

Handläggare
Carina Thörnblom
Telefon: 08-50836222

Till
Äldrenämnden
28 januari 2025

Remiss av betänkandet - Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård (SOU 2024:72)

Svar på remiss från kommunstyrelsen, KS 2024/1303

Förvaltningens förslag till beslut

Äldrenämnden godkänner förvaltningens tjänsteutlåtande som svar på remissen av betänkandet stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård och överlämnar den till kommunstyrelsen.

Sammanfattning

Regeringen beslutade i juni 2023 att tillsätta en särskild utredare med uppdraget att analysera och lämna förslag som stärker kommunernas möjligheter att säkra tillgången till läkare i kommunal hälso- och sjukvård. Syftet är att stärka den medicinska kompetensen i kommunal hälso- och sjukvård.

Förvaltningen ser positivt på utredningens förslag att stärka befintliga strukturer för samverkan mellan region och kommun vilket kan bidra till att säkra tillgången till läkare och en fortsatt utveckling av den kommunala hälso- och sjukvården. Dagens ordning med regionerna som huvudmän för sjukvården bör inte ändras.

Förvaltningen ställer sig positiv till förslaget att det ska införas krav att det på ledningsnivå ska finnas en särskild ledningsansvarig för hälso- och sjukvård inom kommunen och regionen. Utredningen uppmärksammar möjligheten att MAS/MAR har kompetens som kan användas som särskild ledningsansvarig i kommunal hälso- och sjukvård.

Förvaltningen ser att det finns en risk för oklarheter i ansvarsfördelning och att parallella sjukvårdsorganisationer byggs upp om läkare för patientnära kliniskt arbete anställs, anlitas eller finansieras i den egna kommunala hälso- och sjukvården

Bakgrund

En särskild utredare fick i juni 2023 uppdraget att analysera och föreslå åtgärder för att stärka den medicinska kompetensen i kommunal hälso- och sjukvård. Utredaren har lämnat förslag inom två huvudsakliga områden:

- Stärka kommunernas möjlighet att säkra tillgång till läkare i kommunal hälso- och sjukvård.
- Skapa bättre förutsättningar för personal- och kompetensförsörjning inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Kommunstyrelsen har remitterat remissen till stadsledningskontoret, socialnämnden och äldrenämnden. Yttrandet ska vara kommunstyrelsen tillhanda senast den 2025-02-03.

Ärendet

Den pågående omställningen till en god och nära vård med primärvården som nav medför att kommunal hälso- och sjukvård kommer att få en allt större betydelse framöver. Ansvar för den kommunala hälso- och sjukvården är upp till sjuksköterskenivå. Det är regionerna som är ansvariga för att patienterna i kommunal hälso- och sjukvård får tillgång till läkarvård. För att patienterna ska få den vård som de har rätt till behöver kommunen och regionen samverka.

För att behålla nuvarande nivå av verksamhet kommer kommuner, regioner och staten behöva rekrytera och utbilda ett stort antal personer till hälso- och sjukvården. Flertalet kommuner upplever redan i dag personalbrist inom de vanligaste legitimationsyrkena och inom regionen råder brist på allmänläkare.

Utredningen har lämnat förslag inom två huvudsakliga områden.

- Stärka kommunernas möjlighet att säkra tillgång till läkare i kommunal hälso- och sjukvård – fyra förslag
- Skapa bättre förutsättningar för personal- och kompetensförsörjningen i den kommunala hälso- och sjukvården – fem förslag

Stärkt läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård
Inom den kommunala hälso- och sjukvården finns många äldre patienter med sammansatta vårdbehov och som är multisjuka med kroniska sjukdomar. Kommunernas ansvar och roll i det samlade hälso- och sjukvårdssystemet har ökat, samtidigt som den demografiska utvecklingen visar på ett ökat vårdbehov framöver. För att möta detta behov krävs medicinsk kompetens i kommunerna.

