



2025-03-12

Till Socialdepartementet
s.remissvar@regeringskansliet.se
s.sof@regeringskansliet.se
Dnr (S2024/01966)

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

Svenska Läkaresällskapet (SLS) är läkarkårens oberoende, vetenskapliga professionsorganisation, en ideell, partipolitiskt och fackligt obunden förening. Vårt syfte är att verka för förbättrad hälsa och sjukvård genom att främja vetenskap, utbildning, etik och kvalitet.

SLS har getts tillfälle att lämna synpunkter på *Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård (SOU 2024:72)*. I beredningen av remissen har vi fått in remissvar från SLS medlemsföreningar Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM) och Svensk Förening för Socialmedicin och Folkhälsa (SFSF) samt Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi (SSDV). Dessa yttranden bifogas i sin helhet.

Allmänt om betänkandet

SLS vill inledningsvis, precis som vi gjorde i vårt [remissvar till SOU 2022:41](#), framhålla vikten av att fortsätta arbetet för en stärkt primärvård med tillräckligt många specialister i allmänmedicin som kan ha en avgränsad lista, för en god relationskontinuitet. En läkare som känner sina patienter och sitt allmänmedicinska team (alltså de professioner som varje patient behöver stöd från) har förutsättningar att ta medicinskt helhetsansvar för sina patienter och bidra till samordning och planering av vård och omsorg. För att kunna erbjuda kvalificerad vård och kontinuitet och kunna arbeta hälsofrämjande och förebyggande måste primärvården stärkas, fast läkarkontakt realiseras och bristen på specialister i allmänmedicin åtgärdas. För att öka antalet specialister i allmänmedicin behöver det vara ett attraktivt yrkesval för läkare, där bland annat tid för professionell utveckling och kollegial kvalitetsdialog, stärkt forskningskultur, fler FoU-enheter och välfungerande processer för kunskapsspridning i primärvården kan bidra till stimulerande och attraktiva arbetsmiljöer.

När det gäller stärkt läkarmedverkan är utredningens grundläggande bedömning att den största potentialen 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**, och att stora organisatoriska förändringar eller översyn av huvudmannaskap för läkarinsatserna inte är ändamålsenligt. Utredningen menar att den snabbaste vägen för att säkra tillgången till läkare i den kommunala hälso- och sjukvården är att genomföra ett antal riktade åtgärder.

SLS välkomnar detta då vi delar bedömningen att stora organisatoriska förändringar inte är ändamålsenligt. Med det sagt har vi ändå några synpunkter på de lämnade förslagen, bland annat att försiktighet bör iakttas vid utformning av regler, även på föreskriftsnivå, för att undvika för detaljerade regler när det gäller läkarmedverkan i kommunal primärvård. Detaljerade regler kommer att fungera väl i vissa kontexter och mindre väl i andra. Det är vanligt att negativa effekter av regler slår hårdare där förutsättningarna redan är sämre. SFAM lyfter fram att det finns fördelar att låta distriktsköterskor arbeta i den regionala primärvården, alltså tillsammans med allmänläkare på vårdcentraler (såväl i privat som regional drift) så som i Stockholm, se bilaga.

En viktig förutsättning är balans mellan uppdrag och resurser.

4.1 Läkarmedverkan bör stärkas inom ramen för befintliga strukturer

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

Utredningens förslag:

- Genomför det redan lämnade förslaget från utredningen SOU 2022:41 om ett lagkrav på att regionen ska säkerställa att enskilda som är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården vid behov kan få en medicinsk bedömning av en läkare dygnet runt.
- Genomför på motsvarande sätt det redan lämnade förslaget från SOU 2022:41 om att kommunen ska säkerställa att enskilda som är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården vid behov kan få en medicinsk bedömning av en sjuksköterska dygnet runt.

SLS noterar att utredningen inte har formulerat något lagförslag utan hänvisar till förslag från den tidigare utredningen *Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer* (SOU 2022:41). Den utredningen hade mer omfattande förslag om lagreglering och föreslog ett nytt kap 13 a. i HSL. Det blir därför lite oklart hur lagregleringen nu föreslås se ut.

