

Sektionen för hälso- och sjukvård
Lena Karlsson

Socialdepartementet

103 33 Stockholm

Remissvar av SOU 2024:72 Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård

SKRs sammanfattande ställningstaganden

Krav på tillgång till medicinsk kompetens dygnet runt

- Det finns behov av att förtydliga kravet på tillgång till medicinsk bedömning dygnet runt, bör regleras i lag eller via Socialstyrelsens föreskrifter.
- Förslaget bör kostnadsberäknas och hanteras enligt finansieringsprincipen.
- En konsekvensanalys behövs för att belysa förslagets effekter med hänsyn till framtida kompetensbrist, särskilt utmaningarna med fysisk dygnet runt bemanning av läkare.
- Digitala lösningar behöver vidareutvecklas för att möjliggöra snabb medicinsk bedömning, effektiv prioritering och distansarbete.
- Det blir utmanande att säkerställa hög kontinuitet under jourtid.

Läkarmedverkan och avtal behöver stärkas

- SKR betonar vikten av att Socialstyrelsen, vid utfärdande av föreskrifter och allmänna råd om läkarmedverkan, behöver ta ett brett grepp och utgå från ett nära vårdperspektiv, med primärvården som nav.
- Det bör inte införas regler om sanktioner inom ramen för regionernas ansvar för läkarmedverkan.

Kommunerna ska inte få anställa läkare

- SKR avstyrker utredningens förslag, det är oklart vilka incitament som skulle motivera kommunerna att använda och bekosta en sådan reform.
- SKR ser risker som ojämlik vård, otydlig ansvarsfördelning, parallella organisationer, oklarhet kring vad den kommunala läkaren kan utföra i patientnära arbete, rekryteringsutmaningar och praktiska problem kring journalföring, recept och remisser.

Kompetenskrav för ledningsansvarig för kommunal hälso- och sjukvård ska inte fastställas

- Både region och kommun bör själva kunna avgöra kompetenskraven för ledningsansvarig.

En nationell samordnare är inte lösningen för att driva utvecklingen med riktvärde på 1 100 invånare per specialistläkare

- SKR anser att det krävs annan form av stöd för att driva utvecklingen mot ökad läkartäthet inom primärvården.
- Stöd bör i stället fokuseras till regionernas linjeorganisation.

Brist på konsekvensbeskrivningar

- Det saknas konsekvensbeskrivningar som tar hänsyn till barnperspektivet, jämställdhet och funktionshinder.

Allmänna synpunkter

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) är över lag positiva till utredningens förslag men lyfter här det som förbundet inte tillstyrker eller tycker är oklart och de delar av betänkandet som innebär påverkan för SKRs medlemmar.

SKR delar utredningens bedömning som innebär att störst potential till en bättre läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård är att stärka och förbättra inom ramen för redan befintliga strukturer framför mer ingripande lösningar. Att arbeta med kommunal hälso- och sjukvård och äldreomsorg har historiskt sett haft låg status. För att förändra detta krävs snarare ett utvecklat värdegrundsarbete och förändrade kulturella mönster i stället för detaljreglering.

SKR ser det som olyckligt att utredningsdirektiven är så definitiva vad gäller att man SKA föreslå en ordning där kommuner kan anställa läkare. Utredningens förslag om att styra upp avtalen om läkarmedverkan, bland annat genom föreskrifter från Socialstyrelsen kan mycket väl vara tillräckliga för att skapa en bättre situation, dvs en mer behovsanpassad läkarmedverkan för patienterna med kommunal hälso- och sjukvård.

I utredningen saknas det konsekvensbeskrivningar utifrån barn-jämställdhet- och funktionshinderperspektivet, vilket är något som SKR anser ska göras i alla utredningar. Kommunerna har ansvar för hälso- och sjukvård inom till exempel hemsjukvård för barn, LSS barnboende och daglig verksamhet enligt LSS varav det är viktigt att göra dessa konsekvensbeskrivningar.

1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

I förslaget till ändring av hälso- och sjukvårdslagen ser SKR att det finns behov av att ändra i 12 kap. 3 § där det nu står att *”Med undantag för vad som anges i 16 kap. 1 § tredje stycket gäller vad som sägs i 1 och 2 §§ inte sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare”*. SKR föreslår följande ändring av 12 kap. 3 § HSL: *”Med undantag för vad som anges i 3 a § och i 16 kap. 1 § tredje stycket gäller vad som sägs i 1 och 2 §§ inte sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare”*.

