

2022-11-15

Gem 2022/0127

Till
Socialdepartementet

Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer, SOU 2022:41

Sveriges läkarförbund har fått rubricerat betänkande på remiss och vill framföra följande synpunkter.

Sammanfattning

Den kommunala äldreomsorgen omfattar idag allt fler äldre med komplexa vårdbehov och alltmer kvalificerade hälso- och sjukvårdsinsatser.

Läkarförbundet är positiva till flera av utredningens förslag. Bland annat uppskattar vi att utredningen så tydligt lyfter behovet av kontinuitet. Läkarförbundet kan inte nog poängtera vikten av en fast namngiven läkare, inte minst för äldre patienter.

Läkarförbundet är också positiva till de strukturella förslagen om stärkt medicinsk kompetens på huvudmannanivå, men vi hade önskat att utredningen i högre utsträckning adresserat äldreomsorgens stora problem med brist på medicinsk kompetens. Särskilt då det var en av orsakerna till att utredningen tillsattes. Framför allt hade vi önskat att utredningen fastslagit att den medicinskt ledningsansvarige i kommunens primärvård ska vara läkare med specialistkompetens i allmänmedicin eller geriatrik.

För att fullt ut förstå vad som är patientsäker hälso- och sjukvård, och kunna ta hänsyn till det vid planering, organisering och utveckling av kommunens primärvård krävs högre medicinsk kompetens. Det handlar om att kunna ta ansvar för dimensionering, kompetenskrav, behov av fortbildning och hantering av katastrofer som coronapandemin. Något som också påtalats av Coronakommissionen och IVO.

Här nedan följer våra synpunkter på mer detaljerad nivå.

7 Kvalitet – likvärdig den inom regional primärvård

Läkarförbundet är positiva till förslaget om en **årlig kvalitetsberättelse (7.3.13)** och en förordning om en **nationell ordning för kvalitetsutveckling inom äldreomsorg (7.3.18)**

(7.4.2). Läkarförbundet kan inte nog understryka vikten av att detta tillämpas, så att den kommunala primärvårdens kvalitet blir hög och likvärdig med regional primärvård.

Läkarförbundet anser att begreppet **förebyggande perspektiv (7.3.5)** kan behöva förtydligas i lagtexten, då det för äldre i första hand innebär att minska risker för undvikbara komplikationer och funktionsnedsättningar till exempel genom läkemedelsgenomgångar, anpassad fysisk träning och riskbedömningar och åtgärder för att minska fall.

7 / 8 Dimensionering

Utredningen föreslår att det ska införas en bestämmelse om att **det ska finnas den personal som behövs (7.3.15)**. Läkarförbundet hade önskat en högre tydlighet i förslaget, vad gäller krav på bemanningsnivå och på personalens kompetens/utbildning.

Utredningen lägger även ett annat förslag som rör dimensionering, om förtydligade **krav på regionernas läkarinsatser i den kommunala primärvården (8.7.1)** som är bra. Idag får den enskilda läkaren sällan de förutsättningar som krävs för att kunna ge en god och säker vård. Både professionerna och Socialstyrelsen har konstaterat att insatserna är otillräckliga för att möta vårdbehovet, utan att det resulterat i en bättre dimensionering. Det är därför viktigt att resultaten av dessa förslag följs upp och om brister finns, åtgärdas.

8 Stärkt primärvård i kommuner

Läkarförbundet tycker att det är bra att **primärvårdens ändrade uppdrag (8.1)** och **ansvarsfördelningen mellan huvudmännen (8.2)** utreds vidare.

Läkarförbundet ställer sig bakom utredningens bedömning att **kommunens möjlighet att utföra läkarinsatser (8.4.1)** inte bör ändras. I stället bör tydligare krav på läkarinsatserna regleras i hälso- och sjukvårdslagen.

Det kommunala primärvårdsansvaret (8.5.1) kan behöva tydliggöras ytterligare. Begreppet kommunal primärvård är bra för det tydliggör att den hälso- och sjukvård som kommunerna bedriver enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska ha samma kvalitet som regionernas primärvård, att invånare ska ha samma tillgång till högkvalitativ vård oavsett om de kan ta sig till en vård-/hälsocentral eller inte, samt att patienter i ordinarie boende kan ha minst lika stora behov av högkvalitativ och tillgänglig vård av team som personer på särskilt boende.

