

Lagrådsremiss

Nästa steg för en god och nära vård

Regeringen överlämnar denna remiss till Lagrådet.

Stockholm den 5 juni 2025

Acko Ankarberg Johansson

Sarah Cagnell
(Socialdepartementet)

Lagrådsremissens huvudsakliga innehåll

Lagrådsremissen innehåller förslag till ändringar i tandvårdslagen (1985:125), patientlagen (2014:821) och hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Förslagen syftar huvudsakligen till att tydliggöra primärvårdens uppdrag och ansvar samt stärka tillgången till medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård. Förslagen innebär bl.a. följande:

- Det förtydligas att region och kommun ska samverka med varandra i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården.
- Det förtydligas att primärvården ska tillgodose både fysiska och psykiska vårdbehov.
- Det införs krav på att det ska finnas en medicinskt ansvarig för rehabilitering i kommunen.
- Det förtydligas att en medicinsk bedömning av läkare och sjuksköterska vid behov ska erbjudas oavsett tid på dygnet i kommunal hälso- och sjukvård.
- Termen hemsjukvård tas bort och ersätts i tillämpliga fall med hälso- och sjukvård i hemmet.
- Informationskravet i förhållande till patienter stärks. En patient ska få information om vem som är patientens fasta vårdkontakt och fasta läkarkontakt samt hur patienten kan komma i kontakt med sin fasta vårdkontakt, sin fasta läkarkontakt och sina vårdenheter.

Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2026.

Innehållsförteckning

1	Beslut	4
2	Lagtext	5
2.1	Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)	5
2.2	Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821)	6
2.3	Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)	7
3	Ärendet och dess beredning	12
4	Omställningen till en god och nära vård	13
4.1	Behovet av en omställning	13
4.2	Omställningen gäller hela hälso- och sjukvårdssystemet, med fokus på primärvården	13
4.3	Regeringens arbete för att främja och stödja omställningen	15
4.4	Omställningsarbetet kräver uthållighet	17
4.5	En väl fungerande kommunal hälso- och sjukvård är avgörande för att nå omställningens mål	20
5	Förtydligande om att regionen och kommunerna ska samverka	24
6	Förtydligande om att primärvården ska tillgodose både fysiska och psykiska vårdbehov	25
7	Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ska finnas i kommunen	30
8	Tillgång till medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård	38
8.1	Dessa patientgrupper ska omfattas av förslagen om tillgång till medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård	38
8.2	Förtydligande om medicinsk bedömning av en sjuksköterska vid behov oavsett tid på dygnet i kommunal hälso- och sjukvård	40
8.3	Förtydligande om medicinsk bedömning av en läkare vid behov oavsett tid på dygnet i kommunal hälso- och sjukvård	44
8.4	Fast vårdkontakt i kommunal hälso- och sjukvård	47
8.5	Uppgifter för fast läkarkontakt till den som får kommunal hälso- och sjukvård	53
9	Termen hemsjukvård tas bort	56
10	Stärkt informationskrav	58
11	Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser	61
12	Konsekvenser	62
12.1	Konsekvenser för patienter och en jämlik vård	62
12.2	Konsekvenser för barn	63

12.3	Konsekvenser för det kommunala självstyret.....	63
12.4	Ekonomiska konsekvenser	65
12.5	Konsekvenser för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården	67
12.6	Konsekvenser för företag som är vårdgivare.....	69
12.7	Övriga konsekvenser	69
13	Författningskommentar.....	70
13.1	Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)	70
13.2	Förslaget till lag om ändring i patientlagen (2014:821)	70
13.3	Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)	71
Bilaga 1	Sammanfattning av betänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19)	78
Bilaga 2	Betänkandets lagförslag i relevanta delar	88
Bilaga 3	Förteckning över remissinstanserna	94
Bilaga 4	Sammanfattning av betänkandet God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa (SOU 2021:6)	96
Bilaga 5	Betänkandets lagförslag.....	106
Bilaga 6	Förteckning över remissinstanserna	107
Bilaga 7	Sammanfattning av betänkandet Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram (SOU 2022:22).....	108
Bilaga 8	Betänkandets lagförslag i relevanta delar	124
Bilaga 9	Förteckning över remissinstanserna	126
Bilaga 10	Sammanfattning av betänkandet Nästa steg Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer (SOU 2022:41).....	127
Bilaga 11	Betänkandets lagförslag i relevanta delar	134
Bilaga 12	Förteckning över remissinstanserna	142

1 Beslut

Regeringen har beslutat att inhämta Lagrådets yttrande över förslag till

1. lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125),
2. lag om ändring i patientlagen (2014:821),
3. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

2 Lagtext

Regeringen har följande förslag till lagtext.

2.1 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

Härigenom föreskrivs att 8 a § tandvårdslagen (1985:125) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

8 a §¹

Vid tillämpningen av 8 § ska regionen särskilt se till att uppsökande verksamhet bedrivs bland dem som

1. omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, eller

2. har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som

a) omfattas av en kommuns ansvar för hälso- och sjukvård enligt 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30),

b) får hälso- och sjukvård i hemmet (*hemsjukvård*), eller

c) är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård eller omsorg som personer som omfattas av 2 a eller 2 b *ovan*.

Regionen ska också se till att nödvändig tandvård erbjuds patienter som avses i första stycket.

Regionen ska vidare se till att tandvård kan erbjudas

1. dem som har behov av särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid, och

2. dem som har stora behov av tandvård på grund av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2026.

¹ Senaste lydelse 2019:860.

2.2 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821)

Härigenom föreskrivs att 3 kap. 2 § och 6 kap. 2 § patientlagen (2014:821) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 kap.

2 §¹

Patienten ska även få information om

1. möjligheten att välja behandlingsalternativ samt vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård,
2. regionens elektroniska system för listning av patienter hos utförare,
3. möjligheten att välja och få tillgång till en fast läkarkontakt,
4. möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt,

*5. vem som är patientens fasta vårdkontakt och fasta läkarkontakt,
6. hur patienten kan komma i kontakt med sin fasta vårdkontakt, sin fasta läkarkontakt och sina vårdenheter,*

5. vårdgarantin, och

6. möjligheten att hos Försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller i Schweiz.

7. vårdgarantin, och

8. möjligheten att få upplysningar hos Försäkringskassan om vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller i Schweiz.

6 kap.

2 §

En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

När det gäller en patient som får kommunal hälso- och sjukvård i sådant boende eller sådan bostad som anges i 12 kap. 1 eller 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska kommunen utse en fast vårdkontakt om patienten begär det eller om det inte är uppenbart obehövligt.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2026.

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

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

dels att 7 kap. 7 §, 8 kap. 8 §, 11 kap. 3 och 4 §§, 12 kap. 2 och 4 §§, 13 a kap. 1 §, 14 kap. 1 och 2 §§ och 16 kap. 1 § ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas fyra nya paragrafer, 4 kap. 2 a §, 7 kap. 3 d §, 8 kap. 2 a § och 12 kap. 3 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

4 kap.

2 a §

Verksamhetschefen ska utse en fast vårdkontakt enligt vad som anges i 6 kap. 2 § patientlagen (2014:821).

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om uppgifter och kompetens för sådan fast vårdkontakt som utses enligt 6 kap. 2 § andra stycket patientlagen.

7 kap.

3 d §

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om uppgifter för sådan fast läkarkontakt som utses till en patient som får kommunal hälso- och sjukvård i sådant boende eller sådan bostad som anges i 12 kap. 1 eller 2 §.

7 §¹

I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.

I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen samverka med *kommuner och andra* samhällsorgan *samt med* organisationer och vårdgivare.

8 kap.

2 a §

Regionen ska vid behov erbjuda en medicinsk bedömning av läkare oavsett tid på dygnet till den som får kommunal hälso- och sjukvård i

¹ Senaste lydelse 2019:973.

sådant boende eller sådan bostad som anges i 12 kap. 1 eller 2 §.

8 §²

Regionen får erbjuda läkemedel utan kostnad till den som får hälso- och sjukvård i hemmet (*hemsjukvård*).

Regionen får erbjuda läkemedel utan kostnad till den som får hälso- och sjukvård i hemmet.

11 kap.

3 §

I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska kommunen samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.

I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska kommunen samverka med *regionen och andra* samhällsorgan *samt med* organisationer och vårdgivare.

4 §³

Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer, *och som inte uteslutande omfattar rehabilitering*, ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering, får en fysioterapeut eller en arbetsterapeut fullgöra de uppgifter som åligger en medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Inom ett verksamhetsområde som omfattar rehabilitering, ska det finnas en medicinskt ansvarig för rehabilitering, som ska vara fysioterapeut eller arbetsterapeut.

Första och andra styckena gäller sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som avses i 12 kap. 1 och 2 §§ i en kommun som inte ingår i en region, om det i verksamheten inte finns någon läkare.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om ansvar och uppgifter för personal som avses i första och andra styckena.

Lydelse enligt SFS 2025:446

Föreslagen lydelse

12 kap.

2 §⁴

Kommunen får erbjuda den som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet (*hemsjukvård*) i ordinärt boende och i sådan särskild boendeform som avses i 8 kap. 4 §

Kommunen får erbjuda den som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende och i sådan särskild boendeform som avses i 8 kap. 4 §

² Senaste lydelse 2019:973.

³ Senaste lydelse 2019:973.

⁴ Senaste lydelse 2025:446.

andra stycket socialtjänstlagen (2025:400).

andra stycket socialtjänstlagen (2025:400).

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 a §

Kommunen ska vid behov erbjuda en medicinsk bedömning av sjuksköterska oavsett tid på dygnet till den som får kommunal hälso- och sjukvård i sådant boende eller sådan bostad som anges i 1 eller 2 §.

Lydelse enligt SFS 2025:446

Föreslagen lydelse

4 §⁵

Regionen får på framställning av en kommun inom regionen erbjuda läkemedel utan kostnad ur läkemedelsförråd till den som

1. bor i en sådan särskild boendeform som avses i 8 kap. 4 § första stycket socialtjänstlagen (2025:400), eller

2. får *hemsjukvård* genom kommunens försorg.

Regionen svarar för kostnaderna för läkemedelsförråden.

Regionen får på framställning av en kommun inom regionen erbjuda läkemedel utan kostnad ur läkemedelsförråd till den som

1. bor i en sådan särskild boendeform som avses i 8 kap. 4 § första stycket socialtjänstlagen (2025:400), eller

2. får *hälso- och sjukvård i hemmet* genom kommunens försorg.

Regionen svarar för kostnaderna för läkemedel som rekvireras till

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

13 a kap.

1 §⁶

Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt

1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov,

2. se till att vården är lätt tillgänglig,

3. tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,

4. tillhandahålla rehabiliterande insatser utifrån patientens individuella behov och förutsättningar,

1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande *fysiska och psykiska* vårdbehov,

⁵ Senaste lydelse 2025:446.

⁶ Senaste lydelse 2023:37.

5. samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och
6. möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

Lydelse enligt SFS 2025:446

Föreslagen lydelse

14 kap.

1 §⁷

Regionen får till en kommun inom regionen överlåta skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet (*hemsjukvård*) i ordinärt boende och i sådan särskild boendeform som avses i 8 kap. 4 § andra stycket socialtjänstlagen (2025:400), om regionen och kommunen kommer överens om det. Överenskommelsen får inte avse ansvar för hälso- och sjukvård som ges av läkare. Överenskommelsen får även avse ansvar för sådana förbrukningsartiklar som avses i 8 kap. 9 §.

Regionen får lämna sådant ekonomiskt bidrag till kommunen som motiveras av överlåtelsen.

Regionen får till en kommun inom regionen överlåta skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende och i sådan särskild boendeform som avses i 8 kap. 4 § andra stycket socialtjänstlagen (2025:400), om regionen och kommunen kommer överens om det. Överenskommelsen får inte avse ansvar för hälso- och sjukvård som ges av läkare. Överenskommelsen får även avse ansvar för sådana förbrukningsartiklar som avses i 8 kap. 9 §.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 §⁸

Om samtliga kommuner inom en regions område ingår i en överlåtelse av ansvar för *hemsjukvård* enligt 1 § och om det behövs för kostnadsutjämning mellan kommunerna, får kommunerna lämna ekonomiskt bidrag till varandra.

Om samtliga kommuner inom en regions område ingår i en överlåtelse av ansvar för *hälso- och sjukvård i hemmet* enligt 1 § och om det behövs för kostnadsutjämning mellan kommunerna, får kommunerna lämna ekonomiskt bidrag till varandra.

Lydelse enligt SFS 2025:446

Föreslagen lydelse

16 kap.

1 §⁹

Regionen ska till kommunerna inom regionen avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso-

Regionen ska till kommunerna inom regionen avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso-

⁷ Senaste lydelse 2025:446.

⁸ Senaste lydelse 2019:973.

⁹ Senaste lydelse 2025:446.

och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet enligt 12 kap. 1 §. Detsamma gäller *hemsjukvård* i ordinärt boende och i sådan särskild boendeform som avses i 8 kap. 4 § andra stycket socialtjänstlagen (2025:400), om en kommun ansvarar för vården enligt 14 kap. 1 §.

Regionen ska med kommunerna inom regionen *sluta avtal* om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan.

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.

och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet enligt 12 kap. 1 §. Detsamma gäller *hälso- och sjukvård i hemmet* i ordinärt boende och i sådan särskild boendeform som avses i 8 kap. 4 § andra stycket socialtjänstlagen (2025:400), om en kommun ansvarar för vården enligt 14 kap. 1 §.

Regionen ska *sluta avtal* med kommunerna inom regionen om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2026.

3 Ärendet och dess beredning

Regeringen beslutade den 2 mars 2017 att ge en särskild utredare i uppdrag att utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården (dir. 2017:24). Utredningen, som tog namnet Samordnad utveckling för god och nära vård, överlämnade i mars 2020 delbetänkandet (SOU 2020:19) God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. En sammanfattning av betänkandet finns i *bilaga 1*. Betänkandets lagförslag i relevanta delar finns i *bilaga 2*. En förteckning över remissinstanserna finns i *bilaga 3*. Remissvaren finns tillgängliga i Socialdepartementet (S2020/02841). Utredningen överlämnade i januari 2021 betänkandet God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa (SOU 2021:6). En sammanfattning av betänkandet finns i *bilaga 4*. Betänkandets lagförslag finns i *bilaga 5*. En förteckning över remissinstanserna finns i *bilaga 6*. Remissvaren finns tillgängliga i Socialdepartementet (S2021/00866).

Regeringen beslutade den 13 augusti 2020 att tillsätta en kommitté i form av en delegation med uppdrag att verka för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården, med fokus på kortare väntetider (dir. 2020:81). Delegationen, som tog namnet Delegation för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (Tillgänglighetsdelegationen), överlämnade i maj 2022 slutbetänkandet Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram (SOU 2022:22). En sammanfattning av betänkandet finns i *bilaga 7*. Betänkandets lagförslag i relevanta delar finns i *bilaga 8*. En förteckning över remissinstanserna finns i *bilaga 9*. Remissvaren finns tillgängliga i Socialdepartementet (S2022/02635).

Regeringen beslutade den 22 december 2020 att ge en särskild utredare i uppdrag att föreslå en äldreomsorgslag samt överväga och vid behov lämna förslag som stärker tillgången till medicinsk kompetens inom äldreomsorgen (dir. 2020:142). Utredningen, som tog namnet Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner, överlämnade i juni 2022 betänkandet Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer (SOU 2022:41). En sammanfattning av betänkandet finns i *bilaga 10*. Betänkandets lagförslag i relevanta delar finns i *bilaga 11*. En förteckning över remissinstanserna finns i *bilaga 12*. Remissvaren finns tillgängliga i Socialdepartementet (S2022/03277).

I denna lagrådsremiss behandlas förslaget om att begreppet hemsjukvård ersätts i lagstiftning med ”hälso- och sjukvård i hemmet” från betänkandet SOU 2020:19, förslaget om att det ska synliggöras i lag att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa från betänkandet SOU 2021:6 och förslaget om att informationskravet ska utökas från betänkandet SOU 2022:22. Vidare behandlas bedömningen om att kraven på den kommunala hälso- och sjukvården har förändrats samt förslagen om förtydligande om att regionen och kommunerna ska samverka, stärkt medicinsk kompetens inom rehabilitering på vårdgivarnivå, medicinsk bedömning av sjuksköterska dygnet runt,

medicinsk bedömning av läkare dygnet runt, fast vårdkontakt i kommunen och uppgifter för alla fasta läkarkontakter från betänkandet SOU 2022:41.

4 Omställningen till en god och nära vård

4.1 Behovet av en omställning

Nuvarande organisering av hälso- och sjukvårdssystemet i Sverige fungerar inte fullt ut för att hantera befolkningens behov av hälso- och sjukvård. Svensk hälso- och sjukvård uppvisar goda medicinska resultat i internationella jämförelser. Samtidigt visar olika undersökningar att vården inte lever upp till människors förväntningar avseende bl.a. tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet. Detta har beskrivits mer ingående bl.a. av utredningarna En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:14) och Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01).

Den medicinska utvecklingen har avsevärt förbättrat möjligheterna att behandla och bota många medicinska tillstånd. Tillsammans med den demografiska utvecklingen att människor lever längre har detta förändrat människors behov av hälso- och sjukvård. Allt fler människor lever i dag med kroniska sjukdomar och har behov av vårdinsatser som sträcker sig över lång tid och med stöd av många olika kompetenser inom hälso- och sjukvården. Rehabilitering och habilitering, som tidigare rörde mindre grupper, är nu en del av många patienters vårdprocesser. Psykisk ohälsa i befolkningen är ytterligare ett exempel som tidigare var mindre beskrivet eller mindre vanligt förekommande. Utvecklingen medför även krav på en välutvecklad samverkan mellan olika delar av hälso- och sjukvården och med andra berörda aktörer som t.ex. socialtjänsten.

Hälso- och sjukvårdssystemet behöver anpassas för att möta nuvarande och framtida utmaningar. En omställning av hälso- och sjukvården har därför påbörjats utifrån den färdplan som togs fram av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.

4.2 Omställningen gäller hela hälso- och sjukvårdssystemet, med fokus på primärvården

Målbilden för omställningen beskrivs i propositionen Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – En primärvårdsreform (prop. 2019/20:164). Av propositionen framgår att hälso- och sjukvården bör ställa om så att primärvården är navet i vården och samspelar med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten. Målet med omställningen av hälso- och sjukvården är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska uppnås. En utveckling mot en mer nära vård med fokus på primärvården syftar vidare till att kunna möta de utmaningar

som hälso- och sjukvården står inför och att använda de gemensamma resurserna mer effektivt (prop. 2019/20:164 s. 32).

Omställningen omfattar hela hälso- och sjukvårdssystemet, såväl regioner och kommuner som alla som verkar inom detta system. Det är ett komplext system med flera olika beslutsnivåer, vårdgivare, professioner samt alla dem vars hälso- och sjukvårdsbehov ska mötas. En utbyggd primärvård är samtidigt en förutsättning för en omställning av systemet i sin helhet. Med en utbyggd primärvård som har rätt kompetens och resurser att omhänderta patienter på primärvårdsnivå kan den specialiserade vården användas mer effektivt för de patienter som behöver dess specifika kompetens och resurser. Omställningen har därför fokus på primärvården och regeringen har tidigare lagt fast tre mål för primärvårdsreformen (prop. 2019/20:164):

1. Tillgängligheten till primärvården ska öka.
2. En mer delaktig patient och en personcentrerad vård.
3. Kontinuiteten i primärvården ska öka.