3.2.3 En kommun får inte lov att anställa läkare för patientnära kliniskt arbete

Utredningen gör bedömningen att det idag inte är tillåtet för kommunerna att anställa eller anlita egna läkare för patientnära kliniskt arbete. SKR undrar hur denna bedömning förhåller sig till 16 kap. 1 § tredje stycket HSL där det anges följande: *”Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från regionen”*. Om läkaren inte har patientansvar men ändå förväntas kompensera för de insatser som regionen inte utför enligt avtal, vad innebär det konkret vad gäller läkarens uppgifter och ansvar i praktiken?

4.1 Läkarmedverkan bör stärkas inom ramen för befintliga strukturer

SKR instämmer och välkomnar utredningens bedömning att största potential till en bättre och mer välfungerande läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård finns i att stärka de befintliga strukturerna för samverkan mellan region och kommun, samt att förslag som förstärker och förbättrar redan befintliga strukturer bör prioriteras.

Utredningen lyfter fram att orsakerna till bristerna är mångfacetterade, men att betydande delar av dessa brister är möjliga att åtgärda med ganska begränsade insatser. Åtgärderna sammanfattas till att tydliggöra vad regionernas respektive kommunernas ansvar för läkarmedverkan innebär samt ge både kommun och region stöd i utformandet och upprätthållandet av avtalen om läkarmedverkan. SKR delar utredningens uppfattning om åtgärderna, men saknar strukturer och modeller för hur man bygger förtroende, tillit och allianser för långsiktiga samverkansprocesser.

SKR ser stora möjligheter till en perspektivförändring, att gå från styrning via avtal som är reglerade med hjälp av tidsstyrning, fastställda nivåer och antalet insatser till att i stället utgå från den enskildes behov av medicinsk

kompetens. Personer med behov av kommunal hälso- och sjukvård har även behov av stöd och hjälp med att samordna sin vård. SKR ser att avtalen behöver stödja en sammanhållen vård och att samordningen av vårdinsatser sker utifrån den enskildes fokus.

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

SKR tillstyrker förslaget från utredningen om att det bör införas ett lagkrav på att regionen och kommunen ska säkerställa att enskilda som är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården vid behov kan få en medicinsk bedömning av en läkare och/eller sjuksköterska dygnet runt. Utredningen lämnar emellertid inget lagförslag i denna del. SKR välkomnar också utredningens förslag om en flexibel utformning för hur medicinska bedömningar ska ske dygnet runt. Bedömningar ska även kunna ske på distans via telefon eller digitala konsultationer, men vid behov ska även fysiska besök kunna erbjudas och genomföras.

Förslaget medger också att lösningarna kan variera beroende på lokala och regionala förutsättningar. SKR anser att:

- Det finns behov av att förtydliga om kravet på tillgång till medicinsk bedömning dygnet runt ska regleras i lag eller via Socialstyrelsens föreskrifter.
- Förslaget bör kostnadsberäknas och hanteras enligt finansieringsprincipen.
- Det kommer att innebära en stor utmaning att införa krav på fysisk läkarbemannning dygnet runt. Det behöver genomföras en konsekvensanalys som belyser förslagets effekter med hänsyn till framtida kompetensutmaningar.
- Distanslösningar behöver utvecklas för att möjliggöra snabb medicinsk bedömning och prioritering av vårdinsats.
- Det är utmanande att säkerställa hög kontinuitet under jourtid.

SKR stödjer utredningens bedömning att en central kontaktfunktion är en intressant och möjlig lösning som utgår från de enskildes behov och erbjuder flera olika kontaktvägar – telefon, digitala verktyg och fysiska besök – för att i ett tidigt skede öka möjligheten till medicinska bedömningar. SKR ser att denna lösning främjar vård på rätt vårdnivå och att personer inte i onödan skickas akut till sjukhus. Samtidigt är det viktigt att undvika alltför rigida strukturer som kan hindra personer med stora behov från att få akut vård när det behövs.

4.2 Avtalen om läkarmedverkan behöver stärkas

SKR instämmer i utredningens bedömning att det behöver ställas tydligare krav på avtalen om läkarmedverkan mellan kommun och region. Det finns behov av tydligare styrning av avtalen för att uppnå mål och syfte med läkarmedverkan. Avtalen behöver ha en tydlig utformning och uppföljning men även vara flexibla och kunna anpassas utifrån patienternas förändrade behov samt lyfta fram det teambaserade arbetet för att uppnå en mer sammanhållen vård för patienterna.