SLS hänvisar till vårt remissvar 2022-11-15 *Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer, SOU 2022:41, (S2022/03277)*. SLS poängterade att en fast läkarkontakt aldrig kan förväntas vara tillgänglig dygnet runt, året runt. Därför finns det risker med att driva linjen om tillgänglighet till fast läkarkontakt för hårt. Det viktiga är att det finns specialistutbildade läkare som är villiga att åta sig det medicinska helhetsansvaret för en begränsad grupp (en lista) av människor och vara deras fasta läkarkontakt över lång tid, och att detta kompletteras med en fungerande organisation med läkare i beredskap som vårdcentraler i ett geografiskt område hjälps åt att bemanna.

Med god tillgänglighet och kontinuitet till fast läkare under **dagtid** sjunker dessutom behovet av att uppsöka jourverksamheter ("Out Of Hours") och risken för akut inläggning på sjukhus minskar (se fig. 1.)

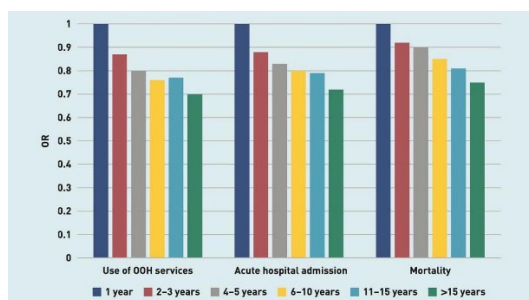


Figure 1. Associations between continuity measured as years with the same RGP and odds for use of OOH services, acute hospital admissions, and mortality during 2018.

OOH = out-of-hours. OR = odds ratio.

Fig. 1. [Sandvik et al, BJGP feb2022](#)

Självklart ska alla människor – oavsett ålder, socioekonomisk status eller bostadsort ha tillgång till medicinsk bedömning dygnet runt året runt. 1177 på telefon, ambulans, allmänläkare i beredskap, samt sjukhusens akutmottagningar och jourverksamheter är basen i akutsjukvården. I målbeskrivningen för ST i allmänmedicin finns kunskapsmål för att säkerställa nödvändig kompetens för att hantera beredskapsjournsuppdrag.

Tillgänglighet till medicinsk bedömning nattetid kan säkras genom samverkan mellan sjuksköterskor i kommunal primärvård, allmänläkare i beredskap och ambulans. Om en människa blir sjuk på jourtid kan en första bedömning göras av ambulans eller sjuksköterska i kommunen. Här vill vi som exempel hänvisa till hemsjukhuset i Borgholm: Om det inte behövs akut sjukhusvård direkt men det finns ett vårdbehov som kan hanteras dagtid, kan ambulansen boka hembesök av patientens fasta läkare dagen efter. På så vis stärker man möjligheten till trygghet och relationskontinuitet och samtidigt missar/fördröjer man inte akut behov av sjukhusvård.

SLS tillstyrker mot denna bakgrund förslaget om tillgång till läkare på primärvårdsnivå dygnet runt. Förslagsvis genom att regionen säkerställer att det finns allmänläkare i beredskap, med goda förutsättningar till samverkan med övrig jourverksamhet i vården och övrigt i samhället. Ambulans, socialjour och polis inräknade.

4.2 Avtalen om läkarmedverkan behöver stärkas

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

Utredningens förslag:

- Det bör införas ett nytt stycke i 16 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) som medger att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om läkarmedverkan.
- Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att meddela föreskrifter i enlighet med det föreslagna bemyndigandet. För att Socialstyrelsen ska få lov att meddela sådana föreskrifter ska det införas en ny paragraf i 8 kap. 4 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).
- Det är också enligt utredningen av betydelse att styrningen berör hur avtalen ska följas upp.