Regeringen konstaterar att dessa mål fortsatt är relevanta för primärvårdens del, och att fokus på att bygga ut primärvården behöver kvarstå. Att öka tillgängligheten och kontinuiteten bedöms dock vara av stor vikt även i den specialiserade vården, och för att få ett fungerande system som helhet. I budgetpropositionen för 2025 anges att vårdkapaciteten och tillgängligheten behöver öka för att stärka patientens ställning, samt att det behövs såväl fler vårdplatser i den specialiserade vården som en utbyggd primärvård för att hälso- och sjukvårdssystemet ska fungera effektivt och vårdkapaciteten öka (prop. 2024/25:1 utg.omr. 9 avsnitt 3.5). Vikten av att öka kontinuiteten även i den specialiserade vården lyfts i direktiven till utredningen Behovsstyrd vård, som uppdrar åt en särskild utredare att bl.a. lämna förslag som ökar kontinuiteten inom den specialiserade vården (dir 2024:50).

Regeringen finner därför att även målen bör omfatta hela hälso- och sjukvårdssystemet. Det vill säga både primärvården och den specialiserade hälso- och sjukvården. Inriktningsmålen bör därför justeras och formuleras enligt följande:

1. Tillgängligheten till primärvården och den specialiserade vården ska öka.
2. En mer delaktig patient och en personcentrerad vård ska uppnås.
3. Kontinuiteten i primärvården och den specialiserade vården ska öka.

Att genomföra en samordnad omställning mot målbilden (prop. 2019/20:164 s. 32) kräver ett långsiktigt och uthålligt utvecklingsarbete i alla delar av hälso- och sjukvårdssystemet. Flera aktörer har olika åtaganden och roller i omställningen. Regioner och kommuner har som huvudmän för hälso- och sjukvården en avgörande roll i att få till stånd omställningen. Det är i deras styrning, planering, budgetering, organisering, utförande och uppföljning av verksamheter som förändringar behöver ske. Centralt är att resurser fördelas så att de understöder omställningen. Omställningsarbetet behöver dock ske i nära dialog med såväl patienter som vårdens medarbetare. Att lära av patienter och deras närstående och låta deras behov, preferenser och resurser vara en utgångspunkt i utformningen och utvecklingen av hälso- och sjukvården

är en förutsättning för att skapa en hälso- och sjukvård som möter befolkningens behov och förväntningar. Lika avgörande är det att systematiskt involvera medarbetarna, och använda all den kunskap och de goda idéer för utveckling av vården som finns hos dem som varje dag jobbar i hälso- och sjukvårdens verksamheter.

4.3 Regeringens arbete för att främja och stödja omställningen

Regeringen och de statliga myndigheterna har en viktig roll i att stödja omställningen till en god och nära vård genom att peka ut den övergripande målbilden och ge hälso- och sjukvårdens huvudmän goda förutsättningar att genomdriva nödvändigt förändringsarbete. Arbetet för att nå målbilden har varit långvarigt och konsekvent och regeringen har arbetat aktivt för att stödja omställningen till en mer integrerad hälso- och sjukvård där primärvården utgör navet.

De första stegen togs genom propositionen Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti (prop. 2017/18:83). En bestämmelse infördes i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, om att vården ska ges nära befolkningen men att vården i vissa fall får koncentreras geografiskt. Vidare infördes en stärkt och mer behovsstyrd vårdgaranti i primärvården, vilken innebär att den inte längre omfattar endast läkarbesök utan den enskilde garanteras att få en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården. En förnyad definition av primärvården samt ett lagstadgat grunduppdrag för primärvården infördes 2021 (prop. 2019/20:164). I propositionen Ökad kontroll i hälso- och sjukvården (prop. 2021/22:260) föreslogs att även rehabiliterande insatser ska ingå i primärvårdens grunduppdrag. Den 25 januari 2023 biföll riksdagen propositionen (bet. 2022/23:SoU5, rskr. 2022/23:116). Ändringarna trädde i kraft den 1 januari 2024 och därmed gäller enligt 13 a kap. 1 § HSL att regioner och kommuner, inom ramen för verksamhet som utgör primärvård, särskilt ska

1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov,
2. se till att vården är lätt tillgänglig,
3. tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,
4. tillhandahålla rehabiliterande insatser utifrån patientens individuella behov och förutsättningar,
5. samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och
6. möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

Genom propositionen Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform (prop. 2021/22:72) togs nya steg i reformarbetet. Den 1 juli 2022 trädde nya lagändringar i kraft som bl.a. innebär att valet av enskilda personers vårdcentraler och motsvarande vårdenheter ska ske genom listning på förhand. Listning ska få göras enbart hos utförare vars

verksamhet bedrivs i en regions egen regi eller som har ett avtal med en region. Byte av utförare ska få göras högst två gånger under en period om ett år, om det inte finns särskilda skäl. Vårdgarantin gäller enbart där den enskilde är listad.

Sedan 2019 har även omfattande ekonomiskt stöd för omställningen utgått från staten till huvudmännen. Sedan 2020 avsätts årligen 3 miljarder kronor specifikt för omställningsarbetet. Under åren 2024–2026 gör regeringen dessutom en förstärkt satsning på en utbyggd primärvård motsvarande nästan 1 miljard kronor fördelat över de tre åren. Utöver detta bidrar många av regeringens satsningar till omställningen på systemnivå. Det handlar bl.a. om satsningar på ökad vårdkapacitet och tillgänglighet (cirka 7,5 miljarder kronor under 2025) och psykisk hälsa och suicidprevention (3,6 miljarder kronor under 2025) samt arbetet med att reformera den digitala infrastrukturen i vården (123 miljoner kronor under 2025).

Stödet till huvudmännen för omställningen har under åren 2019–2024 fördelats genom årliga överenskommelser om god och nära vård mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Från och med 2025 fördelas stödet till huvudmännen i stället genom förordningen (2024:1253) om statsbidrag till kommuner och regioner för utveckling av en god och nära vård. Syftet med övergången till förordning är bl.a. att skapa en ökad tydlighet och långsiktighet i hur staten riktar och tillför dessa medel. Övergången är vidare i linje med Tidöavtalet, som är en överenskommelse mellan Sverigedemokraterna, Moderaterna, Kristdemokraterna och Liberalerna, och dess punkt om ökad styrning och uppföljning av statliga medel inom ramen för hälso- och sjukvården.

När vård och behandling i högre grad flyttar ut från sjukhusen till primärvård och övrig öppen vård behöver även forskning i högre grad bedrivas utanför universitetssjukhusen och kunna följa patienters flöden genom hela vårdkedjan. Det finns även behov av forsknings- och utvecklingsarbete för att kunna följa och understödja omställningen. Mot denna bakgrund har regeringen aviserat två parallella satsningar i Forsknings- och innovationspolitiska propositionen 2024 (prop. 2024/25:60). En fortsatt och förstärkt satsning via Vetenskapsrådet för att stärka upp primärvårdens förutsättningar för forskning samt en ny satsning via Forte som är fokuserad på organisering för och effekter av omställningen.

Regeringen har vidare gett olika myndigheter särskilda uppdrag att arbeta med omställningen, inom ramen för sina respektive uppgifter. Socialstyrelsen har ett långsiktigt uppdrag att genomföra insatser för att främja, stödja och följa upp omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård (S2023/01930). Uppdraget ska slutredovisas senast den 30 augusti 2028. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har haft i uppdrag att utvärdera omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård ur ett system- och patientperspektiv (S2020/03320) och har i uppdrag att följa förekomsten av fast läkarkontakt i hela befolkningen (S2024/01007). Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 maj 2027. Myndigheten har även nyligen fått i uppdrag att utvärdera lagstiftningen om primärvårdens grunduppdrag (S2024/02156).

En systematisk uppföljning av primärvården, den del av hälso- och sjukvårdssystemet som möter flest patienter, behövs för att kunna följa upp hälso- och sjukvårdslagens mål om en god hälsa och en vård på lika

villkor. I dagsläget är dock insamlingen av uppgifter till patientregistret avgränsad till slutenvården och vissa delar av öppenvården. Primärvården har inte heller i övrigt varit föremål för systematisk uppföljning på nationell nivå på samma sätt som slutenvården och det saknas i stor utsträckning underlag för att beskriva och utvärdera utvecklingen av primärvården. Mot denna bakgrund beslutade regeringen den 4 april 2023 att ge en särskild utredare i uppdrag att se över regelverket för de nationella hälsodataregistren och bl.a. föreslå regler för insamling av hälsodata från primärvården (dir. 2023:48). Utredningen lämnade den 30 augusti 2024 sitt betänkande Ett nytt regelverk för hälsodataregister (SOU 2024:57). Utredningen föreslår bl.a. en utökad insamling av uppgifter till patientregistret hos Socialstyrelsen. Förslaget omfattar uppgifter om patienters vårdkontakter i primärvården och i den specialiserade somatiska öppenvården. Uppgiftsinsamlingen föreslås omfatta både offentliga och privata vårdgivare. Insamlingen föreslås utgå från behovet av en uppgift, oavsett vid vilken vårdkontakt uppgiften har registrerats och vilken hälso- och sjukvårdspersonal en patient har träffat. Förslagen har remitterats och bereds i Regeringskansliet.

4.4 Omställningsarbetet kräver uthållighet

Att ställa om ett hälso- och sjukvårdssystem, som i sin tur består av flera mindre system som består av en mängd olika aktörer och intressenter, är en komplex process. En sådan omställning är också svår att följa upp då resultat delvis förväntas uppstå i andra delar av systemet än de där insatserna görs. Att omställningen förutsätter kulturförändringar och logikskiftet är ytterligare en försvårande faktor avseende möjligheten till uppföljning. Befintliga system för uppföljning klarar inte av att fånga in dessa aspekter på ett ändamålsenligt sätt. Det finns inte några självklara svar på hur långt omställningen har kommit, eller hur långt den borde ha kommit. Känt är dock att nyttan ofta uppstår sent i processen när man ställer om komplexa system. Det är först när man uppnår breddinförande av nya arbetssätt och ny logik (tankelära inom visst område) etableras som nyttorna faller ut. Detta behöver beaktas när man tar del av de uppföljningar som hittills gjorts. Uppföljningarna utgör likväl en viktig grund för att identifiera områden och aspekter som olika aktörer behöver lägga fokus på i det fortsatta omställningsarbetet.

Brett stöd för omställningen men hittills få kännbara effekter för patienter och medarbetare

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att främja, stödja och följa upp omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård (S2023/01930). I delrapporten från mars 2024 framgår att regioner och kommuner har påbörjat en omställning men att mycket återstår innan målen har nåtts. Hittills har mycket av arbetet gjorts inom ramen för avgränsade projekt inom mindre delar av regioner. För att uppnå målen med omställningen behöver nya arbetssätt införas brett och tillämpas för invånare i hela regionen eller kommunen. Socialstyrelsen konstaterar vidare att det är viktigt att fortsätta omställningen till en god och nära vård

trots utmaningar för huvudmännen med att uppnå en budget i balans. Myndigheten bedömer att en god och nära vård i sig kan skapa kontinuitet, tillgänglighet och personcentrering som ger möjlighet till ett mer effektivt omhändertagande och, förutom övriga vinster för invånaren, minskar undvikbar slutenvård vid akutsjukhus. Detta kan enligt Socialstyrelsen samtidigt ge en mer effektiv användning av hälso- och sjukvårdens resurser. Uppdraget ska slutredovisas senast den 30 augusti 2028.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har haft ett uppdrag att utvärdera omställningsarbetet (S2020/03320). Delrapporten från mars 2023 fokuserade på verksamheternas och de yrkesverksammas perspektiv. I rapporten konstateras bl.a. att verksamheterna inte har fått bättre förutsättningar för att nå omställningens mål eller uppfylla väsentliga delar i primärvårdens grunduppdrag. Arbetet har främst bedrivits på strategisk nivå och man bedömer att det saknas resurser för att driva det utvecklingsarbete som omställningen kräver. En fortsatt utmaning i primärvården är också brister i arbetsmiljön, vilken bedöms vara ett hot mot kompetensförsörjningen och primärvårdens roll som navet i omställningen. Hos patienter och yrkesverksamma finns det dock ett brett stöd för omställningens mål och en stor efterfrågan på förbättringar i primärvården. Uppdraget slutredovisades den 31 mars 2025. Myndigheten framhåller att omställningen är viktig för att möta framtida vårdbehov, men ser ett behov av ett omtag i styrningen i form av en samlad och tydlig styrstrategi.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har haft ett uppdrag att genomföra särskilda tillsynsinsatser som bidrar till omställningen till en god och nära vård (S2019/02870 och S2021/06574). Uppdraget slutrapporterades i december 2023 och IVO konstaterade bl.a. att tillsynen sammantaget indikerar ett flertal hinder för omställningen, såväl grundläggande och systematiska som brister på verksamhetsnivå. IVO bedömer att den kommunala hälso- och sjukvården, vårdcentraler och akutsjukhusvården behöver integreras ytterligare för att hälso- och sjukvården och omsorgen ska kunna möta patienternas vårdbehov på ett sätt som är i linje med intentionerna i pågående omställning.

Den fortsatta utvecklingen – ett gemensamt ansvar

De uppföljningar som hittills har gjorts visar således på ett brett stöd för omställningen och dess mål, men även på att det är svårt att se tydliga effekter för patienterna och för hälso- och sjukvårdens medarbetare. Detta riskerar att påverka engagemanget för omställningen hos olika aktörer i systemet och därmed även intensiteten och uthålligheten i omställningsarbetet. I ekonomiskt utmanande tider för många av huvudmännen finns det också en risk att omställningen ses som en avgränsad process för primärvården, i stället för ett brett och övergripande uppdrag som utgör en grundförutsättning för att klara de utmaningar som finns inom hela hälso- och sjukvården med ekonomisk hållbarhet och kompetensförsörjning. Omställningsarbetet befinner sig därmed i en känslig fas, som kan få stor betydelse för den fortsatta utvecklingen.

Regeringen vill påminna om att det krävs ett långsiktigt och uthålligt utvecklingsarbete, i alla delar av hälso- och sjukvården, för att genomföra en samordnad omställning mot det gemensamma målet om en god och nära vård. Ingen vårdnivå eller del av systemet kan själv ansvara för

omställningen. Alla behöver ta ansvar, med utgångspunkt i den egna kontexten. Det arbete som görs i varje region och kommun, varje verksamhet, för att förankra och genomföra nödvändiga förändringar i den egna organisationen och tillsammans med närliggande delar av systemet, är avgörande.

Ytterligare åtgärder behövs för att uppnå målen med omställningen

För att kunna ta nästa steg i omställningen behöver nu den grund som lagts genom arbete på strategisk nivå hos huvudmännen, med utvecklande av gemensamma målbilder, strategier och handlingsplaner, omsättas i konkreta förändringar i verksamheterna. Sådant som testats i projektform och visat sig fungera väl behöver införas brett och på strukturerade sätt. Samtidigt behöver aktörerna i dessa processer fortsatt lära av och med varandra, och vid behov anpassa de lokala strategierna och handlingsplanerna utifrån de lärdomar som görs under arbetet.

I det fortsatta arbetet är det avgörande att omställningen förankras och får genomslag brett i olika delar av huvudmännens organisationer. Detta gäller såväl i den specialiserade vården som i primärvården samt i olika stödfunktioner såsom ekonomi, HR, IT, fastigheter etc. Så länge styrning, planering och uppföljning huvudsakligen utgår från samma system och logik som tidigare så kommer samma typ av system och resultat som finns i dag att premieras och den strukturförändring som eftersträvas kommer inte kunna uppnås.

Regeringen vill även betona vikten av ett stärkt hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande och rehabiliterande arbete i hälso- och sjukvården. Samt ett system med högre delaktighet och involvering från personerna själva när det gäller deras vård och hälsa.

Omställningsarbetet behöver dessutom genomgående beakta det stora behov av samverkan och samordning som följer av vårt relativt fragmentiserade hälso- och sjukvårdssystem med över 300 olika huvudmän samt flera olika utförare på olika nivåer. För att kunna tillhandahålla en sammanhängande och effektiv hälso- och sjukvård till befolkningen finns ett stort behov av effektiv samverkan och samordning. Det gäller såväl mellan olika professioner som mellan olika enheter, utförare, vårdnivåer och huvudmän. För att kunna samverka med andra måste varje organisation säkerställa att det finns adekvat kompetens, tid och resurser för samverkan. Regeringens arbete för att skapa en nationell digital infrastruktur är en viktig del i att underlätta samverkan. Målsättningen med att skapa en nationell digital infrastruktur där hälsodata kan delas mellan olika aktörer inom hälso- och sjukvården är även att stärka patient-säkerheten, öka effektiviteten och säkerheten i informationshanteringen samt att minska den administrativa bördan för hälso- och sjukvårdens medarbetare.

När det gäller behovet av samverkan vill regeringen även särskilt framhålla behovet av att vidta åtgärder för att uppnå en kommunal hälso- och sjukvård som är väl fungerande och fullt ut integrerad med den övriga offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

4.5 En väl fungerande kommunal hälso- och sjukvård är avgörande för att nå omställningens mål

Regeringens bedömning: Det ställs i dag högre och förändrade krav på den kommunala hälso- och sjukvården än vid tiden för Ädelreformen 1992 då kommunen tog över ansvaret för viss hälso- och sjukvård.

Det behövs en välfungerande kommunal hälso- och sjukvård för att hälso- och sjukvårdssystemet som helhet ska fungera effektivt, för att vårdkapaciteten ska öka samt för att målen för omställningen till god och nära vård ska kunna nås.

Utredningens bedömning (SOU 2022:41) överensstämmer i huvudsak med regeringens. Utredningen gör ingen samlad bedömning om den kommunala hälso- och sjukvårdens betydelse för hälso- och sjukvårdssystemet som helhet.

Remissinstanserna: Få remissinstanser uttalar sig specifikt om bedömningen och ingen instans avstyrker. *NPO äldres hälsa, Dals-Eds kommun* och *Vårdförbundet* instämmer i bedömningen.

Skäl för regeringens bedömning

Kommunens ansvar som huvudman för hälso- och sjukvård

Genom den s.k. Ädelreformen på 1990-talet tog kommunerna över ansvaret som huvudman för viss hälso- och sjukvård till vissa grupper i befolkningen. Ansvaret omfattar personer i befolkningen som generellt har stora behov av såväl sociala som medicinska insatser. Syftet med Ädelreformen var bl.a. att skapa bättre förutsättningar för att samordna sociala och medicinska insatser (prop. 1990/91:14 s. 64).

Ansvarsöverföringen från regionerna till kommunerna har skett stegvis. Det har inrättats en skyldighet för kommuner i 12 kap. 1 § HSL att ansvara för hälso- och sjukvård till personer i särskilt boende och dagverksamhet enligt socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL. Av förarbetena till lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS, framgår att kommuner även har ett hälso- och sjukvårdsansvar (exkl. läkarinsatser) enligt hälso- och sjukvårdslagen för personer som bor i bostad med särskild service respektive vistas i dagverksamhet enligt LSS (prop. 1992/93:159 s. 182). Många av de som omfattas är äldre personer, men även vissa yngre personer med funktionsnedsättningar som har insatser med stöd av LSS och SoL omfattas.