I takt med att alltmer vård kan utföras utanför en vårdinrättning och utanför den specialiserade vården, har primärvården vuxit, och därmed även kommunernas ansvar. Detta har skapat gränsdragningsproblematik där kommuner hävdar att vården som bedrivs utanför sjukhusen inte är primärvård utan specialistvård. Detta är en verklighet som begreppet kommunal primärvård inte ändrar på.

Kommunernas bedömning av vilka som omfattas av hemsjukvården, och därmed räknas som inskriven i **kommunens primärvård (8.5.4)** varierar. Läkarförbundet skulle därför gärna

se ett förtydligande om vilka personer som har rätt till kommunal primärvård för att minska risken för att tolkningar varierar mellan kommuner, och i praktiken blir beroende av ekonomisk situation och inte behov. Läkarförbundet önskar även att lagstiftaren överväger att även trygghetsboenden omfattas i kommunernas ansvar för primärvård. Detta för att förhindra att kommuner av ekonomiska orsaker omvandlar särskilda boenden till trygghetsboenden. Ett annat problem som kan behöva adresseras är att kommunen äger tolkningsföreträde, och kan komma till slutsatsen att en individ inte behöver hälso- och sjukvård, trots att individen själv och vederbörandes allmänläkare eller distriktssköterska är av motsatt uppfattning.

Läkarförbundet anser att det är bra med ett förtydligande av omfattningen av och formerna för **läkarmedverkan i kommunens primärvård (8.3.4, 8.4, 8.7)**, samt att kommunens **ansvar att säkerställa att det finns kompetens (8.3)** hos de som ska leda och utföra den kommunala omsorgen behöver stärkas.

Utredningens förslag om upprättande av **vårdplaner och patientkontrakt (8.6.2)** har ett värde, men det löser inte vårdens problem. Ett förslag som däremot skulle underlätta enormt vore **gemensam journalföring** över verksamheternas gränser. Det skulle minska behovet av dokumenterande och frigöra tid för vård samt öka patientsäkerheten. Läkarförbundet föreslår därför att lagstiftaren arbetar vidare med hur detta skulle kunna förverkligas.

8.7 Relationskontinuitet

Läkarförbundet är positiva till förslagen om **relationskontinuitet mellan patient och läkare (8.7.2)** samt att **regionen ska säkerställa att en särskild vårdgivare har fasta läkarkontakter (8.7.3) (8.7.4)**. Läkarförbundet kan inte nog betona vikten av en fast namngiven läkare, för att uppnå den kontinuitet som utredningen eftersträvar. Vi välkomnar även kravet att dessa vårdkontakter enligt lag ska ha en skyldighet att samarbeta med varandra.

Läkarförbundet är också positiva till förslagen om **medicinsk bedömning dygnet runt (8.7.5) (8.6.1)**. Med tanke på att det handlar om äldre personer, är det viktigt att det bland de läkare som man har tillgång till också finns specialister inom geriatrik.

8.8 Medicinsk kompetens på ledningsnivå

Läkarförbundet är positiva till förslaget om **Medicinsk ledningsfunktion i regionen (8.8.5)**

Läkarförbundet är däremot tveksamma till den lösning som utredningen föreslår kring **ledningsansvarig för primärvården (8.8.4)** samt att **medicinskt ansvarig sjuksköterska ersätts av ledningsansvarig (8.8.1)**.

Läkarförbundet anser att för att fullt ut säkerställa patientsäkerheten, bör rollen som medicinskt ledningsansvarig innehas av en läkare. Läkare har den högsta medicinska kompetensen, och skulle kunna bidra till bättre beslut rörande dimensionering,



kompetenskrav, behov av fortbildning och hantering av katastrofer som coronapandemin. I slutändan handlar det om bättre hälsa och minskade onödiga inläggningar på sjukhus för de äldre. Det behöver också bli tydligt vilket uppdrag och mandat den ledningsansvarige har för privata och offentliga utförare. Förslaget är dock ett steg i rätt riktning.

Vänliga hälsningar

Sofia Rydgren Stale
Ordförande
Sveriges läkarförbund

Sofia Karlsson
Utredare
Avdelningen för Politik och Profession

sofia.e.karlsson@slf.se
Direkttelefon 08-790 34 01