SLS vill framhålla vikten av att noggrant överväga vad som ska mätas för att inte riskera ta fokus från kärnverksamheten. Relevant uppföljning avseende medicinsk kvalitet kan även inbegripa professionell granskning av svärmätta utfall och faktorer, såsom via SLS modell *Hippokratesrevision*.

Exempelvis kan hantering av komplexa vårdbehov, som multisjuklighet och skörhet, behöva följas upp, liksom hur riksdagens prioriteringsplattform följs.

När det gäller *formerna för läkarmedverkan* vill vi även här hänvisa till SLS tidigare [remissvar till SOU 2022:41](#) då vi lyfte risker med detaljstyrning i lag. ”SLS ser risker med att detaljerat gå in och styra med lag vad läkare ska göra i kommunal primärvård. Det kan medföra risk för icke önskvärda effekter – särskilt om regleringen medför att det finns hinder för att utföra det man som professionell yrkesperson med medicinskt helhetsansvar bedömer är bäst för individen/patienten under rådande förutsättningar. Då minskar attraktiviteten i det läkararbete som så väl behöver utföras med kontinuitet och god tillgänglighet.”

SLS är positivt till att denna utredning inte föreslår detaljerad lagreglering om formerna för läkarmedverkan, **men vill lyfta** att inte heller föreskrifter bör bli för detaljerade ur detta perspektiv.

Utredningen nämner flera exempel som avtalen kan beröra bl a nämns riktlinjer för vilken typ av kompetens som normalt krävs av den som ska arbeta som läkare i den kommunala hälso- och sjukvården.

SLS anser att en fast läkarkontakt i primärvården ska vara specialist i allmänmedicin eller blivande specialist i allmänmedicin, för att de har den generalistkompetens som är mest lämpad för uppgiften, och att detta ska regleras. Detta har SLS tagit ställning till i skriften ”vem kan vara fast läkarkontakt i primärvården”, i vilken vi även skriver att en läkare med annan specialistkompetens än allmänmedicin ska kunna vara fast läkarkontakt i primärvården om hen har målsättningen att bli specialist i allmänmedicin (dubbelspecialisering).¹ Anledningen till att SLS tagit ställning i frågan om vem som kan vara fast läkare i primärvården är att vi vill bidra till en tydlig långsiktig riktning mot ett jämlikt och stabilt vård- och omsorgs-system.

SLS kan se att det finns fördelar med att specialister inom geriatrik eller internmedicin anlitas av kommuner för patientnära arbete i kommunal primärvård. Det skulle kunna bidra till att lösa kompetensförsörjningsproblem *kortsiktigt* i kommunal primärvård. Det är dock angeläget att noga beakta att kortsiktiga lösningar har en tendens att inte ta oss i önskvärd riktning, dvs i riktning mot ett system med hög tillgänglighet till kontinuitet med hög och långsiktigt ändamålsenlig kompetens, och att en konsekvens av att öppna upp för frivillighet för kommuner att anlita läkare andra än den fasta läkarkontakten som patienten har på vårdcentralen, kan få motsatt effekt än den avsedda.

Det är viktigt att uppdrag och resurser är i balans! Se även kommentarer från SFAM och SSDV.

4.6 Stärkt medicinsk kompetens på ledningsnivå

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

Utredningens förslag: Genomför de redan lämnade förslagen från utredningen SOU 2022:41 om lagkrav på:

- en ledningsansvarig för kommunal hälso- och sjukvård i alla kommuner, samt

¹ Läs mer: [”Fast läkarkontakt i primärvården – bedömningar och förslag”](#) Svenska Läkaresällskapet (2024). För fördjupning läs rapporten: [”Vem ska kunna vara fast läkarkontakt i primärvården?”](#) Svenska Läkaresällskapet (2024)

- en ledningsansvarig för planering, uppföljning och samordning av regionens hälso- och sjukvårdsinsatser i kommunerna.

