löser de grundläggande problem som primärvården brottas med, främst bristen på specialistläkare i allmänmedicin, bristande finansiering och hyrberoende samt ett ständigt växande uppdrag i takt med omställningen till god och nära vård. Vi ser inte heller att förslagen skapar förutsättningar för att fler allmänspecialister utbildas eller att en starkare primärvård uppnås genom den förflyttning som krävs för att omställningen till god och nära vård ska kunna realiseras.

Region Blekinge menar att regioner och kommuner har samma utmaningar utifrån den demografiska utvecklingen. De patienter som vårdas är våra gemensamma där allmänspecialistläkaren har det medicinska ansvaret så till vida att patienten inte ges specialiserad vård. I Blekinge pågår, sedan flera år, ett med kommunerna gemensamt uppdrag för att utveckla nya arbetssätt för att identifiera, bedöma, planera, samordna och följa upp målgruppens behov. Målet är att skapa en trygg och säker vård för patienten och dess närstående så att vård ges på rätt nivå (rätt tid, rätt plats) samt att akuta insatser och inläggningar som inte är medicinskt motiverade kan undvikas. Samordningsfunktioner har införts på vårdcentralerna, akutmottagningen och inom kommunerna. Nya roller i form av samordningssjuksköterskor har tagits fram samt nya medicinska planer. Samarbete med ambulans har införts för att initiera så kallade "mångåkare". Detta har gjorts trots stora ekonomiska utmaningar och sviter av pandemin som verksamheten fortfarande lider av. Här måste primärvården ges möjlighet att fortsätta utveckla dessa arbetssätt så att specialistläkarna i allmänmedicin ges möjlighet att till exempel göra bedömningar i hemmet.

Vissa vårdcentraler har betydande läkarbrist. Nationellt förväntas denna fortgå minst fram till och med 2035 och vi ser därför att nya arbetssätt, se exempel ovan, men även till exempel med mobila team behöver införas för att stärka målgruppens vård. Regionen kan inte se att detta underlättas av att kommunerna ska få anställa egna läkare. De nya arbetssätten krävs inte bara utifrån de demografiska utmaningarna utan också utifrån nya digitala verktyg och medicinska möjligheter.

Mycket av dessa utvecklingsmöjligheter försvåras genom de olika huvudmannaskapen vilket gör det, trots försök med ny lagstiftning, mycket komplicerat att till exempel dela patientdata vilket är ett måste för att lyckas i samordningen av den personcentrerade vården. En fråga som uppstod under regionens beredande dialoger var huruvida hemsjukvårdsväxlingen har utvärderats eller inte.

4.1.1 Genomför redan lämnade förslag om lagkrav på tillgång till medicinsk bedömning dygnet runt

Region Blekinge ställer sig tveksam till att ett lagkrav kan bidra till stärkt medicinsk läkarbedömning dygnet runt. Region Blekinge tillhandahåller redan en sekundärjour kvällar, nätter och helger som bemannas av primärvårdsläkare. Vi instämmer därför i förtydligandet att medicinska bedömningar på jourtid kommer att utföras av läkare eller sjuksköterskor som inte är patientens ordinarie läkare eller sjuksköterska och att det även kan vara fråga om bedömningar på distans. Vi menar också att ett lagstadgat krav på tillgång till

läkarbedömning dygnet runt inte är rimligt att bara lägga på den enskilda vårdcentralen eller vissa vårdcentraler utan att det måste ske i kombination med en stärkt regional primärvård och nya arbetssätt. Utredningen ger som exempel mobila team och menar att detta måste ankomma på regionerna att organisera utifrån lokala förutsättningar. Vi delar synen om att nya arbetssätt krävs för att kunna lösa uppdraget och för att inte lämna patienter med behov i sticket. Vi instämmer i att ett mobilt team kan ingå olika kompetenser utöver läkare, till exempel sjuksköterska både från regionen och från kommunen. Vi delar också synen att ett mobilt team utöver läkarbedömningar, även kan tillhandahålla exempelvis provtagning på plats hos patienten och mobil röntgen. Regionen instämmer i att mobila team med fördel kan samarbeta med ambulans.