SKR ser positivt på förslaget att regeringen ska kunna ge Socialstyrelsen rätt att utfärda föreskrifter och allmänna råd om läkarmedverkan. Bindande regler i lag eller förordning anses för statiska och mindre användbara i praktiken. Socialstyrelsen bedöms vara den mest lämpade myndigheten för uppdraget, då de har goda förutsättningar att anpassa och uppdatera föreskrifter i takt med att behoven och kunskapen utvecklas. Samtidigt betonar SKR vikten av att Socialstyrelsen tar ett brett grepp och utgår från ett nära vårdperspektiv, där primärvården är navet. Det är avgörande för att undvika cementering av föråldrade synsätt på läkarmedverkan inom kommunal hälso- och sjukvård.

Ett problem som utredningen lyfter är att kommuner ser läkarmedverkan som en tjänst eller resurs som kommunen behöver efterfråga från regionen. För regionen innebär läkarmedverkan i stället ett åtagande och ett ansvar som betraktas som något utanför regionens kärnverksamhet. Detta skapar delvis motstridiga intressen. SKR anser att regionerna måste ta lika stort ansvar för läkarmedverkan i den kommunala primärvårdens behov och insatser som de gör för den regionala primärvårdens behov och insatser vilket även behöver framgå i eventuella kommande föreskrifter. Om Socialstyrelsen får bemyndigande att utfärda föreskrifter betonar SKR vikten av att myndigheten prioriterar processen, så att föreskrifterna så snart som möjligt kan börja användas i praktiken.

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

Den kommunala hälso- och sjukvården ökar stadigt i omfattning, mer omfattande vårdbehov tas om hand och fler patienter vårdas i hemmet som kan vara särskilda boendeformer, gruppboendestäder och ordinärt boende. I takt med denna utveckling behöver även medicinsk kompetens i form av läkarmedverkan anpassas för att möta patienternas vårdbehov. SKR betonar vikten av flexibla avtal som regelbundet utvärderas och justeras för att säkerställa att de speglar patienternas vårdbehov och vårdens förutsättningar. Avtalen bör säkerställa att patienternas vårdbehov tillgodoses på effektivast möjliga vårdnivå. När systemen brister på

individnivå påverkas hela hälso- och sjukvårdssystemet, och resurser inom specialiserad vård används för patienter som egentligen inte har det behovet. Ett förbud mot tidsatta avtal kan vara rimligt om insatserna ska styras av patienternas behov, vilket ger utrymme för flexibilitet och en mer behovsbaserad vård.

SKR delar utredningens uppfattning att det är nödvändigt med tydligare reglering på avtalen om läkarmedverkan mellan region och kommun. För att säkerställa en effektiv och jämlik läkarmedverkan anser SKR att kraven bör omfatta:

- Tydlig utformning och balans mellan parter, klara och transparenta avtal som skapar jämnvikt mellan huvudmän samt förutsättningar för samverkan och samarbete.
- Läkaravtalen bör anpassas till utvecklingen av nära vård, med primärvården som nav. Harmonisera med den gemensamma primärvårdsplanen för att säkerställa helhet och samordna vården.
- Flexibilitet så att den medicinska kompetensen finns tillgänglig utifrån målgruppens förändliga vårdbehov.
- Regelbunden, strukturerad och kontinuerlig uppföljning, det behövs tydliga riktlinjer för hur avtalen ska följas upp, både centralt hos respektive huvudman och gemensamt mellan parterna.

4.3 Stärkt möjlighet för kommuner att anlita läkare på regionens bekostnad

Sedan 2007 har kommuner rätt att anlita läkare på regionens bekostnad om regionen inte uppfyller sina skyldigheter, men denna lagstadgade möjlighet har inte utnyttjats. SKR vill särskilt betona vikten av att lösningar bör vara proaktiva och långsiktiga som stödjer samverkan mellan kommun och region med patienternas behov i fokus för en ökad kontinuitet, stärkt samordning och säker vård.

Det råder allmän brist på läkare och svårigheter att rekrytera inom hälso- och sjukvården. Att ytterligare öka konkurrensen om denna begränsade resurs bedöms inte gynna en långsiktig och hållbar kompetensförsörjning.

SKR ser positivt på åtgärder som bidrar till att stärka den befintliga läkarmedverkan, vilket kan ske genom förtydligande krav på innebörden av ansvaret för läkarmedverkan tillsammans med stärkt styrning av avtalen mellan region och kommun. SKR ser att dessa åtgärder även minskar behovet för kommunen att behöva nyttja möjligheten att anlita läkare på regionens bekostnad.