SLS tillstyrker förslaget om ledningsansvarig, medicinskt ledningsansvarig, för primärvård i alla kommuner, **men SLS anser** att det ska vara en läkare med specialistkompetens som har denna roll. Det är ologiskt att läkarkompetens på strategisk nivå inte ska behövas i kommunal primärvård. Särskilt i en tid då allt mer avancerad vård flyttas ut till kommunerna. Läkaren är den som har det yttersta medicinska ansvaret för den enskilda patienten. Läkaren arbetar för en vårdgivare (region eller privat vårdgivare med avtal med region) och ska ansvara för vårdåtgärder som ska effektueras av en annan vårdgivare (kommun). För att säkerställa patientsäkerhet och jämn kvalitet behöver det därför finnas läkarkompetens med inflytande på strategisk nivå i kommunernas primärvårdsledning.

SLS tillstyrker även förslaget om medicinsk ledningsfunktion i regionen, **men SLS anser** till skillnad från utredningen att det även här ska framgå av författning vilken kompetens som krävs. **SLS anser** att funktionen ska innehas av läkare med för uppdraget lämplig specialistkompetens och att det ska regleras i författning, i likhet med att kompetensen för ledningsansvarig för kommunens primärvård föreslås regleras i författning.

SLS vill även lyfta fram att specialister i socialmedicin och folkhälsa har lämplig kompetens för strategisk planering och uppföljning av vård avsedd att nå särskilt utsatta/marginaliserade grupper. I områden där folkhälsoutmaningarna är stora, är det extra angeläget att kommunal och regional primärvård fungerar sömlöst. För det behövs fast läkarkontakt kompletterat av andra fasta kontakter i vård och omsorg som infrastruktur för personcentrerat arbete. Förankring i lokalsamhället och samordning med dess hälsofrämjande resurser är angeläget för utjämning av hälsoklyftor. Se även SFSF:s svar.

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

Utredningens förslag: Det ska inte vara förbjudet för en kommun att anställa läkare för patientnära kliniskt arbete i den kommunala hälso- och sjukvården. Möjligheten att anställa läkare ska vara frivillig. Samtidigt ska regionens grundläggande ansvar för läkarmedverkan kvarstå oinskränkt. Detta ska framgå av en ny bestämmelse i 12 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

SLS delade den förra utredningens bedömning att kommunernas möjlighet att utföra läkarinsatser inte bör utökas. SLS framförde att lägga över ansvaret för läkarinsatser på kommunerna skulle medföra att två huvudmän konkurrerar om att anställa samma läkarutbildade individer (som det råder brist på). Det skulle minska samhällets förmåga att erbjuda fast läkarkontakt till alla och därmed motverka syftet att stärka den kommunala primärvården. Bättre då att rigga för allmänmedicin i kommunernas primärvård (i ordinärt och särskilt boende) med allmänläkare från den regionalt finansierade primärvården.

I nu föreliggande utredning föreslås en frivillig möjlighet för en kommun att anställa läkare, huvudmannaskapet och den grundläggande ansvarsfördelningen mellan region och kommun ska kvarstå som i dag. Utredningen framhåller att den frivilliga möjligheten att anställa läkare *inte i någon del ska påverka regionernas grundläggande ansvar* för läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård.

SLS är positivt till att utredningen **inte** föreslår några större förändringar, och att regionen fortsatt ska huvudansvaret för läkarinsatserna i kommunens hälso- och sjukvård. Det som behövs är en förstärkning av primärvården så att vi får tillräckligt många specialister i allmänmedicin som kan ta ansvaret som fast läkarkontakt för en avgränsad lista. Optimalt är att organisera listansvar så att kontinuitet kan bibehållas då en människa skrivs in och kanske ut ur hemsjukvård i ordinärt boende. Vid flytt till särskilt boende är de organisatoriska förutsättningarna att säkerställa läkarkontinuitet enklast då boendet har en namngiven läkare knuten till avdelningen. Men patientens valfrihet enligt lag får givetvis inte begränsas.