4.1.5 Den fortsatta betydelsen av ett proaktivt arbetssätt

Vi instämmer i att förstärkning av det medicinska stödet kopplat till läkarbedömningar måste ske i kombination med att ett proaktivt arbetssätt kring patienten kan tillämpas i den ordinarie verksamheten. Det inkluderar tidig identifiering, bedömning, planering av insatser samt uppföljning. Förutsättningar för detta behöver ges till verksamheten genom en förstärkning av primärvården. Som nämnts ovan har Region Blekinge tillsammans med länets kommuner infört ett sådant proaktivt arbetssätt men detta behöver fortsatt förstärkas.

Vi instämmer särskilt i, för att de medicinska bedömningarna ska vara effektiva och ändamålsenliga, är det centralt att det finns upprättade individuella medicinska planer som jourbedömningarna kan utgå ifrån. Vi vill betona vikten av att den medicinska bedömningen är dokumenterad i journalsystemet och att planeringen bygger på denna. Vi ser också det som angeläget att kommunsjuksköterska bedömer behovet och vårdnivån innan läkarkontakt tas.

Till det som kallas SIP, måste, som en grund att utgå ifrån, en dokumenterad medicinsk plan i form av en journaldokumentation finnas upprättad.

4.2 Avtalen om läkarmedverkan behöver stärkas,

4.2.3 Avtalen bör stärkas genom ett bemyndigande att meddela föreskrifter om läkarmedverkan

Region Blekinge anser att förslaget att Socialstyrelsen ges i uppdrag att ta fram föreskrift för formerna för avtal om den lagstadgade läkarmedverkan kan bidra till ökad kvalitet och jämlik vård, främst genom att tolkningen av vad som ska levereras förtydligas, ensas, och regelbundet följs upp enligt nationella krav och kvalitetsmått. Vår ståndpunkt bygger på att att lokala förhållanden måste få spela roll i utformningen samt att administrationen inte bör öka.

4.3 Stärkt möjlighet för kommuner att anlita läkare på regionens bekostnad

Då bemanningsbehovet oftast är akut är det mer rimligt att till exempel i avtalet säkerställa att "reservrutin" finns samt särskild rutin för att lyfta detta på ledningsnivå. Vi ser emellertid att detta inte bidrar till att lösa problemet då det i grunden föreligger en bristsituation.

4.4.3 Det bör inte införas sanktioner inom läkarmedverkan

Region Blekinge delar utredarens bedömning att det inte bör införas regler om sanktioner inom ramen för regionernas ansvar för läkarmedverkan. Vi instämmer i att det inte är rätt väg att gå och ej heller gynnar patienterna. Att till exempel, utifrån rättviseskäl, införa en sanktionsmodell för att matcha att kommunen kan bli betalningsskyldig till regionen om den

inte uppfyller tidsgränserna enligt lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård kan inte anses vara ett rimligt skäl.

4.5.1 Praktiska problem relaterat till journalföring

Avsaknad av gemensam journalföring är redan idag ett mycket stort hinder, både för den regionala och den kommunala primärvården. Det uppstår inte till följd av om kommunen skulle anlita egen läkare. Vi menar att lagstiftningen idag är lappad och lagad och instämmer med utredningen att ”särskilt beakta behoven för patienterna med de mest omfattande behoven av hälso- och sjukvård i kombination med social omsorg” (sid 117). Befintlig lagstiftning bygger på frivillighet och det är långt kvar innan detta kan lösas. De som förlorar mest, på att detta inte är löst, är de svårast sjuka, patienter med komplexa behov med insatser från två olika huvudmän. Det innebär betydande patientsäkerhetsrisker att teamet runt patienten inte kan dela information genom att ha tillgång till ett gemensamt journalsystem. Den vård som ges blir inte heller effektiv.