En ny socialtjänstlag träder i kraft den 1 juli 2025, i fortsättningen benämnd nya socialtjänstlagen eller nya SoL (prop. 2024/25:89, bet. 2024/25:SoU23, rskr. 2024/25:210). Därför görs hänvisningar även till paragrafer i den nya socialtjänstlagen i det följande.

Kommunerna har successivt, frivilligt, även tagit över ansvar för hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende, samt i vissa fall för sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket SoL (8 kap. 4 § andra stycket nya SoL). Detta har skett genom avtal mellan kommuner och regioner (12 kap. 2 § och 14 kap. 1 § HSL). Hälso- och sjukvård i hemmet bedrivs nu i alla kommuner, utom de som ligger i Stockholms län (där

utgör dock Norrtälje kommun ett undantag). Omfattningen av hälso- och sjukvård som ges i ordinärt boende varierar mellan kommuner. I praktiken kan den i princip omfatta alla åldersgrupper, men det är fler kommuner som tagit över ansvar för hälso- och sjukvård i hemmet till äldre personer än till övriga befolkningen. Vanligen tillämpas en s.k. tröskelprincip, som innebär att det ofta är personer som har svårt att själva ta sig till en vård- eller hälsocentral som får kommunal hälso- och sjukvård i hemmet.

Under 2022 fick omkring 412 000 personer insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården och av dessa var drygt 338 700 personer 65 år och äldre. De flesta personer med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser får vård i ordinärt boende, s.k. hemsjukvård. Under 2022 fick omkring 283 400 personer kommunalt finansierad hemsjukvård.

Kommunernas ansvar omfattar inte läkarinsatser. Regionerna är ansvariga för alla läkarinsatser till hela befolkningen, även till de personer som får kommunal hälso- och sjukvård.

Vilken vårdnivå som den kommunala hälso- och sjukvården avser framgår inte tydligt av bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen. Av den kontext som Ädelreformen genomfördes i och förarbeten framgår dock att regeringen haft för avsikt att kommunerna ska ansvara för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå (prop. 1990/91:14 s. 57 och 58).

Vid tiden för Ädelreformen utfördes i princip all kommunal hälso- och sjukvård i egen regi. Därmed fanns inte ett uttalat behov av att skilja på rollerna som huvudman för hälso- och sjukvård och vårdgivare. Sedan dess har situationen succesivt förändrats. Även kommuner anlitar allt fler privata vårdgivare för att utföra offentligt finansierade hälso- och sjukvårdsinsatser. Vårdgivaransvaret har fått en tydligare reglering i patientsäkerhetslagen (2010:659) och i hälso- och sjukvårdslagen. I hälso- och sjukvårdslagen, som trädde i kraft den 1 april 2017, har det ansvar som vilar på respektive huvudman förtydligats. Det är således viktigt att skilja på ansvaret som huvudman för hälso- och sjukvård respektive som vårdgivare. Kommunerna behöver säkerställa strukturer för att de i egenskap av hälso- och sjukvårdshuvudmän kan ställa krav på privata vårdgivare och följa upp att vård som utförs i annans regi också lever upp till kraven på god och säker vård.

Ytterst är varje huvudman ansvarig för att invånarna erbjuds vård i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen. Ansvaret som huvudman för hälso- och sjukvården kan inte avtalas bort till privata vårdgivare. Huvudmannaansvaret gäller såväl för den hälso- och sjukvård som utförs i kommunens egen regi som för den hälso- och sjukvård som genom avtal utförs av privata aktörer. När skötseln av en kommunal angelägenhet genom avtal har lämnats över till en privat utförare, ska kommunen eller regionen kontrollera och följa upp verksamheten (10 kap. 8 § kommunallagen [2017:725]).

Förändrade krav på den kommunala hälso- och sjukvården

Den medicintekniska utvecklingen och en förbättrad folkhälsa medför att livslängden ökar i befolkningen. Med stigande ålder ökar risken för sjukdomar och mer komplexa sjukdomstillstånd. Utvecklingen gör det samtidigt möjligt att tillhandahålla alltmer hälso- och sjukvård (såväl primärvård som specialiserad vård) i det egna hemmet och allt fler

personer får vård- och omsorgsinsatser i sitt hem, i allt högre ålder. De flesta kommuner har successivt tagit över alltmer ansvar för hälso- och sjukvård i hemmet från regionerna. Sammantaget har utvecklingen medfört att den patientgrupp som kommunerna ansvarar för har växt väsentligt i storlek under de senaste åren.

Vårdbehoven hos personer som får hälso- och sjukvård från kommunen har dessutom förändrats sedan tiden för Ädelreformen. Det är i dag vanligt förekommande att personerna har kroniska sjukdomar eller flera sjukdomar samtidigt. Sjukdomsbilden är ofta komplex med livslånga tillstånd. På särskilda boenden för äldre har t.ex. majoriteten en demenssjukdom eller ett demensliknande tillstånd. Den förändrade sjukdomsbilden har också medfört ökade behov av rehabilitering. Många behöver vård i livets slutskede. De personer som får kommunal hälso- och sjukvård har alltså över lag omfattande och sammansatta vårdbehov och är oftast mer sköra än befolkningen generellt. De har ofta behov av både enkla och kvalificerade primärvårdsinsatser och insatser från den specialiserade hälso- och sjukvården. Utvecklingen ställer ökade krav på tillgången till medicinteknisk utrustning, personalens kompetens, bemanning och inte minst samverkan mellan hälso- och sjukvårdens olika delar.

En snabbare utskrivning från sjukhus bidrar till att personer allt oftare har ett fortsatt stort vård- och omsorgsbehov när dem skrivs ut. Fler personer kan tillfälligt behöva få efterföljande vårdbehov tillgodosett i ordinärt boende, på kommunens korttidsboenden eller andra särskilda boenden. Utvecklingen ställer nya krav även på kommunens förmåga att möta ett ökat behov av rehabilitering, habilitering och tillgång till hjälpmedel.

Den snabba kunskapsutvecklingen innebär att hälso- och sjukvårdspersonalen behöver kontinuerlig fortbildning för att kunna erbjuda bästa tillgängliga hälso- och sjukvård. En fungerande fortbildning och kunskapsspridning är viktig även för socialtjänstens verksamheter, då kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst i många delar är tätt sammanflätade, t.ex. inom äldreomsorgen. Utredningar visar dock att personal i kommunens primärvård får begränsad tillgång till fortbildning. Bristen på fortbildning innebär en risk för att patienter i kommunal hälso- och sjukvård inte får tillgång till bästa tillgängliga hälso- och sjukvård och vård på lika villkor som övriga befolkningen.

Behovet av en välfungerande kommunal hälso- och sjukvård

Regeringen konstaterar att de grupper i befolkningen som har kommunal hälso- och sjukvård vanligen har mycket omfattande vårdbehov. De får insatser på primärvårdsnivå från bägge huvudmännen, har särskilda behov av en hög tillgänglighet till vårdinsatser och behöver kunna få mer vård i sina hem än resten av befolkningen. Det ställer därmed särskilda krav på hur huvudmännen organiserar och tillgängliggör hälso- och sjukvård till dessa grupper. En väl fungerande kommunal hälso- och sjukvård är central för att uppnå en ökad vårdkapacitet i systemet som helhet.

Brister i den medicinska kvaliteten i kommunal hälso- och sjukvård har påpekats återkommande av flera olika myndigheter, bl.a. i samband med coronapandemin. Trots upprepad kritik under lång tid har inga större förändringar gjorts i kommunernas hälso- och sjukvård. Vårdens organisering

brister i vissa fall vilket gör att personalen inte får rätt förutsättningar att erbjuda en god och säker vård. Bristerna har lett till att personer med kommunal hälso- och sjukvård inte fått tillgång till en lika god och säker vård som resten av befolkningen. Även ur ett beredskapsperspektiv är bristerna problematiska.

Regeringen bedömer att en välfungerande kommunal hälso- och sjukvård är avgörande för att hälso- och sjukvårdssystemet som helhet ska fungera effektivt och för att målen för omställningen till god och nära vård ska kunna nås. I denna lagrådsremiss lämnas vissa förslag i syfte att bidra till att uppnå detta.

Samlad hantering av förslag för att stärka tillgången till läkare för personer med kommunal hälso- och sjukvård

I betänkandet Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer (SOU 2022:41) lämnades förslag om att regleringen i 16 kap. 1 § HSL, om att huvudmännen ska sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan, ska ersättas med en reglering i 13 a kap. HSL om grundläggande krav på läkarinsatser i kommunens primärvård. Vidare lämnades förslag om möjlighet att lista sig hos en vårdgivare med ett särskilt läkaruppdrag i förhållande till patienter med kommunal hälso- och sjukvård samt förslag om innehållet i det särskilda läkaruppdraget.

Utredningen stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård har efter det haft ett särskilt uppdrag att bl.a. föreslå en ordning där kommuner kan anställa läkare, samt analysera och redogöra för kommunernas nuvarande förutsättningar att anlita läkare på regionernas bekostnad och effektiviteten i nuvarande system. I uppdraget ingick även att vid behov föreslå åtgärder som stärker kommunernas möjligheter att anlita läkare på regionernas bekostnad samt vid behov föreslå åtgärder som skärper regionernas skyldighet att tillhandahålla läkare till kommunal hälso- och sjukvård (dir.2023:98). Utredningen överlämnade sitt betänkande Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård (SOU 2024:72) till regeringen den 7 november 2024. Utredningen föreslår bl.a. att det ska införas en rätt för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer, att utforma föreskrifter om läkarmedverkan. Betänkandet har remitterats.

Utredningen föreslår även att vissa förslag från SOU 2022:41 ska genomföras. Det rör sig om förslagen att regionerna ska ha en särskilt utsedd ledningsansvarig för planering, uppföljning och samordning av regionens hälso- och sjukvårdsinsatser i kommunerna och att kommunerna bör ha en ledningsansvarig för den kommunala hälso- och sjukvården samt förslagen om tillgång till medicinsk bedömning av läkare och sjuksköterska oavsett tid på dygnet vid behov.

Regeringen kan konstatera att det både i betänkandet SOU 2022:41 och i betänkandet SOU 2024:72 lämnas förslag som syftar till att tydliggöra vilka krav som ställs på regionernas läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården samt stärka tillgången till läkare för personer med kommunal hälso- och sjukvård. Regeringen bedömer att dessa förslag bör hanteras samlat inom ramen för beredningen av det sistnämnda betänkandet, som för närvarande pågår i Regeringskansliet. Redan i denna lagrådsremiss behandlas emellertid förslagen i betänkandet SOU 2022:41

om medicinsk bedömning av läkare och av sjuksköterska samt uppgifter för fast läkarkontakt till den som får kommunal hälso- och sjukvård, se avsnitt 8.2, 8.3 och 8.5.

5 Förtydligande om att regionen och kommunerna ska samverka

Regeringens förslag: Det ska förtydligas i hälso- och sjukvårdslagen att region och kommun ska samverka med varandra i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården.

Utredningens förslag (SOU 2022:41) överensstämmer i sak med regeringens men har en annan språklig utformning.

Remissinstanserna: Remissinstanserna tillstyrker förslaget eller har inga invändningar.

Skälen för regeringens förslag: Av 7 kap. 7 § och 11 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, följer att regionen respektive kommunen ska samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare vid planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården. Med samhällsorgan avses främst regioner, kommuner och statliga myndigheter (prop. 1981/82:97 s. 124 och prop. 1990/91:14 s. 152). Regioner och kommuner har således redan i dag en skyldighet att samverka med varandra. I förarbeten framhålls att planeringen bör utgå från primärvården med hänsyn till att den utgör basen i hälso- och sjukvårdsorganisationen (prop. 1981/82:97 s. 61). Syftet med samverkansskyldigheten är att säkerställa att vårdplaneringsarbetet tillförs ytterligare synpunkter och önskemål från andra aktörer än regionens och kommunens egna planeringsorganisationer. Samverkansskyldigheten gäller också andra samhällsorgan, dvs. både statliga och regionala samt kommunala myndigheter. I samband med framtagandet av nu gällande hälso- och sjukvårdslag utökades samverkansansvaret till att gälla alla vårdgivare, inte bara de privata vårdgivarna (prop. 2016/17:43 s. 136 och 142).

Den pågående omställningen till en god och nära vård såväl som ett förändrat vårdlandskap där kommunerna är huvudmän för alltmer hälso- och sjukvård och antalet utförare ökat, framför allt på primärvårdsnivå, ställer ökade krav på samverkan mellan just huvudmännen. De viktigaste externa aktörerna i regionens planeringsprocesser på hälso- och sjukvårdsområdet bedöms i dagsläget vara kommunerna i länet. På motsvarande sätt bedöms regionen vara den viktigaste externa aktören för kommunernas del. Detta såväl utifrån det delade ansvaret för hälso- och sjukvården som utifrån kommunens ansvar för angränsande verksamheter såsom socialtjänst och elevhälsa. För att vården ska kunna upplevas som sömlös för patienten och inga vårdbehov falla mellan stolarna behöver båda huvudmännen samverka kring planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården. Detta behöver göras med de gemensamma invånarnas behov som utgångspunkt och med beaktande av respektive

huvudmans ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen samt olika lokala överenskommelser.

Trots det reglerade kravet på samverkan sker inte samverkan i tillräcklig utsträckning mellan regioner och kommuner för att hälso- och sjukvården ska fungera som en sammanhängande helhet för patienterna. Regeringen ser därför ett behov av att förtydliga befintligt lagkrav på samverkan. Bestämmelserna om samverkan i 7 kap. 7 § och 11 kap. 3 § HSL bör förtydligas så att kommun och region uttryckligen nämns som en samverkanspart i respektive bestämmelse. Förtydligandet betonar behovet av en fortsatt utveckling mot en ökad samverkan på strategisk och övergripande nivå inom såväl olika delar av primärvården som mellan primärvård och specialiserad vård.

6 Förtydligande om att primärvården ska tillgodose både fysiska och psykiska vårdbehov

Regeringens förslag: Det ska förtydligas i hälso- och sjukvårdslagen att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose både fysiska och psykiska vanligt förekommande vårdbehov.

Utredningens förslag (SOU 2021:6) överensstämmer med regeringens.

Remissinstanserna: Majoriteten av remissinsatserna är positiva till förslaget och anför att förslaget dels kan innebära ett tydliggörande av primärvårdens uppdrag och därmed medföra ett större fokus på arbetet med psykisk hälsa, dels kan stärka helhetsperspektivet för patienten. Bland de som tillstyrker förslaget finns bl.a. *Sveriges läkarförbund, Region Dalarna, Svensk sjuksköterskeförening, Jönköpings kommun, Vårdförbundet, SKR, Psykologförbundet, Folkhälsomyndigheten, Försäkringskassan och Kommunal*.

Samtidigt framför några remissinsatser, såsom *Region Värmland, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)* och *SKR*, att förslaget riskerar att medföra en återgång till en uppdelning av fysiska och psykiska hälsobesvär, vilket inte ligger i linje med omställningen till en god och nära vård som utgår från ett helhetsperspektiv och en personcentrerad syn på vård och hälsa. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) ser dock ett värde av att synliggöra även de psykiska vårdbehoven i primärvårdens grunduppdrag och tillstyrker därför förslaget. Samma risker ser även *Statens medicinsk-etiska råd, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* och *Umeå Universitet* vilka avstyrker förslaget. Några remissinsatser, däribland *Socialstyrelsen* och *Region Halland*, anser att det förefaller tveksamt om förslaget kommer att leda till någon förändring, då kommunal och regional hälso- och sjukvård redan i dag ansvarar för att omhänderta både psykiska och fysiska vårdbehov.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys och *Röda Korset* väcker frågan om inte tydliggörandet ska gälla för hela hälso- och sjukvården och inte bara primärvården. *Region Jämtland Härjedalen* och *Mölnåls kommun* nämner att det vore önskvärt att även lyfta fram primärvårdens främjande och förebyggande ansvar.

Skälen för regeringens förslag

Primärvårdens roll i omhändertagandet av psykisk ohälsa

Med primärvård avses hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper (2 kap. 6 § hälso- och sjukvårdslagen [2017:30], förkortad HSL). Både regioner och kommuner är huvudmän för primärvård. Primärvårdsverksamhetens breda uppdrag, som sedan den 1 juli 2021 regleras i 13 a kap. HSL, utgår från dess generalistkompetens och inkluderar omhändertagande av alla former av ohälsa som kräver hälso- och sjukvård, i den mån den specialiserade vårdens kompetens inte krävs. Varken primärvårdens definition eller primärvårdens uppdrag exkluderar omhändertagande av psykisk ohälsa.

Psykisk ohälsa är i dag en stor folkhälsoutmaning och primärvården är den del av hälso- och sjukvårdssystemet där majoriteten av patienterna med psykisk ohälsa finns. Studier pekar på att cirka en tredjedel av patienterna i väntrummet på en vårdcentral behöver hjälp med psykisk ohälsa. Data från Socialstyrelsen pekar på att majoriteten av alla vuxna som drabbas av depression eller ångestsymtom söker vård i primärvården, och mer än 70 procent av alla patienter med depression eller ångestsyndrom får vård där. Det är också i primärvården som cirka 65 procent av alla antidepressiva läkemedel skrivs ut. Endast cirka 20 procent av patienterna remitteras vidare till den specialiserade psykiatrin. Den självskattade psykiska ohälsan bland barn och unga, såsom att ha svårt att somna eller att känna sig nedstämd, har successivt ökat. Det gäller också antalet barn och unga som söker och får vård för psykisk ohälsa, inbegripet neuropsykiatriska tillstånd. Att tidigt uppmärksamma barns psykiska ohälsa är viktigt för att säkerställa att barn och unga får vård i tid och för att motverka att ohälsan inte blir svår eller bestående.

Givet de stora utmaningarna med en utbredd psykisk ohälsa i samhället är det förebyggande arbetet av stor betydelse. Det är ett gemensamt ansvar för hela samhället och inte enbart en fråga för hälso- och sjukvården. Ett exempel på detta är socialtjänstens förebyggande arbete, bl.a. när det gäller att förebygga och motverka skadligt bruk och beroende av alkohol, som regleras i 3 kap. 7 § första stycket socialtjänstlagen (2001:453). En ny socialtjänstlag träder i kraft den 1 juli 2025 (prop. 2024/25:89. bet. 2024/25:SoU23, rskr. 2024/25:210). Socialtjänstens förebyggande arbete mot skadligt bruk och beroende regleras i 6 kap. 6 och 7 §§ i den nya socialtjänstlagen. Inom sitt ansvarsområde har dock hälso- och sjukvården enligt lag en skyldighet att arbeta för att förebygga ohälsa (3 kap. 2 § HSL). När det gäller det förebyggande arbetet har primärvården en central roll eftersom det är den del av hälso- och sjukvården som är bäst positionerad att arbeta nära människor, med helhetssyn, i långvariga relationer och med god kännedom om hur befolkningens behov ser ut i den geografiska närheten. Det är fråga om ett förbyggande arbete kopplat till

såväl fysisk som psykisk ohälsa, inklusive skadligt bruk eller beroende av bl.a. alkohol, narkotika och spel om pengar. Att förebygga svårare psykisk ohälsa och öka personens funktionsförmåga kan många gånger handla om att upptäcka och diagnosticera ett tillstånd. Därför är det centralt med en hög tillgänglighet, adekvat kunskap och evidensbaserade metoder i hälso- och sjukvården, inte minst i primärvården.