SLS har svårt att se att de kortsiktiga fördelarna överväger risken för långsiktigt negativa effekter när det gäller förslaget om att öppna för kommuner att frivilligt anställa/anlita läkare, men utan att rucka på regionernas ansvar. Utredningen konstaterar att en kommunalt anlita läkare blir en *kompletterande eller parallell resurs* och att detta är ett faktum man får acceptera inom ramen för ett system som bygger på frivillighet. Utredningen konstaterar även att de modeller som presenteras inte är efterfrågade. **SLS ser gärna** att förslaget att öppna upp för frivillighet för kommuner att anlita läkare inte tas vidare.

7.1 Gör det mer attraktivt för läkare att arbeta i den kommunala hälso- och sjukvården

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

Utredningens förslag: Genomför det redan lämnade förslaget från Nationella vårdkompetensrådet om att tillsätta en nationell samordnare för att initiera, stödja och genomföra samordnade insatser i samverkan med Sveriges 21 regioner för att utveckla färdplaner och mål för hur riktvärdet om 1 100 invånare per specialistläkare i allmänmedicin i primärvården kan uppnås.

SLS anser, som ovan nämnts, att den fasta läkarkontakten i primärvården ska vara specialist i allmänmedicin eller blivande specialist i allmänmedicin, för att de har den generalistkompetens som är mest lämpad för uppgiften. **SLS anser** att detta ska regleras. **SLS anser** att en läkare med annan specialistkompetens än allmänmedicin ska kunna vara fast läkarkontakt i primärvården om hen har målsättningen att bli specialist i allmänmedicin (dubbelspecialisering).² Patienten ska dock kunna ha sin fasta läkarkontakt i primärvården och samtidigt utifrån sjukdomsbild och behov även ha kontinuerlig kontakt med en läkare inom den specialiserade vården som då är en kompletterande fast vårdkontakt för patienten.

SLS ser att kompetensförsörjningen inom allmänmedicin står inför stora utmaningar för att kunna möta riktvärde 1 100 invånare per fast läkarkontakt. Det är väldigt viktigt att arbeta systematiskt och långsiktigt med arbetsmiljöbefrämjande åtgärder som genom att öka attraktiviteten ökar andelen tillgängliga specialister som väljer att arbeta i primärvården. **SLS stödjer** därför förslaget om att utse en nationell samordnare med uppgift att stödja regionerna att nå riktvärdet 1/1 100. Liksom SFAM är SLS gärna behjälpliga med att hitta lämpliga kandidater till uppdraget.

² Läs mer: ["Fast läkarkontakt i primärvården – bedömningar och förslag"](#) Svenska Läkaresällskapet (2024). För fördjupning läs rapporten: ["Vem ska kunna vara fast läkarkontakt i primärvården?"](#) Svenska Läkaresällskapet (2024)

SLS vill lyfta fram att både utredningen Samordnat utveckling för god och nära vård och Nationella vårdkompetensrådet förslagit att staten under en övergångsperiod finansierar ST i allmänmedicin, vilket SLS är positivt till.

I vår rapport [*Vem ska kunna vara fast läkarkontakt i primärvården?*](#) (Svenska Läkaresällskapet 2024) utvecklar vi kompetensförsörjningsfrågan närmare.

För Svenska Läkaresällskapet

Catharina Ihre Lundgren
Ordförande

Susanna Althini
Ledamot i SLS nämnd

Bilagor:

Remissvar från SLS medlemsföreningar

- Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi
- Svensk Förening för Allmänmedicin
- Svensk Förening för Socialmedicin och Folkhälsa

18 februari 2025

Till:

Svenska Läkaresällskapet
c/o Susann Asplund

Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi (SSDV) skickar här synpunkter angående remissen **Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård (SOU 2024:72)**.