4.4.2 Möjliga modeller för ett system med sanktioner

SKR delar utredningens bedömning att det inte bör införas regler om sanktioner inom ramen för regionernas ansvar för läkarmedverkan. Sanktioner riskerar att motverka ett gott samarbete mellan kommun och region och bidrar inte till att förbättra patienternas tillgång till vård, ett sådant system skulle även generera administrativa krav och kostnader.

4.6.4 Genomför redan lämnade förslag om lagkrav på medicinsk kompetens på ledningsnivå

SKR delar utredningens förslag och står fast vid sin tidigare ståndpunkt, som uttrycktes i remissyttrandet i *Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer SOU 2022:41*. SKR stödjer förslaget men anser att kompetenskraven i kommunerna inte behöver fastställas i lag eller förordning. Utredningens förslag att kompetenskravet ska vara läkare eller sjuksköterska med specialistkompetens är rimligt, men för regionerna föreslås inga motsvarande krav. SKR menar att, liksom för regionerna, bör kommunerna själva ha möjlighet att göra avvägningar vad gäller kompetens. SKR anser dock att det råder en viss otydlighet kring hur dessa lagkrav ska regleras. Utredningen lämnar inga egna lagförslag i denna del. Det behöver förtydligas om detta ska regleras i lag eller via Socialstyrelsens föreskrifter.

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

SKR avstyrker förslaget att kommun ska få anställa läkare för patientnära kliniskt arbete i den kommunala hälso- och sjukvården. SKR står fast vid tidigare ställningstagande, uttryckt i remissyttrandet på *Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer SOU 2022:41*, då SKR tillstyrkte att kommuner inte ska få anställa läkare. Regionerna har större möjligheter att rekrytera läkare, säkerställa bemanning och skapa arbetsmiljöer som möjliggör fortbildning, forskning och utveckling. Dessa faktorer är avgörande för att upprätthålla patientsäkerheten.

SKR ser flera starka argument emot förslaget att kommuner ska få möjlighet att anställa läkare. Ett centralt problem är att kommunerna själva inte har uttryckt något behov av denna möjlighet. Dessutom är det oklart vilka incitament som skulle motivera kommunerna att använda och bekosta en sådan reform.

SKR anser att förslaget innebär följande risker:

- Ojämlig vård, ekonomiskt stabila kommuner får möjlighet att erbjuda tilläggstjänster av läkarinsatser vilket kommuner med ekonomiska utmaningar inte har möjlighet till.
- Otydlig ansvarsfördelning och parallella organisationer. Kräver resurser att fördela arbetet och tydliggöra vem som egentligen är ansvarig för vad, SKR ser risker med att kommunala läkare snarare kan försvåra samarbetet i primärvården mellan kommun och region.
- Otydlighet vad den kommunala läkaren ska utföra för insatser som inte ingår i regionens uppdrag, kan leda till gränsdragnings utmaningar mellan kommun och region.
- Rekryteringsproblem, svårt att genomföra i glesbygden samt att både kommun och region ska rekrytera och strida om samma antal läkare samt att det, för regionerna, redan idag är svårt att rekrytera specialistläkare med kompetens i allmänmedicin och/eller geriatrik.

SKR instämmer i utredningens bedömning att det finns ett stort antal praktiska problem med att införa en ordning med kommunala läkare, till exempel i fråga om hantering av bland annat journalföring, provtagning, förskrivning av recept och utfärdande av remisser. SKR anser att det är märkligt att föreslå en ny ordning med kommunala läkare utan att samtidigt lämna förslag på, eller i vart fall resonera mer ingående om, hur dessa problem/hinder skulle kunna lösas.

7.1.1 Tillsätt en nationell samordnare för att nå riktvärdet om 1100 invånare per specialistläkare i allmänmedicin

Socialstyrelsen har fastställt ett nationellt riktvärde för hur många invånare en läkare i primärvården i normalfallet kan ansvara för som fast läkarkontakt, 1 100 invånare per specialist i primärvården.

SKR avvisar förslaget om att tillsätta en nationell samordnare och uttrycker tveksamhet kring huruvida en sådan skulle kunna erbjuda det stöd som krävs för att driva utvecklingen framåt för att uppnå riktvärdet. I stället lyfter SKR fram alternativa lösningar, då det finns andra sätt att främja denna utveckling. Flera regioner har redan lyckats öka läkartätheten i primärvården genom stark lokal samverkan mellan politiker, chefer och medarbetare. Utan tillgång till och inflytande i regionernas linjeorganisation riskerar en nationell samordnare att ha begränsade möjligheter att nå framgång i sitt uppdrag.