Förebyggande insatser tidigt i ett sjukdomsförlopp samt ett gott bemötande från primärvårdens verksamheter är av stor relevans även vid suicidalitet. Senare års forskning visar att suicid går både att hindra och förebygga. Många har haft kontakter med olika delar av hälso- och sjukvården, inklusive primärvården, innan fullbordat suicid, och hade därmed potentiellt kunnat få hjälp och stöd i suicidpreventivt syfte. Det är därför av stor betydelse att primärvården har rätt kompetens och resurser såväl för att uppmärksamma tecken på psykisk ohälsa och suicidalitet som att göra bedömningar av och ge stöd till det psykiska måendet.

Personer med psykisk ohälsa har ofta behov av insatser från en rad olika aktörer. Detta ställer krav på en välfungerande samverkan och samordning inom och mellan olika verksamheter och delar av systemet. För att primärvården ska kunna fungera som navet i hälso- och sjukvårdssystemet även för dessa patienter behövs en utvecklad samverkan med ett flertal aktörer. Det gäller bl.a. övriga verksamheter på primärvårdsnivån för barn och unga och den specialiserade psykiatrin men även skolan, elevhälsan, socialtjänsten samt civilsamhällets organisationer, inklusive patient-, brukar- och anhörigorganisationer.

Sammantaget har primärvården en central roll i hälso- och sjukvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa. Samtidigt visar återkommande utredningar och rapporter på att det finns stora och omfattande utvecklingsbehov när det gäller omhändertagandet av psykisk ohälsa, inbegripet det förebyggande och rehabiliterande arbetet, i primärvårdens verksamheter. Generellt tillhandahålls inte hälso- och sjukvårdstjänster eller uppföljning för psykiska vårdbehov enligt lika strukturerade former som för fysiska vårdbehov. Uppföljningar och utvärderingar visar att de kunskapsunderlag som finns, t.ex. Socialstyrelsens nationella riktlinjer, inte implementerats och inte heller används i tillräcklig utsträckning.

Variationen när det gäller såväl tillgänglighet som innehållet i den vård som erbjuds inom primärvården är dessutom stor. Ett exempel på detta är i vilken utsträckning regionerna i primärvården tillhandahåller en bedömning av psykolog och kurator inom den lagstadgade vårdgarantins tre dagar (9 kap. 1 § HSL och 6 kap. 1 § 2 hälso- och sjukvårdsförordningen [2017:80]). I maj 2024 varierade spannet för hur många som fick psykologbesök inom vårdgarantins tre dagar mellan 12 och 100 procent, och för kuratorsbesök mellan 20 och 88 procent. Det är också en stor skillnad på hur många psykolog- och kuratorsbesök som rapporteras in från olika regioner, skillnader som inte enbart kan hänföras till olika storlek på regionerna.

En annan illustration av den stora variationen och bristande strukturer är huvudmännens egna formuleringar av uppdraget gällande psykisk ohälsa i primärvården. Utredningen konstaterar att regionernas förfrågningsunderlag för primärvården många gånger är på en anmärkningsvärt övergripande nivå när det gäller psykisk ohälsa. Det blir därmed otydligt vilka krav regionen ställer på verksamhetens bedrivande i denna del av

primärvårdsuppdraget. Det lämnas ett stort utrymme för olika bedömningar i hur de olika kraven ska uppfyllas och hur vården ska tillhandahållas, något som kan resultera i en ojämlig vård t.o.m. för invånare inom samma region.

För att exemplifiera hur uppdragen kan se ut i kommunernas primärvård har utredningen analyserat uppdragformuleringar för den hälso- och sjukvård som ska tillhandahållas på särskilda boenden för äldre, som upphandlats enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem. Hälso- och sjukvårdsuppdraget är ofta beskrivet på ett sätt som inte explicit anger att uppdraget omfattar både fysisk och psykisk ohälsa. I de flesta förfrågningsunderlag sägs mycket lite, ibland inget, kring t.ex. kunskapsstöd och rutiner av relevans för uppdraget. Inte i något underlag nämns specifika kunskapsstöd eller riktlinjer kopplade till psykisk ohälsa.

Det ska synliggöras i primärvårdens grunduppdrag att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa

En tillgänglig primärvård som kan erbjuda ett kvalificerat och personcentrerat omhändertagande av såväl fysiska som psykiska vårdbehov genom hela livet är en grundläggande del i ett välfungerande hälso- och sjukvårdssystem som kan möta befolkningens behov och förväntningar. Regeringen anser att det är problematiskt att hälso- och sjukvårdstjänster för psykiska vårdbehov i primärvården generellt inte tillhandahålls och följs upp enligt lika strukturerade former som för fysiska vårdbehov, samtidigt som majoriteten av patienterna med psykisk ohälsa finns i dessa verksamheter. Regeringen föreslår därför att det ska förtydligas i primärvårdens grunduppdrag i 13 a kap. HSL att de hälso- och sjukvårdstjänster som primärvården särskilt ska tillhandahålla för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov inkluderar både fysiska och psykiska vårdbehov.

Socialstyrelsen och *Region Halland* anser att det är tveksamt om förslaget kommer att leda till någon förändring, då hälso- och sjukvården redan i dag ansvarar för att omhänderta både psykiska och fysiska vårdbehov. Trots att primärvårdens grunduppdrag redan i dag omfattar även psykiska vårdbehov ser regeringen ett behov av att synliggöra detta i hälso- och sjukvårdslagen. Syftet med förslaget är att öka förutsättningarna för en nära och jämlik primärvård, också i de delar som avser psykisk ohälsa. Synliggörandet av att det även är psykiska behov som ska omhändertas sätter ljuset på att det är något huvudmännen behöver beakta i sin planering och organisering av primärvården. Förtydligandet kan även utgöra ett stöd för de funktioner i regioner och kommuner som ska planera, organisera och resurssätta hälso- och sjukvården och specifikt primärvården. Att regleringen förtydligas kan vidare förväntas bidra till att området i högre utsträckning blir föremål för uppföljning, såväl i kommuners och regioners egna verksamhetsuppföljningar som i den tillsyn som Inspektionen för vård och omsorg bedriver.

Regleringen av grunduppdraget för primärvården infördes 2021 och är ett exempel på ett förtydligande i lag av något som redan var huvudmännens ansvar. Förtydligandet gjordes i syfte att skapa enhetlighet och därigenom förutsättningar för en mer jämlik vård. Regeringen har uttalat i förarbetena att ett reglerat grunduppdrag underlättar för invånarna

att veta vad de kan förvänta sig av primärvården, oavsett i vilken region eller kommun de befinner sig (prop. 2019/20:164 s. 77). Med det förslag som nu är i fråga avser regeringen synliggöra de förväntningar och grundläggande krav som finns på primärvården även avseende psykisk ohälsa. Förtydligandet förväntas bidra till ett mer jämlikt omhändertagande av psykisk ohälsa. Det fyller också en funktion på ett mer övergripande plan. Härigenom tydliggörs primärvårdens roll som första instans att möta människor med psykisk ohälsa.

Med hänsyn till det kommunala självstyret kommer det fortfarande vara upp till respektive huvudman att i planeringen av hälso- och sjukvården avgöra vilka psykiska vårdbehov som är vanligt förekommande och som därmed organisatoriskt ska omhändertas i primärvården. De flesta regioner har mer eller mindre utförliga rutiner och dokument som beskriver vilken form av ohälsa som ska hanteras på vilken vårdnivå. Det är också upp till respektive huvudman att bedöma hur de vanligt förekommande psykiska vårdbehoven bäst tillgodoses och hur det förebyggande arbetet ska utvecklas. Det gäller såväl vilka arbetsmodeller och metoder för omhändertagande som ska tillämpas i verksamheten, som vilken kompetens- och resurssättning som krävs.

Vissa remissinstanser, såsom *Region Värmland* och *SBU*, lyfter risken att förslaget kan uppfattas som en återgång till en syn på människan där fysiska och psykiska behov delas upp, i stället för att utgå från ett helhetsperspektiv och en personcentrerad syn på vård och hälsa. Regeringen vill understryka vikten av att i all hälso- och sjukvård tillämpa ett personcentrerat förhållningssätt, som utgår från varje enskild persons samlade behov och situation. Vården för psykisk ohälsa har dock på olika sätt fått en mer undanskymd roll i primärvården, såväl resursmässigt och organisatoriskt som när det gäller kompetens och bemanning. Behovet av att synliggöra primärvårdens ansvar för psykisk ohälsa bedömer regeringen överväger den eventuella risken för att fysiska och psykiska behov delas upp.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys och *Röda Korset* väcker frågan om ett förtydligande borde göras för hela hälso- och sjukvården och inte enbart primärvården. Regeringen konstaterar att definitionen av hälso- och sjukvård i 2 kap. 1 § HSL omfattar omhändertagande av både fysiska och psykiska behov. I den specialiserade vårdens organisering får den psykiska ohälsan automatiskt ett eget utrymme och därmed synlighet, inom ramen för de psykiatriska specialiteterna. Regeringen ser därför inget behov att ett förtydligande för hälso- och sjukvården i stort.

Region Jämtland Härjedalen och *Mölnåls kommun* framför att det vore önskvärt att även lyfta fram primärvårdens främjande och förebyggande ansvar. Regeringen konstaterar att det redan är reglerat i primärvårdens grunduppdrag att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar (13 a kap. 1 § 3 HSL). Det är också reglerat att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa (3 kap. 2 § HSL).

7 Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ska finnas i kommunen

Regeringens förslag: I kommunen ska det vara obligatoriskt att ha en medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) inom ett verksamhetsområde som omfattar rehabilitering. En MAR ska vara fysioterapeut eller arbetsterapeut. Nuvarande krav på att det ska finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer ska inte gälla för de verksamhetsområden som uteslutande omfattar rehabilitering.

Regeringens bedömning: Föreskrifter om ansvar och uppgifter för MAR bör regleras i förordning.

En myndighet bör ges i uppdrag att göra en översyn av ansvarsfördelningen mellan verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen och MAS och MAR.

Utredningens förslag och bedömning (SOU 2022:41) överensstämmer inte med regeringens. Utredningen föreslår att nuvarande reglering av MAS och MAR ska tas bort och ersättas med förtydligade regler kring ansvar och kompetens hos verksamhetschefer för kommunal hälso- och sjukvård samt vid behov två nya funktioner på vårdgivarnivå: kvalitetsansvarig för omvårdnad och kvalitetsansvarig för rehabilitering. Utredningen bedömer att nya uppgifter för verksamhetschefen inom området rehabilitering och hjälpmedel bör regleras i förordning.

Remissinstanserna: Det finns ett brett stöd för att stärka kompetensen inom rehabiliteringsområdet men när det gäller förslaget om att ersätta MAS och MAR med kvalitetsansvariga är många remissinstanser tveksamma. Flera kommuner och *Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering (Riksföreningen för MAS och MAR)* ser patientsäkerhetsrisker med att de kvalitetsansvariga skulle vara underställda verksamhetschefen och därmed sakna den självständiga ställning som nuvarande MAS och MAR har. Med utredningens förslag skulle verksamhetschefen få en svår roll i att både bedriva verksamhet samt granska den objektivt utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv. Några instanser, t.ex. *Sveriges Arbetsterapeuter* och *Vadstena kommun*, framför att det blir svårt att upprätthålla kontinuiteten i arbetet samt att det finns risk för osäkra och tillfälliga tjänster om det är verksamhetschefens brist på kompetens som ska styra tillsättning av kvalitetsansvariga.

Flera remissinstanser, däribland *Grums kommun*, *Vadstena kommun*, *Fysioterapeuterna*, *Sveriges arbetsterapeuter*, *Riksföreningen för MAS och MAR* samt *Nätverket MAS/MAR i Örebro län*, anser att i stället för att skapa nya titlar bör nuvarande reglering om medicinskt ansvarig sjuksköterska kvarstå och kompletteras med krav på MAR i alla kommuner. *Vårdföretagarna* och *Attendo* är tveksamma till att lägga mer ansvar på vårdgivarnivån i ljuset av den kompetensbrist som i dag råder. *Vårdföretagarna* anser att alternativa sätt att stärka den medicinska kompetensen bör övervägas, såsom en utveckling eller förstärkning av nuvarande organisation av MAS och MAR. *Sveriges arbetsterapeuter* ser en risk för degradering av rehabiliteringsfrågorna om kvalitetsansvarig

placeras på vårdgivarnivå och det blir upp till respektive verksamhetschef att besluta om en sådan ska utses.

Socialstyrelsen, Svensk förening för allmänmedicin och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) välkomnar förslaget, men Socialstyrelsen efterfrågar en annan benämning på kvalitetsansvarig för omvårdnad och kvalitetsansvarig för rehabilitering. *Inspektionen för vård och omsorg* betonar vikten av ett strategiskt stöd för utveckling av kompetensområdet rehabilitering.

Skälen för regeringens förslag och bedömning

Nuvarande ordning för MAS och MAR

I samband med Ädelreformen då kommuner fick visst hälso- och sjukvårdsansvar gjordes bedömningen att det i den kommunala hälso- och sjukvårdsorganisationen skulle komma att finnas uppgifter som inte kunde anförtros annan än den som besitter viss kvalificerad medicinsk kompetens. Patientsäkerheten skulle annars kunna äventyras. Det behövde därför skapas garantier för att vissa utpekade uppgifter alltid skulle ligga på en person med tillräcklig medicinsk kompetens, oavsett hur kommunerna väljer att ordna det samlade ledningsansvaret för den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten (prop. 1990/91:14 s. 68–70). Mot den bakgrunden infördes en bestämmelse i den numera upphävda hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) om att det inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer ska finnas en MAS.

I dag regleras MAS i 11 kap. 4 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL. Skyldigheten innebär att för varje av kommunen beslutat verksamhetsområde ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska. En kommun kan vara indelad i olika verksamhetsområden. Ett verksamhetsområde kan vara geografiskt, t.ex. en del av kommunen eller en viss vårdinrättning. I regel torde det vara lämpligt att en och samma person inom varje verksamhetsområde fullgör alla de uppgifter som ska omfattas av det särskilda medicinska ansvaret. Det är dock inget som hindrar att kommunen kan utse olika personer för olika delar av detta ansvar (prop. 1990/91:14 s. 69 och 156). I praktiken innebär kravet på en MAS i varje kommun att kommunerna kan välja att ha flera MAS i en kommun. MAS ska ansvara för vissa utpekade uppgifter, såsom att patienten får en säker och ändamålsenlig vård av god kvalitet, att journaler förs, att beslut om delegering är förenliga med patientsäkerheten och att det finns ändamålsenliga och välfungerande rutiner inom vissa områden (4 kap 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen [2017:80], HSF).

I samband med Ädelreformen föreslog regeringen även en ny bestämmelse i 1982-års hälso- och sjukvårdslag om att i de fall ett verksamhetsområde inte omfattar något annat än rehabilitering får en sjukgymnast eller en arbetsterapeut fullgöra uppgifter som ska fullgöras av en MAS (prop. 1990/91:14 s. 12, 70 och 155). Socialutskottet bedömde att den av regeringen föreslagna bestämmelsen omöjliggjorde att en arbetsterapeut eller sjukgymnast kan ha det medicinska ansvaret även inom verksamhetsområden där det huvudsakliga men inte enda verksamhetsinnehållet är rehabilitering. Utskottet föreslog därför en justerad lydelse med innebörden att en sjukgymnast eller en arbetsterapeut får fullgöra en MAS uppgifter i ett verksamhetsområde som i huvudsak

omfattar rehabilitering (bet. 1990/91:SoU9 s. 49). År 2014 ersattes sjukgymnast av fysioterapeut som en följd av att fysioterapeut enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) blev en ny skyddad yrkestitel (prop. 2012/13:175 s. 43–46 och s. 91).

Regleringen om en medicinsk ansvarig för rehabilitering finns i dag i 11 kap. 4 § andra stycket HSL. En fysioterapeut eller en arbetsterapeut som fullgör de uppgifter som åligger en medicinskt ansvarig sjuksköterska brukar benämnas medicinskt ansvarig för rehabilitering, s.k. MAR. Kommuner kan välja att ha en MAR men det finns inget krav på att inrätta någon sådan befattning.

År 1997 infördes i 4 kap. 2 § HSL krav på att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef). Bestämmelsen gäller all hälso- och sjukvård. Verksamhetschefen behöver inte tillhöra hälso- och sjukvårdspersonalen utan kan tillhöra annan yrkeskategori (prop. 1995/96:176 s. 103). I kommunala verksamheter är det vanligt att verksamhetscheferna har annan yrkesbakgrund än medicinsk. Detta understryker att MAS och MAR utgör viktiga roller för att säkerställa den medicinska kvaliteten och patientsäkerheten i den kommunala hälso- och sjukvården.

Enligt uppgift från Styrelsen för Riksföreningen MAS och MAR hade 152 kommuner MAR under hösten 2024. År 2020 hade knappt en tredjedel (93 av 290) av landets kommuner anställt en MAR. I de kommuner som valt att ej tillsätta någon MAR får MAS ta ansvar för medicinska frågor inom samtliga kompetensområden som kommunen ansvarar för.

Kompetensen inom rehabilitering och hjälpmedel behöver stärkas i alla kommuner

I kommunens hälso- och sjukvårdsansvar ingår att erbjuda habilitering och rehabilitering samt hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning (12 kap 5 § HSL). Vidare ingår det i primärvårdens grunduppdrag, som gäller såväl den regionala som den kommunala primärvården, att tillhandahålla förebyggande och rehabiliterande insatser (13 a kap 1 § HSL). Hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser som bidrar till att återfå och bibehålla förmågor innebär att behovet av medicinska och sociala insatser minskar eller kan skjutas upp. Detta kan bidra till såväl bättre hälsa och höjd levnadskvalitet för personerna i fråga som kostnadsbesparingar på samhällsnivå. Redan i samband med Ädelreformen framhölls stärkandet av den medicinska kompetensen samt rehabiliteringsinriktningen som viktigt i utvecklingen av lokal vård och service (prop. 1990/91:14 s. 62). Sedan dess har behoven bland befolkningen liksom kraven på primärvården inom detta område ökat.

Bland patienter med kommunal hälso- och sjukvård finns det i dag ett omfattande behov av rehabilitering med anledning av vanligt förekommande sjukdomar såsom cancer och stroke, och av fallskador. Inom rehabilitering såväl som habilitering kan olika typer av hjälpmedel vara en del av de åtgärder som ordineras för en person. Hjälpmedelsföreskrivning och bedömningar av behovet av anpassningar av hemmiljön är också en betydande del av den kommunala hälso- och sjukvårdens arbete.