SSDV instämmer i syftet och huvudsakligen i förslagen. Att öka medicinsk kompetens på ledningsnivå är av stor vikt liksom att tillgång till patientjournal ska bli samlad för regional och kommunal vård. Detta kan bidra till effektivare arbetssätt och öka patientsäkerhet. SSDV kan dock se farhågan med att den totala läkarresursen kan påverkas och vill understryka vikten av att eventuella föreskrifter om avtal mellan regioner och kommuner ser till att regionernas andra läkarinsatser inte blir lidande.

Genom SSDV:s styrelse

Gunnthorunn Sigurdardottir
Vetenskaplig sekreterare

REMISSVAR
2025-02-11

Svenska Läkaresällskapet
Box 738
101 35 Stockholm

susann.asplund@sls.se

REMISSVAR – Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård – SOU 2024:72

SFAM instämmer i denna formulering:

”Utredningens grundläggande bedömning är att den största potentialen 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 vi inte vara ändamålsenligt.”

Dock med följande reservation: Det finns poänger med att, som i Stockholm, låta distriktssköterskorna och läkarna tillhöra samma (regionala) huvudman. De flesta regionerna gör inte så utan låter distriktssköterskorna vara anställda i kommunen. På sina ställen fungerar samarbetet läkare-sjuksköterska över huvudmannagränsen ändå bra, men samverkan, informationsutbyte och utvecklingsarbete försvåras och det innebär en större och godtycklig spridning i kvalitet. Vi anser att det vore bättre att distriktssköterskorna i hemsjukvården var anställda av regionen för att främja samarbetet och den medicinska kvaliteten.

Även denna formulering är rimlig:

”Vi 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, dels att regionerna ska garantera tillgång till medicinsk bedömning av läkare.”

Eftersom nedanstående möjlighet redan finns går det att göra mycket inom befintligt system. Verkar dock vara otydlighet i avtalsskrivningarna osv och därför låter det bra att Socialstyrelsen får i uppgift att ta fram mer enhetliga avtal.

”Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet har kommunen i dag rätt att på regionens bekostnad anlita en egen läkare.”

Vidare är regionens avtal med vårdgivarna underfinansierade och tillgodoser inte det faktiska medicinska behoven. Trösklarna till kommunala boenden har successivt höjts med åren, vilket innebär att när patienter väl skrivs in är de svårt multisjuka och har oftast endast kortare livslängd kvar. Beslut fattas på sociala faktorer och omsorgsbehov, medan sjuk- och omvårdnadsbehovet sällan tas i beaktande. De boende blir således allt äldre, har flera sjukdomar och oftast flera olika läkemedel. Skörhet, multisjuklighet, polyfarmaci, nedsatt kognitiv och kommunikativ förmåga och stort omsorgsbehov ger större vårdbehov och ställer högre krav på läkarinsatserna, vilket inte täcks av tilldelade resurser. Kort kvarstående livslängd innebär fler som vårdas i livets slutskede samt större omsättning på boendet, fler nya patienter att lära känna. Vårdplatsbrist på sjukhusen gör att mer åläggs att skötas i hemmet.

Årligen ska beslut om insatser för de boende omvärderas av biståndsbedömare (utan samråd med behandlade läkare) och trenden för de flesta boende är att de bedömes ha minskad omsorgsbehov med åren och får minskade insatser vilket klart försämrar patienternas förutsättningar. Oförmåga från kommunen att ge tillräcklig god omvårdnad efter behov gör att detta i stället uttrycks i psykiatriska o/e somatiska symptom vilket är svårt för omvårdnadspersonalen att hantera och bedöma - hamnar på läkarens bord. Sviktande hälsa skapar en isolering som förvärras av understimulans och ensamhetsproblematik på boendet - många är nedstämda och oroliga, detta byggs på med tiden då adekvata insatser uteblir och t o m minskas från kommunen varpå alltmer medikaliseras.

Avsaknad av gemensamt journalsystem försvårar samarbete och samordning, ställer högre krav på kompensatoriska (mer tidskrävande) strukturer och dubbelarbete för att säkerställa god patientsäkerhet.