4.6.6 Vår utrednings syn på förslaget från SOU 2022:41 om krav på en regionalt ledningsansvarig för kommunal hälso- och sjukvård

Region Blekinge är tveksam till förslaget då vi redan idag har en bra uppfattning om hur det fungerar med läkarmedverkan i den kommunala primärvården. Regionens beställarfunktion för Hälsoval sköter detta uppdrag bland annat genom planerade träffar två gånger om året med samtliga kommunala MAS:ar samt via årlig enkät till kommunerna för uppföljning av ordinärt och särskilt boende där återkoppling sker bland annat om eventuella brister i läkarmedverkan.

Vi anser att, om en sådan roll ska finnas, bör den inte vara för detaljerad samt kunna anpassas efter lokala förhållanden och skötas via regionens beställarfunktion för Hälsoval. Att det dessutom är ont om resurser i mindre regioner, som i Region Blekinge, bidrar till att vi nogsamt måste värdera varje utökning av resurser.

Regionen har infört samordningssköterskor på varje vårdcentral för att samordna målgruppens behov. Vi ser att även dessa fångar upp behov och signalerar till vårdcentralen om det inte fungerar i ett visst område.

5 En ordning där kommunerna kan anställa läkare

5.4 Det ska inte vara förbjudet för kommuner att anställa läkare för patientnära kliniskt arbete

Region Blekinge samtycker inte till utredningens förslag. Våra huvudskäl för detta är:

- Det är främst den regionala primärvården som behöver stärkas för att kunna arbeta proaktivt och vara navet i hälso- och sjukvården - även för de patienter som vårdas i den kommunala hälso- och sjukvården.
- Förslaget kommer inte att avhjälpa problemet med kommunernas bristande läkartillgång. Det kan snarare innebära risker i form av otydlighet i det medicinska ansvaret samt försvåra genom parallella organisationer.
- Den största potentialen till en bättre och mer välfungerande läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård uppnås genom att stärka de befintliga strukturerna

för samverkan mellan region och kommun i kombination med att införa nya arbetssätt.

Vi ser flera utmaningar med förslaget att kommunerna skulle anställa egna läkare. Precis som utredningen visar så råder det i dagsläget brist på allmänläkare och att utöka möjliga arbetsgivare riskerar att splittra uppdrag/ansvar och öka konkurrensen (lön, villkor etc.). Tillgängliga resurser blir inte fler för att de även kan anställas av kommun, utan snarare riskerar resurser att dedicerats till mer avgränsade uppdrag som innebär en lägre flexibilitet i det samlade systemet.

Vidare har regionerna idag ett omfattande utbildningsuppdrag för utbildningsläkare (VIL, AT/BT och ST), vi ställer oss tveksamma till hur det ansvaret/uppdraget skulle kunna omhändertas av olika huvudmän.

Vi ser även en utmaning för kommunerna att upprätthålla kompetensutveckling under anställningen, kommunerna i Blekinge är små, troligtvis skulle det röra sig om enstaka medarbetare i respektive kommun vilket dessutom kan göra arbetet både ensamt och sårbart.

7 Nya karriär- och utbildningsmöjligheter i kommunal hälso- och sjukvård

7.1.1 Tillsätt en nationell samordnare för att nå riktvärdet om 1 100 invånare per specialistläkare i allmänmedicin

Region Blekinge ställer sig delvis positiv till förslaget. Regionen har dock svårt att se hur en nationell samordnare ska kunna bidra till att riktvärdet på 1100 invånare per specialist i allmänmedicin uppnås när åtgärderna riktas mot regionerna. Detta måste i så fall ske i kombination med att samordnaren i sitt tidsbegränsade uppdrag riktar åtgärderna till och arbetar på nationell nivå för att fler allmänläkare ska kunna utbildas.

Region Blekinge har redan tagit fram planer för att kunna rekrytera fler primärvårdsläkare och för att skapa rimliga förutsättningar för dessa. Samtidigt, när det råder nationell brist på primärvårdsläkare, ser vi inte att den egna regionen kan påverka hur många läkare som utbildas. Det är ett nollsummespel; om en vårdcentral rekryterar en läkare uppstår brist på en annan.

Övriga förslag nya karriär- och utbildningsmöjligheter i kommunal hälso- och sjukvård

Region Blekinge avstår från att lämna synpunkter då dessa förslag i huvudsak berör kommunerna.