För att kunna bedriva en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård inom kommunernas ansvarsområde krävs specifik kompetens om rehabiliterande insatser samt kunskap om vilka hjälpmedel som finns och hur de ska användas. Merparten av patienterna i kommunal hälso- och sjukvård är 65 år eller äldre. För att bibehålla, återfå och förbättra sina funktionsförmågor har denna målgrupp behov av dels generella hälsofrämjande insatser, dels rehabilitering som är anpassad efter den enskilda personens behov och förutsättningar. I takt med högre ålder ökar generellt också behovet av hjälpmedel för att få vardagen att fungera, även utan föregående sjukhusvistelse. Hjälpmedel kan behövas för att bibehålla och förbättra förmågor som gör det möjligt att klara sig själv i större uträkning utan omfattande stöd och hjälp och för att vara delaktig i samhällslivet. Om man inte får hjälp med t.ex. hörselhjälpmedel så ökar även risken för isolering och för att utveckla demenssjukdom. Hjälpmedel kan alltså även spela en viktig roll i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Behoven är många och varierande, vilket innebär att personalen måste kunna hantera flera olika hjälpmedel och förflyttningstekniker.

Ansvarsområdet för MAS är brett och sträcker sig över en mängd kunskapsområden såsom demenssjukdomar, nutrition, patientens allmänna hälsotillstånd m.m. Kompetensområdet för rehabilitering inklusive hjälpmedel är också såväl brett som komplext. Det är fråga om ett annat kompetensområde än det som omfattas av sjuksköterskeutbildningen. Kopplat till respektive ansvarsområde bedrivs forskning som den medicinskt ansvariga behöver följa, nationella riktlinjer och kunskapsstöd som behöver implementeras och följas upp samt insatser som behöver utvärderas m.m. Många MAS i kommuner som inte har någon MAR upplever utmaningar kopplat till detta. De har tidsmässigt svårt att hinna med sina uppgifter och upplever sig inte ha rätt kompetens för att sätta sig in i komplexa frågor om t.ex. hjälpmedel eller för att bidra till att höja kompetensen inom dessa områden hos medarbetare i kommunens vård och omsorg.

Såväl fysioterapeuter som arbetsterapeuter och patientföreningar pekar på att tillgången till rehabilitering varierar stort mellan kommuner och att tillgången till evidensbaserad rehabilitering inte är jämlik i landet. Det saknas adekvat kompetens hos personalen och på ledningsnivå, liksom en tydlig koppling till forskning. Socialstyrelsen har i sin rapport Nationellt stöd för rehabilitering, habilitering och hjälpmedel (2023), konstaterat att befintliga riktlinjer från Socialstyrelsen inom bl.a. området rehabilitering behöver implementeras i regioner och kommuner. Myndigheten lyfter även att det behövs stöd för implementering av de rekommendationer om rehabilitering, habilitering och hjälpmedel som finns i Socialstyrelsens befintliga nationella riktlinjer och kunskapsstöd. Utredningen beskriver att det finns en bred samsyn bland olika aktörer om att det behövs en medicinskt ansvarig för rehabilitering och hjälpmedel i alla kommuner.

Regeringen konstaterar att befolkningens behov av rehabiliterande och habiliterande insatser har ökat, vilket har lett till högre ställda krav på primärvården. Det behövs därför någon som kan komplettera MAS inom områdena rehabilitering och hjälpmedel, för att patienter ska kunna få en god och säker vård på lika villkor. Både utredningen och remissutfallet visar på en bred samsyn kring att kompetens inom rehabilitering och hjälpmedelsområdet behöver finnas tillgänglig i samtliga kommuner.

Kompetensen inom rehabilitering och hjälpmedel ska stärkas genom en skyldighet att ha en MAR

Nuvarande reglering innebär en möjlighet för kommuner att införa MAR men ställer inget krav på att en MAR måste finnas. Trots att det finns en bred samsyn om behovet av stärkt kompetens inom rehabilitering och hjälpmedel är det bara runt hälften av kommunerna som har valt att tillsätta MAR. Det leder till en ojämlik vård och potentiella patientsäkerhetsrisker. Det är mot den bakgrunden som utredningen fick i uppdrag att överväga och ta ställning till om det finns behov av och är ändamålsenligt att det inom varje kommun ska finnas en MAR, på samma sätt som det i dag finns krav på att det ska finnas en MAS.

Utredningen gör bedömningen att kompetens inom rehabilitering och hjälpmedel behöver stärkas i alla kommuner men lämnar ett brett förslag på en förändrad ledningsstruktur för den kommunala hälso- och sjukvården. Utredningen föreslår att nuvarande reglering om MAS och MAR ska upphöra och ersättas av förtydligade regler kring ansvar och kompetens hos verksamhetschefer för kommunal hälso- och sjukvård samt två nya funktioner som är tydligt placerade på vårdgivarnivå; kvalitetsansvarig för omvårdnad och kvalitetsansvarig för rehabilitering. En kvalitetsansvarig för rehabilitering ska enligt utredningens förslag utses om en verksamhetschef i kommunal hälso- och sjukvård inte har tillräcklig kompetens och erfarenhet inom rehabilitering och hjälpmedel.

Regeringen gör bedömningen att konsekvenserna av en så pass omfattande strukturförändring som utredningen föreslår inte är tillräckligt utredda och att förslaget skulle kunna medföra patientsäkerhetsrisker. I likhet med många remissinstanser ser regeringen risker med att det är verksamhetschefens brist på kompetens som ska styra tillsättning av kvalitetsansvariga. Det kan bli svårt att upprätthålla kontinuiteten i arbetet och det finns risk för osäkra och tillfälliga tjänster. Därmed finns också risk för en fortsatt ojämlikhet över landet när det gäller vilken kompetens som kommer finnas tillgänglig. Regeringen bedömer, i likhet med flera kommuner och företrädare för olika MAS- och MAR-nätverk, att det inte är tillräckligt klarlagt hur den föreslagna strukturen skulle påverka ett opartiskt och objektivt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Regeringen går därför inte vidare med utredningens förslag om att ersätta MAS och MAR med nya funktioner.

Regeringen föreslår i stället att funktionen MAR ska kvarstå men till skillnad från i dag göras tvingande för alla kommuner. Detta är i linje med de synpunkter som framförts av bl.a. *Grums kommun, Vadstena kommun, Fysioterapeuterna, Sveriges arbetsterapeuter, Riksföreningen för MAS och MAR och Nätverket MAS/MAR i Örebro län*. Regeringen föreslår att MAR ska finnas i ett verksamhetsområde som omfattar rehabilitering. För att kunna fullgöra uppdraget bedömer regeringen att en MAR måste vara fysioterapeut eller arbetsterapeut. Detta överensstämmer med det kompetenskrav som i dag ställs på funktionen (11 kap. 4 § andra stycket HSL). Nuvarande frivilliga möjlighet att tillsätta MAR ersätts således med ett krav på att det ska finnas minst en MAR i varje kommun, på motsvarande sätt som för MAS. MAR behöver ges en organisatorisk ställning och ett mandat som gör det möjligt att fullgöra sina uppgifter och sitt ansvar.

En eller flera MAR i varje kommun

Regeringen föreslår att en MAR måste finnas i ett verksamhetsområde som omfattar något inslag av rehabilitering. Med utgångspunkt i det kommunala självstyret och ramlagstiftningen i hälso- och sjukvårdslagen är hälso- och sjukvårdens organisation i hög grad upp till varje kommun att utforma utifrån lokal kontext och behov. Kommunen kan välja att dela upp sin verksamhet i olika verksamhetsområden. Ett verksamhetsområde kan vara geografiskt, t.ex. en del av kommunen eller en viss inrättning, men kan även vara en viss uppgift, t.ex. att svara för alla rehabiliterande insatser och hjälpmedelsinsatser vid kommunens olika särskilda boenden, eller all hälso- och sjukvård i kommunen. Det krav som i dag gäller om att verksamhetsområdet huvudsakligen ska omfatta rehabilitering för att MAR ska få ersätta MAS tas således bort. Om en kommun valt att inte dela upp sin hälso- och sjukvårdsverksamhet i olika verksamhetsområden kommer det enda verksamhetsområdet som finns att omfatta rehabilitering, även om det inte är det huvudsakliga innehållet. Då ska det inom det verksamhetsområdet finnas både en MAS och en MAR.

Har kommunen i stället valt att organisera sin hälso- och sjukvård i flera verksamhetsområden med olika inriktningar ska MAR enbart finnas i det eller de verksamhetsområden som omfattar rehabilitering. I framför allt större kommuner kan det finnas fler än ett verksamhetsområde som omfattar rehabilitering. Utifrån den lokala kontexten och behoven kan en MAR antingen få ett samlat ansvar för dessa verksamhetsområden eller så kan kommunen välja att tillsätta flera MAR. Det finns inte heller något som hindrar en kommun från att ha flera MAR inom samma verksamhetsområde. Förslaget innebär dock ett krav på att det ska finnas åtminstone en MAR i varje kommun. På samma sätt som i dag finns det inget som hindrar att den som fullgör uppgiften som MAR också har andra arbetsuppgifter, t.ex. arbetar kliniskt i verksamheten eller har en arbetsledande roll.

Inget krav på MAS inom verksamhetsområden som uteslutande omfattar rehabilitering

Nuvarande krav på att det ska finnas en MAS inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer föreslås inte gälla för sådana områden som uteslutande omfattar rehabilitering. De behov som patienter har inom nämnda områden föreslås tillgodoses genom kravet på MAR. Regeringen ser inget behov av att ställa krav på både MAS och MAR för sådana verksamhetsområden. Förslaget i denna del motsvarar nuvarande ordning där en MAR i vissa fall kan ersätta en MAS.

Nya uppgifter för MAR bör regleras i förordning

I 4 kap 6 § HSF regleras vilka arbetsuppgifter som en medicinskt ansvarig sjuksköterska eller i tillämplig omfattning fysioterapeut eller arbetsterapeut ska ha (i rollen som MAR). I uppdraget ingår att säkerställa att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet, att patienten får den hälso- och sjukvård som läkare har förordnat, att journaler förs samt att beslut om att delegera vårdansvar är förenliga med patientsäkerheten. Bland uppgifterna ingår även att se till att det finns välfungerande rutiner för läkemedelshantering, avvikelserapportering och

att kontakta läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal vid behov. Därutöver kan en MAS och MAR ha andra uppgifter som dess arbetsgivare bestämmer.

Nuvarande reglering av uppgifterna för MAR tar utgångspunkt i uppgifterna för MAS. Då kompetensområdet för MAR är ett annat än för MAS fullgör den som är MAR i viss mån andra men likvärdiga uppgifter som den som är MAS. Eftersom regeringen föreslår att inrättandet av MAR ska bli obligatoriskt i kommunal hälso- och sjukvårdsverksamhet som omfattar rehabilitering finns ett behov av att komplettera befintlig reglering av uppgifterna för MAR. Att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för habilitering och rehabilitering samt förskrivning och användning av hjälpmedel är centralt för att upprätthålla medicinsk kvalitet och patientsäkerhet i den kommunala hälso- och sjukvården. Sådana arbetsuppgifter är ett exempel på uppgifter som bör regleras för MAR. Motsvarande uppgifter föreslog utredningen skulle tillföras verksamhetschefens ansvar, vilka vid behov skulle delegeras till kvalitetsansvarig för rehabilitering.

Ansvarsfördelningen mellan verksamhetschef och MAS och MAR bör ses över

Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det enligt 4 kap. 2 § HSL finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef). Verksamhetschefen har det samlade ledningsansvaret för ett visst verksamhetsområde, och i praktiken är det en funktion kopplad till vårdgivaren. I samband med att kravet på en verksamhetschef infördes uttalade regeringen att en verksamhetschef bl.a. ska ansvara för den löpande verksamheten och upprätthålla och bevaka att hälso- och sjukvårdsverksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet av vården och främjar kostnadseffektivitet inom det verksamhetsområde som bestämts (prop. 1995/96:176 s. 57 och prop. 2016/17:43 s. 131). En verksamhetschef ska enligt 4 kap. 1 § HSF säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses (4 kap. 1 § HSF). En verksamhetschef har ett ansvar för samordning av patienternas hela vårdssituation och därmed det sammanhållna ansvaret för vården (prop. 2009/10:67 s. 62, 63, 80 och 81).

I verksamhetschefens ansvar ingår att bestämma i frågor som rör bemanning samt kompetensutveckling, arbetssätt och samarbetsformer för personalen. Verksamhetschefen behöver ha mandat för att kunna besluta i dessa frågor. Det krävs också en organisatorisk placering och kompetens som innebär att verksamhetschefen faktiskt kan fullgöra de uppgifter som den ansvarar för. Verksamhetschefsansvaret enligt hälso- och sjukvårdslagen har kommit att placeras på olika nivåer i olika kommuner. En del kommuner har delegerat ansvaret till den enhetschef som står allra närmast hälso- och sjukvårdspersonalen. En enhetschef har dock inte alltid ett medföljande mandat att fatta nödvändiga beslut för att fullgöra verksamhetschefsansvaret och har därmed inte förutsättningar att uppfylla de krav som följer av 4 kap. 2 § HSL. Andra kommuner har i stället placerat verksamhetschefsansvaret högt upp i kommunen, ibland t.o.m. hos chefen för ansvarig förvaltning såsom socialchefen. Ansvaret kan också vara placerat hos en avdelningschef i den förvaltning i kommunen som ansvarar

för hälso- och sjukvård. Om dessa chefer är placerade för långt ifrån den löpande verksamheten bör det i praktiken bli ett tandlöst verksamhetsansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen. Dessa har sällan den insyn i den löpande verksamheten som krävs för att fullgöra detta uppdrag.

Det är inte ovanligt att den som är utsedd till verksamhetschef där det bedrivs kommunal hälso- och sjukvårdsverksamhet saknar medicinsk kompetens. Oavsett kompetens har dock verksamhetschefen det samlade ansvaret för verksamheten (prop. 1995/96:176 s. 56). Av förarbetsuttalandaden framgår att om MAS inte är verksamhetschef kommer MAS vara underställd verksamhetschefen enligt hälso- och sjukvårdslagen. Det framhålls samtidigt att vissa av uppgifterna för MAS dock är reglerade (prop. 1995/96:176 s. 103).

Den organisatoriska ställningen i kommunen för MAS och MAR är inte reglerad, och såväl deras placering som uppgifter kan skilja sig åt mellan olika kommuner. Flertalet av de reglerade uppgifterna för MAS och MAR kopplar dock tydligt an till vårdgivarens ansvar för att verksamheten bedriver en god och säker vård, t.ex. genom att se till att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner inom olika områden och att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten (4 kap 6 § HSF).

I takt med ändrade förutsättningar och nya krav på den kommunala hälso- och sjukvården har rollerna som MAS och MAR utvecklats åt olika håll i olika kommuner. Flera MAS och MAR stöder verksamhetschefen med implementering i själva verksamheterna. Andra har successivt flyttat allt längre bort från den löpande verksamheten. I många fall har MAS fått en alltmer tillsynsliknande roll. MAS stöder då främst den löpande verksamheten indirekt med medicinska riktlinjer som sedan får implementeras av mer verksamhetsnära chefer, vilka mer sällan har hälso- och sjukvårdskompetens. En del MAS och MAR samverkar med regionen på vårdgivarnivå för att lösa problem och brister i den löpande verksamheten. En del har även involverats i mer central samverkan på huvudmannanivå och deltar i upphandlingar och avtalsförhandlingar med regionen. Sammantaget kan uppgifterna och rollerna för MAS och MAR i praktiken se väldigt olika ut.

Beroende på var verksamhetschefen har placerats i den kommunala hälso- och sjukvården har det på vissa håll skapats en otydlig ansvarsfördelning mellan verksamhetschefen och MAS. Det finns indikationer på att en del verksamhetschefer felaktigt har uppfattat att de genom regelverket om MAS har frångått det övergripande ansvaret för att verksamheten bedriver en god och säker vård. Samtidigt har MAS i regel inget mandat att påverka bemanning och kompetenskrav avseende personalen. I de fall samverkan inte fungerar mellan verksamhetschefen och MAS är risken uppenbar att ingen kan säkerställa att verksamheten har de förutsättningar som krävs för att bedriva en god och säker vård.

Mot denna bakgrund samt att MAR blir obligatoriskt bedömer regeringen att en myndighet bör ges i uppdrag att se över och eventuellt förtydliga ansvarsfördelningen i kommunal hälso- och sjukvård mellan verksamhetschefen och funktionerna MAS och MAR.

8 Tillgång till medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård

8.1 Dessa patientgrupper ska omfattas av förslagen om tillgång till medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård

Regeringens förslag: Förslagen om medicinsk bedömning av läkare, medicinsk bedömning av sjuksköterska, fast vårdkontakt och fast läkarkontakt ska omfatta dem som får kommunal hälso- och sjukvård i sådant boende eller sådan bostad som anges i 12 kap. 1 eller 2 § hälso- och sjukvårdslagen.

Utredningens förslag (SOU 2022:41) överensstämmer i huvudsak med regeringens. Utredningen föreslår dock inte uttryckligen att personer som får hälso- och sjukvård i hemmet i sådant särskilt boende som anges i 12 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, ska omfattas, dvs. sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL. Utredningens förslag har även en annan språklig utformning.

Remissinstanserna: Majoriteten av remissinstanserna är positiva. *Socialstyrelsen* och *Sveriges läkarförbund* efterfrågar ett förtydligande av vilka som omfattas av förslaget och anser att förslaget även ska omfatta de som bor i s.k. trygghetsboenden, dvs. de boenden som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket SoL. *Region Skåne* anser att förslaget om medicinsk bedömning av en sjuksköterska vid behov dygnet runt är bra och nödvändigt, men uppger att för personer i ordinärt boende borde skyldigheten endast omfatta patienter som har kommunala sjuksköterskeinsatser.

Skälen för regeringens förslag

Förslagen om tillgång till medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård

I avsnitt 8.2–8.5 lämnas förslag om förtydliganden gällande tillgång till medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård. Förslagen syftar till att stärka tillgången till medicinsk kompetens i verksamheter som bedriver kommunal hälso- och sjukvård. Det är fråga om medicinsk bedömning av sjuksköterska vid behov oavsett tid på dygnet i kommunal hälso- och sjukvård (avsnitt 8.2), medicinsk bedömning av läkare vid behov oavsett tid på dygnet i kommunal hälso- och sjukvård (avsnitt 8.3), fast vårdkontakt i kommunal hälso- och sjukvård (avsnitt 8.4) samt uppgifter för fast läkarkontakt till den som får kommunal hälso- och sjukvård (avsnitt 8.5).

Vilka ska omfattas av förslagen om tillgång till medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård?

Frågan om alla eller ett urval av personer med kommunal hälso- och sjukvård ska omfattas av förslagen om tillgång till medicinsk kompetens beror på hur vårdbehoven ser ut för dessa grupper. Avsaknad av såväl

nationell statistik som en gemensam beskrivningsmodell för vilka vårdbehov som patienterna i kommunens hälso- och sjukvård har försvårar en sådan analys.

Regeringen gör i likhet med utredningen bedömningen att vårdbehovet hos personer som får hälso- och sjukvård i ordinärt boende eller i särskilt boende, kan skilja sig åt väsentligt. Generellt kan vårdbehoven hos personer som bor permanent i sådana särskilda boenden som anges i 12 kap. 1 § HSL, antas vara större än hos de som kan bo kvar i ordinärt boende eller på sådant särskilt boende som anges i 12 kap. 2 § samma lag, s.k. biståndsbedömt trygghetsboende.