Utredningens grundläggande bedömning är att den största effekten 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. Att genomföra stora organisatoriska förändringar eller inleda en generell översyn av huvudmannaskapet för läkarinsatser i kommunal hälso- och sjukvård anser utredningen inte vara ändamålsenligt.

Brister och problem som finns kring läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården är uppmärksammat sen tidigare. Frågan om kommunerna ska kunna anställa egna läkare har berörts i flera olika utredningar med olika slutsatser.

Lagkrav på tillgång till medicinsk bedömning dygnet runt

Både region och kommun är redan i dag skyldiga att tillhandahålla hälso- och sjukvård dygnet runt. Tidigare erfarenheter visar på att i den kommunala hälso- och sjukvården finns brister i tillgången till såväl sjuksköterskor som läkare.

Regionerna prioriterar inte läkarmedverkan tillräckligt och ansvaret för läkarinsatserna har delegerats långt ut i organisationerna. Den bristande tillgången till medicinska bedömningar leder till sjukhusinläggningar och akutbesök som hade kunnat undvikas. Utredningen anser därför att det ska införas ett formellt lagkrav på tillgång till medicinsk bedömning dygnet runt i den kommunala hälso- och sjukvården. Det handlar dels om att kommunerna ska kunna garantera tillgång till medicinsk bedömning av en sjuksköterska dygnet runt, dels att regionerna ska garantera tillgång till medicinsk bedömning av läkare dygnet runt.

Medicinsk bedömning dygnet runt innebär inte att läkare eller sjuksköterska alltid måste finnas fysiskt på plats dygnets alla timmar. Kommuner och regioner behöver ha en organisation som möjliggör att patienterna i den kommunala hälso- och sjukvården får medicinska bedömningar utifrån deras behov.

Under jourtid kommer medicinska bedömningar att utföras av sjuksköterskor eller läkare som inte är patientens ordinarie läkare eller sjuksköterska. För att sådana bedömningar ska vara effektiva och ändamålsenliga måste det upprättas individuella vårdplaner för patienterna vilket jourbedömningarna kan utgå ifrån. Det kan leda till att behovet av akuta insatser minimeras. Det finns situationer då digitala lösningar inte är tillräckligt för att åstadkomma en fullgod medicinsk bedömning. Det handlar särskilt om situationer där tidigare kännedom om patienten saknas, där en vårdplan ännu inte har upprättats eller vid beslut om övergång till vård i livets slutskede.

Den kommunala hälso- och sjukvården behöver arbeta mer proaktivt. Region och kommun behöver samverka kring att en samordnad individuell plan (SIP) upprättas för patienter som har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten.

Stärkta avtal om läkarmedverkan

Sedan 2007 är det obligatoriskt för kommun och region att ingå formella avtal om omfattning och former för läkarmedverkan. Utredning har visat på att det finns brister i dessa avtal. De är ofta alltför allmänt hållna för att såväl kommun som region ska kunna förstå vad ansvaret för läkarmedverkan innebär. Dessutom är många av avtalen gamla. Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet har kommunen i dag rätt att på regionens bekostnad anlita en egen läkare. Idag används inte den möjligheten.

Utredningen bedömer att det finns ett stort behov av att föra parterna närmare varandra och skapa ett förändrat synsätt där region och kommun inte ser varandra som motståndare, utan där båda parter kan se värdet i ett proaktivt arbetssätt kring läkarmedverkan. Det är särskilt viktigt att stärka upp en grundstruktur för läkarbedömningar både på och utanför ordinarie arbetstider. För att komma till rätta med bristerna i avtalen och uppnå mer enhetliga avtal anser utredaren att Socialstyrelsen får uppdraget att ta fram föreskrifter om avtalen - läkarmedverkan.