Problemet med att det regionala uppdraget att stötta den kommunala sjukvården med läkarinsatser är så underfinansierat, och egentligen helt saknar öronmärkt tid/pengar, kan inte nog understrykas. Vårdcentralerna har så många parallella uppdrag, som var för sig pockar på mer uppmärksamhet än vad verksamheterna har kapacitet för, att hemsjukvård/säbo på många (de flesta) ställena innebär kompromissande och en inte oansenlig mängd etisk stress.

Följande är också en klok formulering eftersom det inte verkar finnas någon samordningsansvarig ledningsläkare på regionen för detta:

”Vi anser att det ska införas ett lagkrav på att en region ska ha en särskilt utsedd ledningsansvarig för planering, uppföljning och samordning av regionens hälso- och sjukvårdsinsatser i kommunerna. Det är fråga om en roll som inte bara ska beakta regionernas intressen, utan ta ett samlat ansvar för hela den regionala insatsen i kommunal hälso- och sjukvård.”

Bör också finnas på kommunsidan och då anser SFAM att det skall vara en läkare:

”Vi anser att det ska införas ett krav på att även kommunerna ska ha en särskild ledningsansvarig för kommunal hälso- och sjukvård. Utredningen uppmärksammar möjligheten att till denna roll använda sådan kompetens som redan finns i kommunerna.”

Rimlig avvägning med tanke på hur uppdraget är formulerat att det inte längre ska vara förbjudet att anställa kommunala läkare men att det fortsatt är regionens ansvar att tillhandahålla läkarinsatser till kommunal HSV.

Det här är ett mycket bra förslag och SFAM är gärna behjälpliga med att föreslå personer som skulle kunna vara aktuella för uppdraget:

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

Denna formulering både stämmer och inte. Teamarbete är inte en automatisk lösning på särskilt många problem, och resurskrävande. Floskelvarning. Det man som allmänläkare vill ha är ansvar för ett rimligt antal patienter i första hand. Sen vill man i den kommunala hälso- och sjukvården ha bra bemanning med omvårdnadspersonal i andra hand och rehabpersonal i tredje hand. Sen är det oundvikligt att man samarbetar med dessa men teambegreppet bör användas med försiktighet och det skall tydligt definieras vad man menar med detta.

”En annan faktor är att i ökad utsträckning arbeta teambaserat, det vill säga i multiprofessionella team. Detta kräver ökade kunskaper om teamens sammansättning och arbetssätt, vilket på sikt kan leda till en bättre arbetssituation för läkare i primärvården. Tryggheten i teamet påverkar samtliga medarbetares möjligheter att utföra sina uppgifter på bästa möjliga sätt.”

SFAM är kritiska till införandet av avancerade specialistsjuksköterskor i svensk sjukvård då det redan finns specialistsjuksköterskor och primärvårdens motsvarighet, distriktssköterskor. Att införa ytterligare en kategori kommer att förvirra och denna grups existens kommer att på kort eller lång sikt användas som ett argument för att minska på läkarbemanningen när rekryteringsproblem uppstår. Vi tycker för den delen inte heller att det ska finnas avancerade specialistallmänläkare utan är fullt nöjda med att det finns vanliga specialister i allmänmedicin.

Man kan inte införa nya yrkestitlar främst för att skapa karriärvägar och attraktiv arbetsmiljö för sjuksköterskor. Det måste betraktas som sekundära hänsyn. Den enda viktiga frågan är om det, totalt sett, blir bättre för patienterna och för systemet med fler olika kompetensnivåer, ökad fragmentering, otydlighet kring ansvarsgränser osv. Vi bedömer att svaret är ”nej”. Utvecklingen i till exempel Storbritannien förskräcker

Kontinuerlig fortbildning är vi dock självklart för.

”Vi analyserar frågorna om införandet av avancerad specialistsjuksköterska respektive ökade möjligheter till kontinuerlig fortbildning. Vi menar att båda frågorna är viktiga för att skapa fler karriärvägar, förstärka den medicinska kompetensen och öka attraktiviteten för att arbeta i kommunal hälso- och sjukvård.”