I 12 kap. 1 och 2 §§ HSL hänvisas till boendeformer som avses i socialtjänstlagen. En ny socialtjänstlag träder i kraft den 1 juli 2025, i fortsättningen benämnd nya socialtjänstlagen eller nya SoL (prop. 2024/25:89, bet. 2024/25:SoU23, rskr. 2024/25:210). Därför görs hänvisningar även till paragrafer i den nya socialtjänstlagen i det följande.

Även vårdbehoven hos de som får en plats på ett s.k. korttidsboende enligt 5 kap. 5 § andra stycket SoL (8 kap. 4 § första stycket nya SoL) kan vara relativt omfattande, om än tillfälligt. Rapporter pekar på att det finns behov av att vidta åtgärder för att säkerställa omvårdnad och tillgång till hälso- och sjukvård för personer med funktionsnedsättning som bor i bostäder med särskild service med stöd av 5 kap. 7 § tredje stycket SoL (8 kap. 11 § nya SoL) eller lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS (jfr. Vårdkontakter i LSS-boende, Socialstyrelsen, februari 2023 och Läkemedelsanvändning hos personer som får insatser enligt LSS, Socialstyrelsen, januari 2025).

Utvecklingstrenden är sedan en längre tid att allt fler personer får kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende, samtidigt som andelen personer 65 år och äldre som bor i sådant särskilt boende som anges i 12 kap. 1 § HSL minskar. Det finns alltså många sköra och sjuka personer, framför allt äldre personer, med komplexa och sammansatta behov, som får och kommer att behöva få kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende och i särskilt boende i form av s.k. biståndsbedömt trygghetsboende (12 kap. 2 § HSL). Personer i denna grupp bedöms ha i princip lika stort behov av en starkt tillgång till hälso- och sjukvårdens resurser som personer som bor i andra former av särskilt boende, som t.ex. äldreboenden. Det finns i varje fall inte skäl att anta att vårdbehoven i olika former av boenden och bostäder skiljer sig åt på ett sätt som motiverar en särbehandling i fråga om vem som ska omfattas av förslagen.

Förslagen om tillgång till medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård ska därför omfatta de som får kommunal hälso- och sjukvård i sådant boende eller sådan bostad som anges i 12 kap. 1 eller 2 § HSL. Det är fråga om personer som efter beslut av kommunen bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 12 kap. 1 § HSL. Det vill säga såväl särskilda boenden för äldre personer som boenden för personer med funktionsnedsättningar. Även personer som bor i bostad med särskild service enligt LSS omfattas (prop. 1992/93:159 s 182). Förslagen kommer även att omfatta de som får kommunal hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som anges i 12 kap. 2 § HSL, s.k. biståndsbedömt trygghetsboende. Detta överensstämmer med de synpunkter som *Socialstyrelsen* och *Sveriges läkarförbund* framfört om att sådana särskilda boenden bör omfattas.

Region Skåne har framfört att för personer i ordinärt boende borde skyldigheten endast avse patienter som har kommunala sjuksköterskeinsatser för att utesluta patienter vars enda hälso- och sjukvårdsinsats från kommunen är ett föreskrivet hjälpmedel, t.ex. rollator.

Förslagen omfattar de personer som med stöd av 12 kap. 5 § HSL erbjuds hjälpmedel av kommunen i samband med hälso- och sjukvård enligt 12 kap. 1 eller 2 §. En person som i stället erbjuds hjälpmedel av kommunen p.g.a. att kommunen i enlighet med 14 kap. 3 § HSL träffat en överenskommelse med regionen om att ta över ansvaret för hjälpmedel omfattas inte av förslagen. Detta eftersom det då handlar om överlåtelse av ansvar för hjälpmedel som inte har ett direkt samband med överlåtelse av ansvar för hälso- och sjukvård i hemmet enligt 14 kap. 1 § (prop. 1992/93:159 s. 203). Vid eventuella försämringar av dessa patienters hälsotillstånd som kräver nya medicinska bedömningar är det följaktligen ett ansvar för den regionala hälso- och sjukvården.

Förslagen omfattar inte personer som enbart får kommunal hälso- och sjukvård i anslutning till dagverksamhet

Enligt 12 kap. 1 § HSL ska kommunen erbjuda hälso- och sjukvård i samband med dagverksamhet enligt 3 kap. 6 § SoL (8 kap. 1 § nya SoL). Dagverksamhet bedrivs bl.a. för att ge stöd och stimulans till äldre personer som bor i ordinärt boende men även yngre personer med t.ex. psykisk ohälsa som behöver social stimulans, eller för personer med demenssjukdom i ett led att också ge avlastning för anhörig eller annan närstående. Personer med dagverksamhet kan, men behöver inte, ha kommunal hälso- och sjukvård i sitt boende. Regeringen gör liksom utredningen bedömningen att de personer som endast omfattas av kommunens hälso- och sjukvårdsansvar p.g.a. att de har beslut om dagverksamhet inte ska omfattas av förslagen. Regionen är huvudman för den absoluta merparten av dessa personers hälso- och sjukvård, även på primärvårdsnivå, och det finns därmed inte skäl att låta dem omfattas av förslagen. De personer med dagverksamhet som även får annan hälso- och sjukvård från kommunen omfattas däremot av förslagen.

8.2 Förtydligande om medicinsk bedömning av en sjuksköterska vid behov oavsett tid på dygnet i kommunal hälso- och sjukvård

Regeringens förslag: Det ska förtydligas i hälso- och sjukvårdslagen att kommunen vid behov ska erbjuda en medicinsk bedömning av sjuksköterska oavsett tid på dygnet till den som får kommunal hälso- och sjukvård i sådant boende eller sådan bostad som anges i 12 kap. 1 eller 2 §.

Utredningens förslag (SOU 2022:41) överensstämmer i sak med regeringens men har en annan språklig utformning.

Remissinstanserna: En majoritet av remissinstanserna är positiva till utredningens förslag, däribland flera kommuner såsom *Göteborg och Mellerud*, *Socialstyrelsen*, *Pensionärernas Riksorganisation*, *SKPF*,

Svenska diabetesförbundet, Sveriges Farmaceuter, Sveriges Läkareförbund, Vision och Bräcke diakoni. Vissa remissinstanser, däribland Mora kommun och Region Gotland, uttrycker tveksamhet om vilken effekt som förslagen kommer att kunna få med hänsyn till utmaningar med kompetensförsörjningen. Riksföreningen MAS och MAR anser att det som regleras i den föreslagna bestämmelsen redan gäller i dag.

Skälen för regeringens förslag

Kommunen har ett ansvar för att erbjuda den vård som krävs oavsett tid på dygnet

Kommunerna är sedan Ädelreformen ansvariga för viss dygnetruntvård till delar av befolkningen. Kommuner har en skyldighet enligt 5 kap. 2 § HSL att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet se till att det finns den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.

Med en god vårdplanering för varje patient kan många vårdinsatser, från olika professioner, planeras i förväg. Om vårdplanering saknas behöver vårdpersonalen i stället hantera patientens behov av insatser mer ad hoc, allt eftersom mer eller mindre brådskande vårdbehov uppstår. I en sådan situation är det svårare att förutse behovet av bemanning och säkerställa tillgång till nödvändig medicinsk kompetens.

Flera medicinska kompetenser i den kommunala hälso- och sjukvården såsom arbetsterapeut, fysioterapeut, dietist och farmaceut behöver finnas tillgängliga främst för planerad vård, i samband med allmänna ronder och vid individuella patientbesök. Därutöver behöver de finnas tillgängliga för handledning, konsultation och utbildning av omsorgspersonalen. Många professioner i den kommunala hälso- och sjukvården kan därför fullgöra sina arbetsuppgifter genom att finnas tillgängliga på dagtid, framför allt på vardagar.

Hälsotillståndet hos personer som är äldre eller svårt sjuka kan dock snabbt förändras och vissa vårdbehov kan intensifieras och försämrats på sätt som medför brådskande behov av medicinsk bedömning och eventuellt vidare åtgärder. Nya eller förändrade vårdbehov kan uppstå när som helst. Detta är relevant inte minst i förhållande till de som bor i särskilt boende enligt 5 kap. 5 § andra stycket SoL (8 kap. 4 § första stycket nya SoL), vilka oftast är över 80 år och där flertalet har ett omfattande behov av såväl sociala som medicinska insatser. Kommunen har ett ansvar för att den vård och omsorg som krävs kan ges till dessa personer dygnet runt (prop. 1990/91:14 s. 41 och prop. 2005/06:115 s. 75).

Sjuksköterskor behöver finnas tillgängliga i större utsträckning än andra yrkesgrupper

Sjuksköterskorna spelar en central roll i patientens vård och leder ofta vårdteamets arbete. De ansvarar även för bl.a. läkemedelshantering och läkemedelsadministration. De behöver finnas tillgängliga för oplanerade och brådskande vårdinsatser och även för att ta om hand tillfälligt ökade vårdbehov. Omsorgspersonal behöver vidare ha möjlighet att kontakta, rådfråga och få handledning av en sjuksköterska. Det behöver finnas tillgång till någon som har tillräcklig kompetens för att bedöma om patienten har behov av en vårdinsats som inte kan anstå och om läkare

behöver tillkallas. Det är ofta sjuksköterskor som står för sådan triagering. Sjuksköterskor har sammantaget ansvar och arbetsuppgifter som gör att de behöver vara särskilt tillgängliga, dygnet runt, alla dagar i veckan. De behöver därmed finnas tillgängliga i större utsträckning än vissa andra professioner.

Sjuksköterskor ingår redan i dag i kommunernas jourverksamhet till såväl särskilda boenden enligt 12 kap. 1 § HSL som ordinära boenden, men inte alltid i tillräcklig utsträckning för att kunna möta patienternas behov. Ofta ska sjuksköterskorna som har jour ansvara för så många patienter eller täcka ett så stort geografiskt område, att det i praktiken saknas förutsättningar för att räkna till för alla patienter, än mindre inställa sig fysiskt på plats när behov uppstår. Nuvarande organisering och bemanning av sjuksköterskor innebär att det i praktiken inte alltid finns möjlighet för patienter att få medicinska bedömningar av en sjuksköterska efter behov. Det innebär därmed en sämre vård för patienten, en ökad osäkerhet för omsorgspersonalen och en ökad risk för besök på akut-mottagning samt inläggningar som hade kunnat undvikas och som inte gagnar patienten.

I vilken utsträckning det är möjligt för en patient att vid behov få medicinska bedömningar av en sjuksköterska dygnet runt skiljer sig åt mellan kommuner och verksamheter. I vissa kommuner ingår sjuksköterskor som en del i bemanningen på ett särskilt boende. Det innebär att de finns tillgängliga för mer patientnära vård samt för handledning av omsorgspersonalen. De har då god möjlighet att arbeta i interprofessionella team tillsammans med omsorgspersonalen, utföra fler vårdinsatser själva och snabbt finnas tillgängliga även när oplanerade och plötsliga vårdbehov uppstår. Utredningen beskriver dock att sjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård överlag successivt har fått en mer konsultativ roll och alltmer sällan träffar sina patienter. Med en begränsad bemanning behöver sjuksköterskor också delegera fler uppgifter till undersköterskor och vårdbiträden för att verksamheten ska fungera. Det är framför allt fråga om delegering av administrering av läkemedel. I många fall har omsorgspersonalen inte tillräcklig kompetens och erfarenhet för att fullgöra sådana uppgifter.

Behovet av ett förtydligande i lag om att en medicinsk bedömning av sjuksköterska vid behov ska erbjudas oavsett tid på dygnet

Regeringen konstaterar att trots kravet i 5 kap. 2 § HSL om att personal ska finnas i den omfattning som behövs för att god vård ska kunna ges, finns inte tillräcklig tillgång till sjuksköterskor i alla kommuner. Vissa patienters sköra hälsotillstånd och komplexa vårdbehov kräver att det finns sjuksköterskor tillgängliga oavsett tid på dygnet som vid behov kan undersöka patienten, bedöma behovet av insatser och även utföra insatser i större utsträckning. Det behöver också finnas möjlighet att vid plötsliga och oförutsedda förändringar tillkalla en sjuksköterska, som då vid behov snabbt ska kunna infinna sig på plats.

För att den kommunala hälso- och sjukvården ska kunna möta patienternas behov anser regeringen att det behövs en bemanning och en organisation som gör att sjuksköterskor kan finnas tillgängliga nära patienten, och vid behov göra medicinska bedömningar. Vissa medicinska

bedömningar kan göras med hjälp av digitala lösningar, men inte alla. Ny teknik kan bidra till en ökad tillgänglighet, och i vissa fall även ökad kontinuitet, men den kan inte helt ersätta behovet av att träffa de patienter som man ansvarar för. Enligt utredningen har Inspektionen för vård och omsorg (IVO), anhörig- och patientföreträdare och omsorgspersonal efterfrågat en utökad bemanning av sjuksköterskor. Utredningen anger att både kommuner och privata vårdgivare som kommuner anlitar har efterfrågat tydligare riktlinjer om vilka vårdbehov som de förväntas kunna ta om hand på ett särskilt boende, liksom riktlinjer om rimlig bemanning.

Regeringen ser mot denna bakgrund ett behov av att förtydliga att kommunen vid behov ska erbjuda en medicinsk bedömning av sjuksköterska, oavsett tid på dygnet, till de som får kommunal hälso- och sjukvård i sådant boende eller sådan bostad som anges i 12 kap. 1 eller 2 § HSL. Det handlar huvudsakligen om patienter som kommunens personal har återkommande kontakt med, vars tillstånd man följer över tid, och vid behov anpassar åtgärder efter förändrat hälsotillstånd. Möjligheten att uppmärksamma behovet av en medicinsk bedömning av sjuksköterska är nära kopplad till det faktum att det finns en aktuell förståelse för patientens hälsotillstånd samt personal som återkommande träffar patienten och kan bistå i att efterfråga sådan bedömning. I sammanhanget bör dock framhållas att även patienten själv bör kunna påkalla behov av en medicinsk bedömning av sjuksköterska. Om en sjuksköterska gör bedömningen att en patient behöver insatser som går utöver kompetensområdet för en sjuksköterska ska en läkare eller annan nödvändig hälso- och sjukvårdspersonal kontaktas.

Regeringen delar utredningens bedömning om att det inte är ändamålsenligt att detaljreglera i vilken omfattningen och på vilket sätt sjuksköterskor ska vara tillgängliga. Vårdbehovet i varje enskilt fall avgör om den medicinska bedömningen bör ske genom fysiska eller digitala patientbesök. Det måste inte alltid finnas en sjuksköterska fysiskt på plats i alla särskilda boenden hela dygnet men bemanningen behöver utformas för att kunna tillgodose både förväntade och oförutsedda vårdbehov. Det ska alltså finnas en praktisk möjlighet för sjuksköterskor att vid behov inställa sig fysiskt även på kvällar, helger och nätter.

Medicinska bedömningar på jourtid kommer vanligen att utföras av sjuksköterskor eller läkare som inte är patientens ordinarie vårdkontakter. Regeringen vill i detta sammanhang framhålla betydelsen av att ordinarie vårdkontakter upprättar en vårdplan för varje patient, som vårdpersonal på jourtid kan utgå från. En sådan planering, tillsammans med nära samverkan mellan en patients fasta kontakter (fast läkarkontakt, fast vårdkontakt och i tillämpliga fall fast omsorgskontakt) medför att flertalet behov kan hanteras under ordinarie arbetstider och att behovet av medicinska bedömningar på jourtid kan minimeras, även om de aldrig kan undvikas helt. En god planering underlättar även de bedömningar som måste göras under jourtid.

Långa geografiska avstånd behöver beaktas i fråga om var sjuksköterskan bör ha sitt arbetsställe för att hinna utföra vårdinsatser och göra medicinska bedömningar. Likaså bör beaktas hur lokaler är utformade.

Frågor om konsekvenser för kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården behandlas i avsnitt 12.5.

8.3 Förtydligande om medicinsk bedömning av en läkare vid behov oavsett tid på dygnet i kommunal hälso- och sjukvård

Regeringens förslag: Det ska förtydligas i hälso- och sjukvårdslagen att regionen vid behov ska erbjuda en medicinsk bedömning av läkare oavsett tid på dygnet till den som får kommunal hälso- och sjukvård i sådant boende eller sådan bostad som anges i 12 kap. 1 eller 2 §.

Utredningens förslag (SOU 2022:41) överensstämmer i sak med regeringens men har en annan språklig utformning.

Remissinstanserna: Remissutfallet är positivt. *Riksföreningen MAS och MAR* tillstyrker men framhåller att detta redan gäller. *Region Norrbotten, Mora kommun och Svenska Läkaresällskapet* anför att det redan i dag finns problem med läkarbemanningen. *Malmö kommun* ser risker med att förslaget är teknikneutralt, alltså att den medicinska bedömningen kan ske genom fysiska eller digitala patientbesök, då bedömningar kan komma att göras av läkare som inte alls har personkännedom om patienten. *Region Skåne, Famna och Fremia* framhåller i stället vikten av att förslaget är teknikneutralt.

Skälen för regeringens förslag

Läkare behöver finnas tillgängliga i större utsträckning än i dag för patienter med kommunal hälso- och sjukvård

Enligt 16 kap 1 § HSL ska regionen 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 enligt 12 kap. 1 §. Detsamma gäller hemsjukvård i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som anges i 12 kap. 2 § HSL, om en kommun ansvarar för vården enligt 14 kap. HSL. Regioner har vidare en skyldighet enligt 5 kap. 2 § HSL att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet se till att det finns den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.

Hälsotillståndet hos patienter i den kommunala hälso- och sjukvården är överlag sådant att det snabbt kan förändras och vissa vårdbehov kan utvecklas på sätt som medför brådskande behov av medicinsk bedömning och eventuellt vidare åtgärder. Patienter i kommunal hälso- och sjukvård behöver därför kunna få såväl planerad som oplanerad tillgång till hälso- och sjukvård, inklusive läkarinsatser.

I första hand bör läkarbesök kunna planeras och förläggas till ordinarie arbetstider på vardagar, men det krävs en flexibilitet i organisationerna som möjliggör för även oplanerade besök, med kortare varsel samt plötsliga, oväntade och brådskande vårdbehov. Många personer med kommunal hälso- och sjukvård har vårdbehov som rör t.ex. undernäring, fallskador, svårläkta sår och biverkningar på grund av omfattande läkemedelsintag. Det kan vara vårdbehov som inte alltid kan anstå till dagen efter eller över en helg, men samtidigt inte kräver vård på vårdinrättning. För att undvika onödiga besök på akutmottagningar behöver personer med kommunal hälso- och sjukvård vid behov kunna få tillgång till läkare på primärvårdsnivå. En läkare som i patientens hem kan ta om hand

brådskande vårdbehov. Läkare i primärvården behöver därför även finnas tillgängliga på helger, kvällar och annan jourtid.

Utredningens analys visar att i läkaravtalen som upprättas enligt 16 kap. 1 § HSL uppges att läkarinsatser i första hand ska vara förlagda till dagtid på vardagar. Flera regioner anger att det ska finnas en daglig fast tid för konsultation för såväl personal som patienter. Det är en rimlig utgångspunkt och fungerar väl för planerad vård som regelbunden rond och planerade individuella läkarbesök, men är inte tillräckligt för att möta behoven i kommunens hälso- och sjukvård.