I Region Stockholm har man skapat ett separat uppdrag avseende läkarmedverkan i särskilt boende för äldre, ett vårdvals-system med fristående leverantörer (Stockholmsmodellen). Modellen innebär att det finns utsedda leverantörer av läkarmedverkan kopplade till respektive särskilt boende. I uppdraget finns en beskrivning som bland annat beskriver krav på inskrivningssamtal med hälso- och läkemedelsgenomgång, möjlighet till fysiska besök vid behov samt en definierad processbeskrivning för den palliativa fasen. De som omfattas av Stockholmsmodellen är nöjda med hur det fungerar i praktiken. Den leder till att patienterna i särskilt boende får de läkarinsatser som de har rätt till. Patienten är fri att vara listad hos en egen vårdcentral men i samband med inflyttning till särskilt boende erbjuds patienten att lista sig hos den leverantör av läkarmedverkan som är knuten till boendet. För de patienter som inte väljer att lista om sig bistår den till boendet knutna läkaren endast i akuta situationer.

En praktisk konsekvens av vårdvalet för läkarinsatser i särskilt boende är att insatsen blir organisatoriskt separerad från den övriga primärvårdsverksamheten. Det handlar exempelvis om de patienter

som vistas på korttidsvård efter vistelse inom akutsjukvården eller avlastning/växelvård då är läkaransvaret kvar där patienten är listad. För de delar av läkarmedverkan i Stockholm som ligger utanför särskilt boende, exempelvis LSS och funktionshinder, finns likartade problem med läkarmedverkan på samma sätt som i andra kommuner.

Stärkt medicinsk kompetens på ledningsnivå

Det är ett gemensamt åtagande för både kommun och region att uppnå en väl fungerande kommunal hälso- och sjukvård. Det delade ansvaret ställer stora krav på en välfungerande samverkan mellan parterna. Utredningen visar på att det finns brister i samverkan mellan parterna vilket kan bero på att det saknas medicinsk kompetens på ledningsnivå både i region och kommun.

Det finns i dag inga formella krav på medicinsk kompetens på ledningsnivå, varken på kommunal eller regional nivå. På regional nivå saknas det en tydligt ledningsansvarig för regionernas insatser i den kommunala hälso- och sjukvården. Därmed har kommunerna inte någon naturlig motpart att vända sig till på den regionala nivån om det skulle förekomma brister i läkarmedverkan.

Utredningen anser att det ska införas lagkrav på att en region ska ha en särskilt utsedd ledningsansvarig för planering av läkarinsatser, uppföljning och samordning av regionens hälso- och sjukvårdsinsatser. De ska vara av god kvalitet som svarar mot patienternas behov i kommunerna, bland annat ska patienter i den kommunala hälso- och sjukvården få tillgång till regionens specialiserade hälso- och sjukvård. Rollen som ledningsansvarig ska inte bara uppmärksamma regionernas intressen, utan ta ett samlat ansvar för hela den regionala insatsen i kommunal hälso- och sjukvård. En viktig del av arbetet kommer vara att utveckla avtalen om läkarmedverkan mellan region och kommun.

Utredningen anser att det ska införas ett krav på att även kommunerna ska ha en särskild ledningsansvarig för kommunal hälso- och sjukvård. Idag finns lagkrav på att det ska finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), eller i förekommande fall en medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) i kommunen. Utredningen uppmärksammar att MAS/MAR har sådan kompetens och kan användas som särskild ledningsansvarig för kommunal hälso- och sjukvård.

En ordning där kommuner kan anställa läkare

Frågan om ansvarsfördelningen för läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården har länge varit föremål för debatt. Det har även diskuterats i vilken utsträckning som kommunerna enligt

befintligt regelverk får lov att anställa egna läkare. Utredarens bedömning är att i dagsläget är det inte tillåtet för kommunerna att anställa eller anlita egna läkare för patientnära kliniskt arbete. I utredningsdirektivet anges att utredaren ska lämna förslag på en ordning där kommunerna kan anställa läkare.

Utredaren har bedömt att det inte ska finnas någon skyldighet för kommunerna att anställa läkare. Regionerna kommer även framöver ha det fullständiga huvudmannaansvaret för läkarinsatser i kommunal hälso- och sjukvård. Det ska vara tillåtet för kommunerna att anställa, anlita eller finansiera läkare för patientnära kliniskt arbete i den egna kommunala hälso- och sjukvården. Det är praktiskt genomförbart utan omfattande ingrepp i hälso- och sjukvårdens grundstruktur om det är en modell som baseras på frivillighet. Förslaget ger en möjlighet för kommunerna att anställa läkare vid behov som extraordinära händelser eller vid förhöjd beredskap.