För Svensk förening för allmänmedicin

Magnus Isacson
ordförande SFAM

Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård (dir. 2023:98) – remissvar från Svensk förening för socialmedicin och folkhälsa

Definition: Med kommunal hälso- och sjukvård avses vård och behandling som genom kommunens åtagande och ansvar ges i särskilda boendeformer, i dagverksamhet och som hemsjukvård i ordinärt boende.

Vi stödjer det viktiga initiativet att stärka kommunernas möjlighet att säkerställa medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård, i båda angivna punkter.

- 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.

Vi tillstyrker

- att Regionen ska till kommunerna inom regionen avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet (hemsjukvård i ordinärt boende och i sådant särskilt boende socialtjänstlagen om en kommun ansvarar för vården)
- att Regionen ska med kommunerna inom regionen sluta avtal om detta
- att Socialstyrelsen ska utveckla en nationell ledarskapsutbildning anpassad för chefer inom den kommunala hälso- och sjukvården. Vi menar samtidigt att ett krav på dem som går denna utbildning/ får uppdrag som ledare eller chefer bör vara grundläggande medicinsk kompetens och erfarenhet av vård.

Vi vill särskilt betona vikten av att:

-Anställa en ledningsansvarig för kommunal hälso- och sjukvård i alla kommuner, samt en ledningsansvarig för planering, uppföljning och samordning av regionens hälso- och sjukvårdsinsatser i kommunerna.

Påpekande av vissa brister i utredningen

Vi menar att utredningen dessvärre **saknar beskrivning** av det viktigaste problemet inom vård och omsorg dvs *bristande finansiering med alltför svag grundbemanning och därav återkommande behov av vikarier vilka allt för ofta saknar adekvat kunskap om verksamheten och som inte alltid får adekvat introduktion.*

Vi menar därtill att **definitionen** av kommunal hälso- och sjukvård **är snäv**, då den enbart diskuterar patienter, särskilt multisjuka äldre, i vård och omsorg. Detta är en viktig målgrupp, men i kommunerna finns därtill omfattande, och tilltagande, komplexa problem med individer med samsjuklighet av medicinska och sociala problem, inklusive missbruk. Många bor i kommunens särskilda boendeformer eller deltar i dagverksamhet, men många bor hemma, inte sällan i utsatta ekonomiska och sociala sammanhang, och en del är dessutom hemlösa. Vi saknar en diskussion om denna grupp som idag är mycket eftersatt och lätt hamnar mellan stolarna.

Även hälsofrämjande och förebyggande insatser bör ingå i kommunal hälso- och sjukvård

Vi saknar också från definitionen av kommunal hälso- och sjukvård en diskussion om det nya kravet på primärvården med ett återupprättat områdesansvar och uppdrag att arbeta

sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser. Detta måste (och endast kan) ske i samverkan med den huvudman som ansvarar för människors vardag och livsvillkor dvs kommunerna.

Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete borde således också vara en del av **definitionen** av kommunal hälso- och sjukvård. I båda dessa områden krävs också läkarmedverkan med särskild kompetens, nämligen specialister i socialmedicin och folkhälsa. Specialistläkare i socialmedicin och folkhälsa skulle mycket väl kunna arbeta både med strategiska ledningsuppdrag och planering av kommunal hälso- och sjukvård samt delta i kommunal hälso- och sjukvård med fokus på samverkan över organisationsgränserna för patienter med komplexa behov.

Eftersom specialistläkare i socialmedicin och folkhälsa är särskilt utbildade i samverkan, implementering, kvalitetsförbättring och hälso- och sjukvårdens ledning- och organisation föreslår vi en särskild skrivning om socialmedicinska specialitetens roll i att förstärka den medicinska kompetensen i kommunal hälso- och sjukvård.

Styrelsen för Svensk förening för socialmedicin och folkhälsa

Margareta Kristensson & Anna Sarkadi