Enligt utredningen har därför alla regioner även en organisation för tillgång till läkare på jourtid. Jourorganisationerna kan däremot skilja sig mycket åt mellan regioner. Det är vanligt att läkaravtalen anger att kommunens sjuksköterska ska kunna nå aktuell vårdcentral för kontakt med ansvarig läkare, såväl dagtid som i brådskande fall. En del läkaravtal anger att läkare ska finnas tillgängliga dygnet runt, alla dagar samt att kontakt på jourtid ska tas med primärvårdsläkare i beredskap. Ofta ska sjuksköterskan då kunna nå läkaren på ett direkt telefonnummer. Vissa regioner saknar en tydlig jourorganisation för kommunens primärvård. På kvällar och helger är den kommunala sjuksköterskan i dessa fall hänvisad till regionens växel och i förlängningen vid behov akutmottagningen.

Socialstyrelsen har under lång tid påtalat att tillgången till läkare i särskilt boende är otillräcklig. Rapporter visar att läkarinsatsen fungerar ännu sämre i ordinärt boende. IVO har i sin tillsyn identifierat brister gällande läkartillgång vid vård av äldre på särskilda boenden för äldre. IVO konstaterar att om läkartillgången inom primärvården inte motsvarar behoven riskerar patienter på särskilda boenden för äldre att hänvisas till akutsjukhusen för en medicinsk bedömning. Ett annat skäl till att patienterna skickas till akutsjukhusen i onödan är att det vid vård i livets slutskede ibland saknas klagörande brytpunktsamtal, eller att personal på särskilda boenden för äldre inte har tillgång till läkares dokumentation från genomfört brytpunktssamtal. Av detta följer en försämrad patientsäkerhet, bristande delaktighet för patienten och undvikbara inläggningar i slutenvården (Tillsyn som bidrar till omställningen till en god och nära vård, IVO, december 2023 s. 15). Utredningen beskriver att även kommunens sjuksköterskor efterfrågar mer tid från läkare på dagtid, för såväl planerade som oplanerade läkarbesök, och att patientansvarig läkare ska göra fler hembesök.

Behovet av ett förtydligande i lag om att en medicinsk bedömning av läkare vid behov ska erbjudas oavsett tid på dygnet

Regeringen konstaterar att trots kravet i 5 kap. 2 § HSL om att personal ska finnas i den omfattning som behövs för att god vård ska kunna ges, brister det ofta i tillgång till läkare för patienter i den kommunala hälso- och sjukvården. Det behöver finnas läkare tillgängliga för den kommunala hälso- och sjukvården oavsett tid på dygnet, alla dagar i veckan. Denna tillgänglighet behövs både för berörda patientgrupper och för kommunens personal. Det bör därför införas ett förtydligande i hälso- och sjukvårdslagen om att regionen vid behov ska erbjuda en medicinsk bedömning av läkare, oavsett tid på dygnet. Bedömningen ska erbjudas den som får

kommunal hälso- och sjukvård i sådant boende eller sådan bostad som anges i 12 kap. 1 eller 2 § HSL.

För att leva upp till kravet behöver regionerna säkerställa att det finns en infrastruktur och organisation som möjliggör att patienterna i den kommunala hälso- och sjukvården får de medicinska bedömningar av läkare som de behöver. *Region Skåne* samt *Famna* och *Fremia* framhåller vikten av att förslaget är teknikneutralt. *Malmö kommun* ser risker med ett teknikneutralt förslag då bedömningar därmed kan komma att göras av läkare som inte alls har personkännedom om patienten. Regeringen konstaterar att den föreslagna bestämmelsen är teknikneutral. Tillgängligheten till läkare behöver kunna utformas på olika sätt utifrån lokala förutsättningar och patientens individuella behov i det enskilda fallet. Vårdbehovet i varje enskilt fall avgör om den medicinska bedömningen bör ske genom fysiska eller digitala patientkontakter. Även om vissa bedömningar kan göras med hjälp av digitala lösningar måste de olika strukturerna också säkerställa att läkare har förutsättningar att göra fysiska hembesök hos dessa patientgrupper, för de tillfällen som kräver fysiska bedömningar.

Kontinuitet är en avgörande aspekt för att kunna ge god vård (5 kap 1 § HSL). I största möjliga utsträckning bör patientens fasta läkarkontakt därför tillgodose även dennes behov av mer brådskande medicinska bedömningar på primärvårdsnivå. En teknikneutral reglering kan innebära att patientens fasta läkarkontakt får större möjligheter att göra även vissa oplanerade bedömningar, och därigenom bidra till ökad kontinuitet. De tillstånd som uppstår utanför primärvårdens ordinarie arbetstider kommer dock alltid behöva hanteras av en jourorganisation. Regeringen vill därför framhålla vikten av att patientens fasta läkarkontakt tillsammans med övriga fasta kontakter upprättar en vårdplan för varje patient, som vårdpersonal på jourtid kan utgå från. Det kan minska efterfrågan på akuta bedömningar då omsorgspersonalen känner sig trygga med hur de ska hantera olika väntade och oväntade situationer. Att det finns en god grundläggande och proaktiv vårdplanering att utgå från är samtidigt avgörande för att medicinska bedömningar på jourtid – som behöver utföras av läkare som inte är patientens ordinarie läkare – ska vara effektiva och ändamålsenliga.

För att leva upp till kravet på att vid behov erbjuda medicinsk bedömning av läkare, oavsett tid på dygnet, krävs alltså en organisation och struktur hos de vårdgivare som ansvarar för läkarinsatserna under ordinarie arbetstider som möjliggör en i princip daglig tillgång till läkare. Dessutom krävs en organiserad struktur på regional nivå, som säkerställer tillgången vid behov av läkare på jourtid. En enskild vårdcentral kan inte ensam tillhandahålla läkarmedverkan oavsett tid på dygnet. Den närmare utformningen av en struktur för att säkerställa möjlighet till medicinsk bedömning av läkare även under jourtid är upp till regionerna, som huvudmän, att bestämma utifrån lokala förutsättningar. Inget hindrar att den utgör en del av en redan befintlig jourverksamhet i regionen. I jourverksamheten bör i första hand ingå läkare som normalt har hand om äldre personer och personer som får kommunal hälso- och sjukvård.

Regeringen delar utredningens bedömning om att det som utgångspunkt är rimligt att en sjuksköterska avgör om patienten har behov av en medicinsk bedömning av en läkare. Samtidigt finns det inget hinder för

andra professioner att ta kontakt med läkare för konsultation eller handledning.

Frågor om konsekvenser för kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården behandlas i avsnitt 12.5.

Avtalen om läkarmedverkan

Enligt 16 kap 1 § HSL ska regionen 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 enligt 12 kap. 1 § HSL. Detsamma gäller hemsjukvård i ordinärt boende och i särskilt boende enligt 12 kap. 2 § HSL, om en kommun har övertagit ansvaret för vården enligt 14 kap. 1 § HSL. Av 14 kap. 1 § HSL följer att regionen i vissa fall till en kommun inom regionen får överlåta skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet om regionen och kommunen kommer överens om det. Regionen ska sluta avtal med kommunerna inom regionen om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan (16 kap. 1 § andra stycket HSL).

Den lagändring som föreslås i fråga om ett förtydligat krav på en medicinsk bedömning av läkare vid behov, oavsett tid på dygnet, behöver beaktas av regioner och kommuner vid utformandet av avtal om läkarmedverkan. Lagändringen behöver även beaktas av regionerna när de utformar sina förfrågningsunderlag för det vårdvalssystem i primärvården som har i uppdrag att tillhandahålla läkartjänster till den kommunala hälso- och sjukvården.

8.4 Fast vårdkontakt i kommunal hälso- och sjukvård

Regeringens förslag: Det ska införas en bestämmelse i patientlagen om att kommunen ska utse en fast vårdkontakt, om patienten begär det eller om det inte är uppenbart obehövt, till en patient som får kommunal hälso- och sjukvård i sådant boende eller sådan bostad som anges i 12 kap. 1 eller 2 § hälso- och sjukvårdslagen.

Det ska införas en bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen om att verksamhetschefen ska utse en fast vårdkontakt enligt vad som anges i 6 kap. 2 § patientlagen.

I hälso- och sjukvårdslagen ska även införas ett bemyndigande om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om uppgifter och kompetenskrav för sådan fast vårdkontakt som utses enligt 6 kap. 2 § andra stycket patientlagen.

Regeringens bedömning: Bestämmelsen i hälso- och sjukvårdsförordningen om att verksamhetschefen ska utse en fast vårdkontakt enligt vad som anges i 6 kap. 2 § patientlagen bör tas bort.

I förordning bör regleras vilka uppgifter och vilken kompetens som ska gälla för fast vårdkontakt till den som får kommunal hälso- och sjukvård i sådant boende eller sådan bostad som anges i 12 kap. 1 eller 2 § hälso- och sjukvårdslagen.

Utredningens förslag och bedömning (SOU 2022:41) överensstämmer i huvudsak med regeringens. Utredningen föreslår att det i hälso- och sjukvårdslagen ska införas en bestämmelse om att kommunen ska säkerställa att enskilda som är inskrivna i kommunens primärvård kan få en fast vårdkontakt i kommunen. Utredningen gör ingen bedömning om att bestämmelsen i hälso- och sjukvårdsförordningen tas bort. Utredningens förslag har även en annan lagteknisk och språklig utformning.

Remissinstanserna: Det stora flertalet av remissinstanserna är positiva. *Örnsköldsviks kommun* saknar ett resonemang kring den sekretess som råder inom regionens och kommunens olika verksamheter och hur ett samarbete, såsom är föreslaget, trots det ska kunna ske. *Socialstyrelsen* avstyrker den föreslagna bestämmelsen i 13 a kap. 6 § första stycket HSL om att fast vårdkontakt i kommunen ska utses. Myndigheten anser att en sådan särskild bestämmelse inte behövs eftersom det redan framgår av 6 kap. 2 § och utredningens föreslagna 6 kap. 2 a § patientlagen (2014:821), förkortad PL, när en fast vårdkontakt ska utses. *Göteborgs kommun* uppmärksammar att enligt lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård ska den fasta vårdkontakten i den regionfinansierade öppna vården kalla till en samordnad individuell planering. Kommunen anser det viktigt att de olika huvudmännens ansvar hålls isär då den fasta vårdkontakten i kommunens primärvård inte föreslås ha ett motsvarande ansvar.

Skälen för regeringens förslag och bedömning

Nuvarande reglering

Enligt 6 kap. 2 § PL ska en fast vårdkontakt utses till de patienter som begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Patienten ska få information om detta. Verksamhetschefen ansvarar för att en fast vårdkontakt utses (4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen [2017:80], förkortad HSF). En fast vårdkontakt kan fylla olika funktioner för olika patienter. Ett syfte med en fast vårdkontakt är att en utpekad person ska ha i uppgift att samordna patientens olika vårdkontakter och hålla patienten informerad om vårdprocessen.

En fast vårdkontakt bör kunna bistå patienterna i att samordna vårdens insatser, informera om vårdssituationen, förmedla kontakter med andra relevanta personer inom hälso- och sjukvården och vara kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården och för socialtjänsten samt i förekommande fall andra berörda myndigheter som t.ex. Försäkringskassan (prop. 2009/10:67 s. 62). Utredningen bedömer att en sådan kontaktperson behövs t.ex. för patienter med sammansatta och komplexa vårdbehov som ofta har många vårdkontakter som behöver samordnas. Fast vårdkontakt är en roll som är generellt efterfrågad inom hälso- och sjukvården från såväl patienter som anhöriga och andra närstående. Rollen bidrar till att stärka patientens ställning genom att underlätta personens delaktighet och vårdens tillgänglighet och samordning.

En fast vårdkontakt kan utses i all hälso- och sjukvårdsverksamhet. Då vissa patienter har kontakter med flera olika delar av sjukvården, olika enheter, vårdgivare och kommunal och regional hälso- och sjukvård kommer vissa patienter behöva få fler än en fast vårdkontakt. Dessa

särskilt utpekade personer ska då tillsammans samordna patientens vårdprocesser. En enskild vårdkontakts ansvarsområde begränsas av verksamhetschefens, då det är verksamhetschefen som har ansvaret för den fasta vårdkontakten (prop. 2009/10:67 s. 62).

En fast vårdkontakt kan underlätta såväl för patienter som för hälso- och sjukvårdspersonalen. Det krävs därför inte att patienten begär en fast vårdkontakt för att en sådan ska utses. I många fall är det nödvändigt att det finns utpekad hälso- och sjukvårdspersonal som ansvarar för att fullgöra vissa arbetsuppgifter för att hälso- och sjukvården ska fungera på ett samordnat och sömlöst sätt. En fast vårdkontakt bidrar även till att avlasta anhöriga och andra närstående som annars ofta får ta ett stort ansvar för samordningen av hälso- och sjukvårdsinsatser när patienten själv saknar den förmågan. Ett annat syfte med en fast vårdkontakt är att skapa relationskontinuitet för patientens del. En sådan ska alltid utses om patienten begär det, oavsett om det anses behövt eller inte (6 kap. 2 § PL). Regeringen har angett att patientens egen uppfattning om hans eller hennes behov ska vara styrande (prop. 2009/10:67 s. 61).

Den fasta vårdkontakten bör ha den kompetens som bäst tillgodoser patientens behov. Skälen till att en fast vårdkontakt utses bör därför styra såväl dess kompetens som arbetsuppgifter. Regeringen har tidigare uttalat att en fast vårdkontakt kan vara någon ur hälso- och sjukvårdspersonalen, t.ex. en läkare, sjuksköterska, eller psykolog, men att det också i vissa fall kan vara en mer administrativ funktion som koordinerar patientens vård (prop. 2009/10:67 s. 61).

I dag har få patienter en fast vårdkontakt i kommunal hälso- och sjukvård

Enligt den uppföljning som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har gjort av regelverket om fast vårdkontakt utses en fast vårdkontakt relativt sällan i den kommunala primärvården. Funktionen är betydligt vanligare inom regionens primärvård. Den fullgörs då vanligen av en sjuksköterska (Laga efter läge. Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården, 2020, s. 184). Enligt en rapport från SKR har få personer med hälso- och sjukvård i ordinärt boende en fast vårdkontakt, trots att de har behov av det (Vård och omsorg i hemmet 2019 svårigheter och framgångsfaktorer, s. 23).

Utredningen beskriver att den kommunala sjuksköterskan ofta är den som har kontakter med regionens primärvård och samordnar patientens vård från kommunens sida. I praktiken fungerar sjuksköterskan därmed ofta som patientens fasta vårdkontakt i t.ex. det särskilda boendet. Det är däremot vanligt att denna roll har en annan benämning än fast vårdkontakt, även om funktionen är liknande. Detta får stöd av uppgifter från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Laga efter läge. Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården, 2020, s. 183 och 185). Att benämningarna på en likvärdig funktion varierar medför att det är svårare att följa upp kravet på fast vårdkontakt. Det gör det också svårare för patienter, anhöriga eller andra närstående att veta vad man kan förvänta sig av funktionen.

Patienter med kommunal hälso- och sjukvård har behov av en fast vårdkontakt i kommunen

Äldre och svårt sjuka personer som bor i särskilt boende, eller som har hälso- och sjukvård i ordinärt boende under en längre tid, har ofta komplexa vårdbehov och därmed särskilt stort behov av trygghet, kontinuitet och samordning. Vård- och omsorgsinsatser utförs av flera olika professioner inom kommunen. Läkarinsatser utförs av regionens primärvård. Många äldre personer har även behov av specialiserad hälso- och sjukvård från regionen. Samordningsbehoven är därmed betydande men det är sällan dessa patienter har en fast vårdkontakt i kommunen och patientens sammantagna vård ges alltför sällan på ett strukturerat, sammanhållet och proaktivt sätt. Regeringen anser att behoven hos denna grupp visar på att en fast vårdkontakt i kommunen som utgångspunkt behöver utses för de patientgrupper där huvudmännen delar på primärvårdsansvaret. Det ska därför införas en skyldighet för kommunen att utse en fast vårdkontakt i kommunen, om patienten begär det eller om det inte är uppenbart obehövt, till en patient som får kommunal hälso- och sjukvård i sådant boende eller sådan bostad som anges i 12 kap. 1 eller 2 § HSL.

Kommunen behöver skapa förutsättningar för att fasta vårdkontakter ska kunna utses, genom krav på organisering och bemanning i såväl verksamhet i egen regi som i verksamhet med privata vårdgivare. En fast vårdkontakt behöver som regel utses i anslutning till att patienten börjar få kommunal hälso- och sjukvård i sådant boende eller sådan bostad som anges i 12 kap. 1 eller 2 § HSL.

Då hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende ibland kan omfatta personer med mer tillfälliga och begränsade vårdbehov är det samtidigt rimligt att i vissa fall kunna avstå från att utse en fast vårdkontakt. Det är fråga om situationer där det är uppenbart att patienten inte har behov av en sådan. Det bör dock röra sig om undantagsfall som i sig inte påverkar kommunens planering och styrning som huvudman. En fast vårdkontakt ska därför alltid utses om det inte är uppenbart obehövt.

Regleringen tydliggör för verksamhetschefer i kommunal hälso- och sjukvård att de som utgångspunkt ska utse en fast vårdkontakt i kommunen för personer med kommunal hälso- och sjukvård, men behöver inte utse en sådan om det är uppenbart obehövt. I enlighet med tidigare förarbetsuttalanden ska patientens behov av trygghet samt patientens egen uppfattning om hans eller hennes behov vara styrande för när en vårdkontakt utses (prop. 2009/10:67 s. 61). I en situation där en patient begär en fast vårdkontakt i kommunen ska en sådan alltid utses.

En fast vårdkontakt bör vara en utpekad person i personalen. Det är inte lämpligt att flera i personalen turas om att utföra funktionen från dag till dag. En person bör därför inte heller vara fast vårdkontakt i kommunen till annat än ett rimligt antal patienter. Risken är annars stor att kvaliteten på vårdinsatser försämras och samordningen av olika insatser brister samt att effekten av insatserna inte hinner följas upp och det förebyggande arbetet prioriteras ner. Vad som är ett rimligt antal patienter för en fast vårdkontakt att ansvara för behöver anpassas lokalt, utifrån vårdtyngd, teamarbetets utformning, behovet av samordning och andra faktorer av relevans.

Örnsköldsviks kommun saknar ett resonemang kring den sekretess som råder inom regionens och kommunens olika verksamheter och hur ett samarbete mellan den fasta vårdkontakten i kommunen och fasta kontakter i den regionala hälso- och sjukvården ska kunna ske. I likhet med tidigare uttalanden (prop. 2009/10:67 s. 62) anser regeringen att de fasta vårdkontaktarna ska kunna samverka och samordna vårdens insatser för en enskild patient men att samordning av insatser och förmedling av information med t.ex. andra myndigheter förutsätter samtycke från patienten och att allmänna bestämmelser om sekretess beaktas.