Stärkt kompetensförsörjning i kommunal hälso- och sjukvård

Den kommunala hälso- och sjukvården har utmaningar när det gäller kompetensförsörjningen. När det gäller legitimerade yrkesgrupper har den kommunala hälso- och sjukvården i dag störst brist på grundutbildade och specialistutbildade sjuksköterskor. Därefter följer arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

Det krävs fler och tydligare karriärvägar samt fler fortbildnings- och utbildningsmöjligheter för de legitimerade yrkesgrupperna i syfte att göra det mer attraktivt för både läkare och andra legitimerade yrkesgrupper att arbeta i den kommunala hälso- och sjukvården.

Förslag på åtgärder som gör det mer attraktivt för läkare att arbeta i den kommunala hälso- och sjukvården

För att nå Socialstyrelsens riktvärde om 1 100 invånare per specialistläkare i allmänmedicin behövs ett ökat nationellt och regionalt fokus. Utredningen föreslår att det ska tillsättas en särskild utredare, som ska fungera som en nationell samordnare för att nå riktvärdet.

I denna utredning resoneras om två ytterligare faktorer som påverkar attraktiviteten för läkare att arbeta i den kommunala hälso- och sjukvården. En faktor är att patientjournaler är mer lätt åtkomliga än i dag. Den andra faktorn är att i ökad utsträckning arbeta mer teambaserat, det vill säga i multiprofessionella team. Det kräver ökade kunskaper om teamens sammansättning och arbetssätt. Att arbeta i team påverkar samtliga medarbetares möjligheter att utföra sina uppgifter på bästa möjliga sätt.

Förslag på åtgärder som gör det mer attraktivt för legitimerade yrkesgrupper att arbeta i den kommunala hälso- och sjukvården

Kompetensförsörjningen av legitimerade yrkesgrupper i kommunal hälso- och sjukvård har varit en utmaning under många år. Om kommunerna ska lyckas vända utvecklingen och om det ska bli mer attraktivt för alla yrkeskategorier att arbeta i kommunal hälso- och sjukvård behöver nya åtgärder prövas. Utredningen lämnar därför följande förslag:

- Att Socialstyrelsen ska utveckla en nationell ledarskapsutbildning anpassad för chefer inom den kommunala hälso- och sjukvården. Utbildningen bör vara nationell och enhetlig men samtidigt anpassas efter lokala förutsättningar.
- Att en försöksverksamhet med Magnetmodellen¹ i kommunal hälso- och sjukvård ska genomföras och följas upp.
- Att medel ska avsättas till kommuner för vidareutbildning av specialistsjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård.
- Att förslaget om ett Nationellt avtal för vårdvetenskaplig utbildning, lärande och forskning i sjuksköterskeutbildningen (VULF) ska genomföras. Dock med tillägget att avtalet även bör omfatta arbetsterapeut- och fysioterapeututbildningen.

En analys om införande av avancerad specialistsjuksköterska och ökade möjligheter till kontinuerlig fortbildning har genomförts av utredningen. De lämnar inte några förslag, utan bedömningen är att de ryms inom den pågående utredningen om Behörighet och yrkesreglering inom hälso- och sjukvården och tandvården Dir 2023:148.

Utredningen anser att kunskapsutveckling och forskning bör bli en naturlig del för de legitimerade yrkesutövarna även i den kommunala hälso- och sjukvården, på samma sätt som den i dag är inom andra delar av hälso- och sjukvården. Forskningsmiljöer i kommunal hälso- och sjukvård skulle kunna utveckla och förbättra kvaliteten i vården och skapa utvecklingsmöjligheter för professionerna. Inget förslag lämnas av utredningen på området.