Många av SKRs medlemmar ser möjligheter att riktvärdet mycket väl kan fungera som ett incitament för utveckling och framdrift när målsättningen

ligger på aggregerad nivå för att öka kontinuitet samt teamarbete. Flera av SKRs medlemmar har redan idag utarbetat målsättningar för riktvärdet på totalen.

Det som SKR ser som tveksamheter specifikt beträffande riktvärdet är att det bygger på antal patienter men speglar inte vårdtyngden för den enskilde läkaren. Patientlagen och hälso- och sjukvårdslagen ger patienten möjlighet att söka öppenvård i hela landet vilket innebär att även om läkaren är fast läkarkontakt åt ett antal patienter så måste läkaren också ta emot olistade patienter som söker vård på vårdcentralen. Vilket gör att det behöver finnas en flexibilitet och att listning behöver ligga på verksamhet/enhetsnivå. I tidigare utredningar har SKR i remissyttrande för *Digifysiskt vårdval, Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet SOU 2019:42* lyft fram att det är viktigt att skilja på listning på enhet och val av fast läkarkontakt. SKR vidhåller sitt tidigare ställningstagande, som framfördes i remissvaret till *God och nära vård – En primärvårdsreform SOU 2018:39*, att det inte är lämpligt att ange ett exakt antal patienter per läkare i lag eller förordning. En sådan reglering riskerar att bli för stelbent och svår att anpassa till hälso- och sjukvårdens utveckling samt framtida vårdbehov.

SKR är enig med utredningen i att det behövs en ökad läkartäthet inom primärvården. Detta kan uppnås både genom att utbilda fler specialister i allmänmedicin och genom att låta fler specialistläkare från slutenvården ta en aktiv roll i primärvårdens arbete med patienter.

7.2.1 Utveckla en nationell ledarskapsutbildning för chefer inom kommunal hälso- och sjukvård

SKR är positiva till utredningens förslag men anser att utbildningen bör vara frivillig och planeras av kommunerna utifrån deras behov. Innehållet bör vara övergripande.

7.2.2 Genomför försöksverksamhet med Magnetmodellen i kommunal hälso- och sjukvård

SKR avvisar förslaget att genomföra försöksverksamhet med Magnetmodellen i kommunal hälso- och sjukvård. SKR anser att det inte är staten som ska välja ut modeller till försöksverksamhet inom kommunal hälso- och sjukvård, det påverkar det kommunala självstyret. Att genomföra försöksverksamhet med Magnetmodellen kan leda till tvingande av specifik modell som ökar administration då denna modell kräver ny certifiering var fjärde år.

SKR betonar att kommunerna själva ska driva vidareutvecklingen av den kommunala hälso- och sjukvården, så att den anpassas efter lokala behov och förutsättningar, oavsett om det handlar om nya modeller eller arbetssätt.

7.2.3 Fler specialistsjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård

SKR instämmer i att det finns ett behov av att stärka den medicinska kompetensen och höja den akademiska nivån i kommunal hälso- och sjukvård. Det sker inte enbart med ökad tillgången till läkare utan en viktig lösning är att även höja den akademiska nivån för den legitimerade personalen (sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter) vilket även skulle kunna bidra till att stärka kompetensförsörjningen samt långsiktigt öka kvalitén i vården. Den legitimerade personalen har behov av kompetens- och akademisk utveckling på flera nivåer så som specialistkompetens på avancerad nivå, magister eller masterexamen och viss mån forskningskompetens. Ändamålsenliga specialistutbildningar för sjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård är främst distriktssköterske-, psykiatri- och geriatrikinriktning.

7.2.6 Inför ett breddat VULF-avtal

För SKR är kompetensförsörjning en avgörande fråga, och förslaget att bredda VULF-avtalet är i linje med det arbete SKR redan förespråkar. Jämlika förutsättningar mellan utbildningarna underlättar för fler VFU-mottagare.

Kommunerna står inför betydande utmaningar med att rekrytera arbetsterapeuter och fysioterapeuter, som ofta är en bristvara. I omställningen till nära vård samt i den nya socialtjänstlagen lyfts vikten av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser, vilket förstärker behovet av dessa yrkesroller inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Sveriges Kommuner och Regioner

Anders Henriksson
Ordförande