Ärendets beredning

Ärendet har beretts inom avdelningen för stadsövergripande äldreomsorgsfrågor. Samverkan med de fackliga organisationerna

¹ Magnetmodellen handlar om att sjuksköterskors kompetens tillvaratas genom att omvårdnadskompetens finns i arbetsledningen, personaltäthet prioriteras och teamarbetet fungerar.

har skett i förvaltningsgruppen den 22 januari 2025. Kommunstyrelsens pensionärsråd har tagit del av ärendet den 21 januari 2025. Det för socialnämndens, äldrenämndens och överförmyndarnämndens gemensamma råd för funktionshinderfrågor den 16 januari 2025.

Jämställdhetsanalys

Förslagen i utredningen är könsneutralt utformat och förväntas inte få några negativa konsekvenser för jämställdheten.

Förvaltningens synpunkter och förslag

Äldreförvaltningen ställer sig positiv till de förslag som lämnas i utredningen. Flera av utredningens förslag hänvisar till tidigare betänkanden, utredningar och pågående utredningar.

Förvaltningen är positiva till att stärka befintliga strukturer för samverkan mellan region och kommun. Dels för att säkerställa läkarmedverkan och en fortsatt utveckling av den kommunala hälso- och sjukvården. Dagens ordning med regionerna som huvudmän för sjukvården bör inte ändras.

Förvaltningen ser att det finns en risk för oklarheter i ansvarsfördelning och att parallella sjukvårdsorganisationer byggs upp om läkare för patientnära kliniskt arbete anställs, anlitas eller finansieras i den egna kommunala hälso- och sjukvården. Det är bra att kommunerna får möjlighet att anställa läkare vid behov som extraordinära händelser eller vid förhöjd beredskap.

Förvaltningen ser positivt på förslaget att det ska införas ett formellt lagkrav på tillgång till medicinsk bedömning av sjuksköterska och läkare dygnet runt i den kommunala hälso- och sjukvården. Utredningens förslag att hur det praktiskt ska organiseras måste vara upp till varje kommun att bestämma är positivt. Det kan leda till att arbetssätt och kompetens kan behöva ses över nu när även omställningen till en god och nära vård och omsorg pågår. Det viktigaste är det finns rätt kompetens på rätt plats, och att vården inom både kommuner och regioner är god och patientsäker.

Förvaltningen ställer sig positiv till förslaget att det ska införas krav att det på ledningsnivå ska finnas en särskild ledningsansvarig för hälso- och sjukvård inom kommunen och regionen. Utredningen uppmärksammar möjligheten att MAS/MAR har kompetens som kan användas som särskild ledningsansvarig i kommunal hälso- och sjukvård. Ett liknande förslag har lämnats i den nationella planen för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.

Förvaltningen ser positivt på att Socialstyrelsen får uppdraget att ta fram en nationell ledarskapsutbildning anpassad för chefer inom den kommunala hälso- och sjukvården. Även detta förslag överensstämmer med nationella planen för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Ledarskap i den kommunala hälso- och sjukvården kräver kunskap och förståelse för kärnverksamheten, ledning, styrning och organisation samt att kunna relatera till strukturella, kulturella och politiska faktorer i sin omgivning.

Förvaltningen ser positivt på förslaget att medel ska avsättas till kommuner för vidareutbildning av specialistsjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård. Samtidigt pågår utredningen, behörighet och yrkesreglering inom hälso- och sjukvården och tandvården Dir 2023:148 här analyseras förändringar som kan behövas i regelverk och strukturer för reglerade yrken när det gäller specialistkompetenser och specialistutbildningar samt vidareutbildning och fortbildning inom hälso- och sjukvården och tandvården för att möta de utmaningar som dessa verksamheter står inför.

Karin Bülow
Förvaltningschef
Äldreförvaltningen

Jonna Hermansson
Avdelningschef
Äldreförvaltningen

Bilaga

1. Remiss – Betänkande av Utredningen om stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård (SOU 2024:72)

Attesterat av

Detta dokument har godkänts digitalt av följande personer:

Namn	Datum
Karin Bülow, Förvaltningschef	2025-01-02