Göteborgs kommun anför att huvudmännens ansvar behöver hållas isär, eftersom det åligger den fasta vårdkontakten i den regionfinansierade öppna vården att kalla till en samordnad individuell planering, i samband med utskrivning från sluten vård medan den fasta vårdkontakten i kommunens hälso- och sjukvård inte föreslås ha ett motsvarande ansvar. Det aktuella förslaget avser fasta vårdkontakter i den kommunala hälso- och sjukvården och inte fasta vårdkontakter i den regionfinansierade vården. Förslaget påverkar således inte den skyldighet som fast vårdkontakt i den regionfinansierade öppna vården har att kalla till en samordnad individuell planering enligt 4 kap 3 § lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Enligt samma lag gäller att om patienten efter utskrivningen behöver insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst, ska en samordnad individuell planering genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna (4 kap. 1 §). När den kommunala hälso- och sjukvården utgör en berörd enhet ska den således kallas till samordnad individuell planering i samband med utskrivning från sluten vård och i dessa fall bör den fasta vårdkontakten i kommunen ha en central roll i planeringen för de personer som efter utskrivning behöver få kommunal hälso- och sjukvård i sådant boende eller sådan bostad som anges i 12 kap. 1 eller 2 § HSL.

Ett bemyndigande om uppgifter för fast vårdkontakt

För att rollen som fast vårdkontakt i kommunen ska fylla den avsedda funktionen och bidra till patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet behöver det förtydligas vilka uppgifter en fast vårdkontakt i kommunen ska ha. En tydlig rollbeskrivning underlättar för såväl patient och anhöriga eller andra närstående, som personal och verksamhetschef. Regeringen föreslår därför ett bemyndigande om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om uppgifter för sådan fast vårdkontakt som utses till en patient som får kommunal hälso- och sjukvård i sådant boende eller sådan bostad som anges i 12 kap. 1 eller 2 § HSL.

Uppgifter för fast vårdkontakt i kommunen bör regleras i förordning. För att säkerställa behovet av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet hos personer som får kommunal hälso- och sjukvård, bedöms behovet av en långsiktig och proaktiv planering vara särskilt stort. Att planera och följa upp patientens vård, för att därefter vid behov anpassa planeringen och vården, är inte en arbetsuppgift som görs en gång utan ett löpande och återkommande arbete. En fast vårdkontakt i kommunen bör därför till exempel ha i uppgift att planera, samordna och följa upp

patientens kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser. Samordningen bör ske tillsammans med andra berörda aktörer, t.ex. patientens fasta läkarkontakt i primärvården och fasta vårdkontakter i andra delar av hälso- och sjukvården samt i förekommande fall även med personens fasta omsorgskontakt samt andra berörda inom socialtjänsten, såsom biståndshandläggare.

Ett bemyndigande om kompetenskrav för fast vårdkontakt

Att en fast vårdkontakt ska ha en kompetens som är ändamålsenlig för de uppgifter den ska utföra framgår av förarbetena till nuvarande reglering (prop. 2009/10:67 s. 61). Att vara fast vårdkontakt för en person med kommunal hälso- och sjukvård kräver kunskap om såväl vårdens medicinska innehåll som hälso- och sjukvårdens strukturer. Personer som får kommunal hälso- och sjukvård har hälsotillstånd som snabbt kan ändras. Den fasta vårdkontakten behöver ha en lämplig kompetens för att kontinuerligt kunna följa upp patienters hälsotillstånd, hur effektiva beslutade insatser är och kunna ta initiativ till nya och ändrade insatser efter behov samt samverka med andra berörda parter. Regeringen föreslår därför ett bemyndigande om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om kompetenskrav för sådan fast vårdkontakt som utses till en patient som får kommunal hälso- och sjukvård i sådant boende eller sådan bostad som anges i 12 kap. 1 eller 2 § HSL.

Kompetenskraven för fast vårdkontakt i kommunen bör regleras i förordning. De uppgifter som fast vårdkontakt i kommunen behöver ansvara för torde kräva medicinsk kompetens vilket talar för att en fast vårdkontakt i kommunen behöver vara legitimerad för ett hälso- och sjukvårdsyrke. Vanligen kommer det troligtvis vara en sjuksköterska som är fast vårdkontakt i kommunen. I vissa fall kan det i stället vara mer ändamålsenligt att funktionen fullgörs av någon med legitimation för ett annat hälso- och sjukvårdsyrke. Till exempel kan vissa personer som får kommunal hälso- och sjukvård främst ha behov av omfattande rehabiliterande insatser. För nämnda personer kan det vara mer ändamålsenligt att t.ex. en arbetsterapeut eller fysioterapeut samordnar deras rehabiliteringskedja med övriga hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Den lagtekniska utformningen

Regeringen föreslår att det i hälso- och sjukvårdslagen ska införas en bestämmelse med ett bemyndigande avseende uppgifter och kompetenskrav för fast vårdkontakt. I dag omnämns inte fast vårdkontakt alls i hälso- och sjukvårdslagen. Enligt 4 kap. 1 § andra meningen HSF ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt enligt vad som anges i 6 kap. 2 § PL. Enligt 6 kap. 2 § PL ska en fast vårdkontakt utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Bestämmelsen om ansvaret att utse en fast vårdkontakt överfördes från hälso- och sjukvårdslagen till hälso- och sjukvårdsförordningen 2017 (prop. 2016/17:43 s. 90–98). Den bakomliggande utredningen bedömde att verksamhetschefen är en så pass central funktion att det motiverar att de grundläggande reglerna återfinns i lag, men att bestämmelsen om

ansvaret att utse en fast vårdkontakt för patienten kan flyttas till förordning. Remissutfallet var blandat. Regeringen instämde i att viss reglering av verksamhetschefen borde flyttas till lägre normgivningsnivå för att minska detaljreglering i lagstiftningen.

För att kunna införa ett bemyndigande i hälso- och sjukvårdslagen avseende uppgifter och kompetenskrav för fast vårdkontakt bör rimligen även bestämmelsen om verksamhetschefens ansvar att utse en sådan finnas i hälso- och sjukvårdslagen. Regeringen föreslår därför att bestämmelsen om ansvaret att utse en fast vårdkontakt i 4 kap. 1 § andra meningen HSF förs tillbaka till lag.

8.5 Uppgifter för fast läkarkontakt till den som får kommunal hälso- och sjukvård

Regeringens förslag: Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela föreskrifter om uppgifter för sådan fast läkarkontakt som utses till en patient som får kommunal hälso- och sjukvård i sådant boende eller sådan bostad som anges i 12 kap. 1 eller 2 § hälso- och sjukvårdslagen.

Regeringens bedömning: I förordning bör regleras föreskrifter om uppgifter för fast läkarkontakt till den som får kommunal hälso- och sjukvård i sådant boende eller sådan bostad som anges i 12 kap. 1 eller 2 § hälso- och sjukvårdslagen.

Utredningens bedömning (SOU 2022:41) överensstämmer med regeringens. Utredningen föreslår inget bemyndigande för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om uppgifter för fast läkarkontakt.

Remissinstanserna: Flertalet remissinstanser som uttalat sig är positiva, däribland *Riksföreningen för sjuksköterskor inom äldre- och demensvård* och *Sveriges läkarförbund*. *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* anser att det är positivt med utredningens betoning av fast vård- och läkarkontakt samt att den fasta läkaren ska delta i samordningen av vården kring den enskilde. *Statens medicinsk-etiska råd (Smer)* menar att fast läkarkontakt alltid bör medverka vid individuell planering och skulle därför hellre se en generell reglering än en särreglering för denna grupp. *Sala kommun* anser att det är av stor vikt att läkaren blir en del av teamet runt patienten för planering, samordning och uppföljning. *Socialstyrelsen* saknar ett förslag till bemyndigande för regeringen att meddela den föreslagna bestämmelsen.

Skälen för regeringens förslag och bedömning

Nuvarande reglering

Patienter ska enligt 6 kap. 3 § PL få möjlighet att välja och få tillgång till en fast läkarkontakt hos den utförare inom primärvården som patienten valt genom listning enligt 7 kap. 3 a § HSL. Regionerna är enligt 7 kap. 3 § HSL skyldiga att organisera sin primärvård så att patienter kan göra detta.

Regeringen har tidigare uttalat att den fasta läkarkontakten i primärvården ska svara för att patienten undersöks, om möjligt ställa diagnos och se till att patienten får den medicinska vård som hans eller hennes tillstånd fordrar eller att andra relevanta åtgärder vidtas. I läkarens ansvar ingår att vägleda patienten i hans eller hennes kontakter med övrig hälso- och sjukvård och i förekommande fall samordna de undersöknings- och behandlingsåtgärder som vidtas. Läkaren ska också informera patienten om hans eller hennes hälsotillstånd och om de behandlingsmöjligheter som finns tillgängliga och vilken av dessa som ur medicinsk synpunkt bedöms vara bäst lämpad för patienten. Det är en viktig uppgift för läkaren att se till att patienten får en reell möjlighet att samråda om och påverka vården och behandlingen (prop. 1994/95:195 s. 41 och 42).

När bestämmelsen om fast läkarkontakt infördes framhölls att funktionen torde vara särskilt viktig för dem med sådana hälsoproblem som innebär att de ofta behöver kontakt med hälso- och sjukvården (prop. 1994/95:195 s. 41). Det gäller i hög grad dem som får kommunal hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen har visat att flera regioner prioriterar att erbjuda en fast läkarkontakt till patienter med kommunal hälso- och sjukvård. Samtidigt har myndigheten under lång tid påtalat att tillgången till läkare i särskilt boende är otillräcklig. För ordinärt boende finns mindre underlag att utgå från men undersökningar pekar på att läkarinsatsen fungerar ännu sämre där. Utredningen beskriver att organiseringen av läkarresurserna till kommunal hälso- och sjukvård kan se väldigt olika ut, även om avtalen om läkarmedverkan enligt 16 kap 1 § HSL generellt har bestämmelser om att det ska utses en namngiven ansvarig läkare för varje patient som har kommunal hälso- och sjukvård. Att det finns en utsedd ansvarig läkare för patienten behöver i praktiken inte innebära att den läkaren regelbundet träffar patienten. Det kan vara så att det finns en fast läkarkontakt "på papper", men att patienten i praktiken inte får träffa samma läkare i någon större utsträckning och att denna inte är särskilt involverad i patientens vård eller tar ansvar för samordningen med andra berörda delar av vården. Regeringen bedömer att detta är särskilt allvarligt för patienter med kommunal hälso- och sjukvård, eftersom det i hög grad rör sig om de sköraste patienterna med komplexa hälsoproblem och svåra funktionsnedsättningar.

Regionerna behöver som huvudmän skapa förutsättningar för fasta läkarkontakter att utföra sina uppgifter, genom att ställa nödvändiga krav på organisering och bemanning i såväl verksamhet i egen regi som i verksamhet med privata vårdgivare. Socialstyrelsen har tagit fram ett nationellt riktvärde för antalet invånare som en läkare som arbetar i primärvården kan vara fast läkarkontakt för samt ett stödmaterial för dimensionering av fast läkarkontakt. Det nationella riktvärdet är ett stöd när regionerna och enskilda hälso- och vårdcentraler planerar, fördelar resurser och gör uppföljningar. Riktvärdet är varken ett golv eller ett tak. Det behöver anpassas utifrån lokala förutsättningar, exempelvis hur stora vårdbehov invånarna har. Vilka andra yrkesgrupper som ingår i teamet på hälso- eller vårdcentralen och hur de arbetar har också betydelse. De anställda läkarnas erfarenhet och tjänstgöringsgrad är exempel på andra faktorer som bör vägas in. Lokalt behöver man t.ex. ta ställning till vad som är ett rimligt antal patienter med kommunal hälso- och sjukvård för en fast läkarkontakt i primärvården att ansvara för.

Ett bemyndigande om uppgifter för fast läkarkontakt till den som får kommunal hälso- och sjukvård

För att rollen som fast läkarkontakt i primärvården ska fylla den avsedda funktionen i förhållande till den som får kommunal hälso- och sjukvård behöver det förtydligas vilka uppgifter en fast läkarkontakt ska ha i dessa fall. En tydlig uppgiftsbeskrivning underlättar för såväl patient och anhöriga eller andra närstående, som övrig vårdpersonal och verksamhetschef. Regeringen föreslår därför ett bemyndigande om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om uppgifter för den som är fast läkarkontakt till en patient som får kommunal hälso- och sjukvård i sådant boende eller sådan bostad som anges i 12 kap. 1 eller 2 § HSL. Uppgifter för fast läkarkontakt till den som får sådan kommunal hälso- och sjukvård bör regleras i förordning.

Ett nära samarbete och en fungerande planering och uppföljning är centralt för att kunna ge en god, nära och samordnad vård till dessa patienter. Alla personer som får kommunal hälso- och sjukvård har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från båda huvudmännen, eftersom regionen ansvarar för läkarinsatser. Berörda professioner, inklusive patientens läkare, behöver samarbeta för att få till en sammanhängande helhet för personen. För att garantera att läkare är delaktiga i planeringen, samordningen och uppföljningen av patientens primärvård bör en fast läkarkontakt till den som får kommunal hälso- och sjukvård till exempel ha i uppgift att delta i planering, samordning och uppföljning av patientens hälso- och sjukvård, och i upprättandet av den individuella planen enligt 16 kap. 4 § HSL. Samordningen bör ske tillsammans med andra berörda aktörer, t.ex. patientens fasta vårdkontakter i olika delar av hälso- och sjukvården samt i förekommande fall även med personens fasta omsorgs-kontakt samt andra berörda inom socialtjänsten, såsom biståndshandläggare.

Smer menar att fast läkarkontakt alltid bör medverka vid individuell planering och skulle därför hellre se en generell reglering än en särreglering för denna grupp. Regeringen konstaterar att rapporter återkommande visar på problem med tillgång till läkare och kontinuitet i läkarkontakt för patienter med kommunal hälso- och sjukvård. Det är särskilt problematiskt eftersom det ofta rör sig om patienter med komplexa och långvariga problem och återkommande vårdkontakter. För att ytterst kunna erbjuda en jämlik hälso- och sjukvård finns det därför behov av att särskilt tydliggöra uppdraget i förhållande till denna grupp.

Regeringen har gett en särskild utredare i uppdrag att bl.a. analysera hur en fast läkarkontakt inom specialiserad vård bör förhålla sig till funktionerna fast vårdkontakt och fast läkarkontakt i primärvården och lämna nödvändiga författningsförslag (dir. 2024:50). Uppdraget ska redovisas senast den 25 maj 2026. Enligt nuvarande reglering finns dock funktionen fast läkarkontakt endast i primärvården (7 kap. 3 § HSL). Det föreslagna bemyndigandet avser således funktionen fast läkarkontakt i primärvården.

9 Termen hemsjukvård tas bort

Regeringens förslag: Termen hemsjukvård ska tas bort från hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen. Hemsjukvård ska ersättas med hälso- och sjukvård i hemmet i 12 kap. 4 §, 14 kap. 2 § och 16 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen.

Regeringens bedömning: Termen hemsjukvård bör tas bort från 11 kap. 9 § 6 trafikförordningen.

Utredningens förslag och bedömning (SOU 2020:19) överensstämmer med regeringens.

Remissinstanserna: En stor majoritet av remissinstanserna som uttalat sig är positiva till förslaget, däribland *Socialstyrelsen*, *Vårdförbundet*, *Distriktsköterskeföreningen* och de flesta regioner och kommuner. *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* tillstyrker förslaget och ser positivt på utredningens ambition att öka kunskapen och tydliggöra kommunernas roll i hälso- och sjukvården. *Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering (Riksföreningen för MAS och MAR)* anser att den föreslagna termen innebär ett viktigt tydliggörande. *Funktionsrätt Sverige* tillstyrker men anför att det krävs mer än en semantisk förändring – det krävs resurser, utbildningsinsatser och inte minst kulturförändringar. Några kommuner och regioner, däribland *Sollefteå kommun* och *Region Uppsala* anför att det bör tydliggöras att hälso- och sjukvård i hemmet även bedrivs vid kommunernas särskilda boenden. *Jönköpings kommun* anser termändringen vara positiv men att förändringen kan innebära nya åtaganden som kan driva kostnaderna ytterligare.

Skälen för regeringens förslag och bedömning: En ny socialtjänstlag träder i kraft den 1 juli 2025, i fortsättningen benämnd nya socialtjänstlagen eller nya SoL (prop. 2024/25:89, bet. 2024/25:SoU23, rskr. 2024/25:210). Därför görs hänvisningar även till paragrafer i nya socialtjänstlagen i det följande.

Enligt 12 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, får kommunen erbjuda den som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), SoL (8 kap. 4 § andra stycket nya SoL). Regionen får till en kommun inom regionen överlåta skyldigheten att erbjuda hemsjukvård i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket SoL (8 kap. 4 § andra stycket nya SoL), om regionen och kommunen kommer överens om det. Överenskommelsen får inte avse ansvar för hälso- och sjukvård som ges av läkare (14 kap. 1 § HSL). I dag har alla regioner förutom en ingått en sådan överenskommelse.

Det finns ingen definition av hemsjukvård i hälso- och sjukvårdslagen eller tandvårdslagen (1985:125). Hemsjukvård är en term som infördes i samband med Ädelreformen 1992 i den numera upphävda hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), även där utan en definition. Av förarbeten framgår att den hemsjukvård som kommuner kan få ta över ansvaret för är den del av primärvården som utför hälso- och sjukvård i enskildas hem i det vanliga bostadsbeståndet. Det finns inget i förarbetena om att

hemsjukvård skulle vara något annat än hälso- och sjukvård som genomförs i hemmet (prop. 1990/91:14 s. 59 och 60). Vid framtagande av den nu gällande hälso- och sjukvårdslagen anförde Lagrådet i sitt yttrande att det skulle ha varit en fördel om termen hemsjukvård hade kunnat ges en bestämd innebörd i den nya lagen. Lagrådet konstaterade att det saknades beredningsunderlag för att lägga fast en definition i lagen. För att undvika missförstånd kunde enligt Lagrådet en möjlighet vara att i lagtexten avvara ordet hemsjukvård där det förekommer och i stället använda uttrycken ”hälso- och sjukvård i hemmet” (8 kap. 8 §) och ”hälso- och sjukvård i ordinärt boende” (övriga bestämmelser). Regeringen uttalade att hemsjukvård i den mening som avses i hälso- och sjukvårdslagen får anses bestå av insatser som går utöver vad som avses med ”hälso- och sjukvård i hemmet” eller ”hälso- och sjukvård i ordinärt boende”. Dessa uttryck torde exempelvis även kunna omfatta enstaka hembesök av hälso- och sjukvårdspersonal. Regeringen ansåg därför att uttrycket ”hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård)” som huvudregel bör användas även i den nya lagen (prop. 2016/17:43 s. 105).

Enligt 8 § första stycket tandvårdslagen ska regionen planera tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov av tandvård. Regionen ska se till att det finns tillräckliga resurser för patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser och att patientgrupper med behov av särskilt stöd erbjuds tandvård. Regionen ska vid tillämpningen av 8 § särskilt se till att uppsökande verksamhet bedrivs bl.a. bland dem som har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som får hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård). Det finns inte heller något i förarbetena till tandvårdslagen som antyder att hemsjukvård skulle vara något annat än hälso- och sjukvård som genomförs i hemmet (prop. 1997/98:112 s. 29–31).

Utredningen bedömer att avsaknaden av en definition för termen hemsjukvård har bidragit till att det uppstått en otydlighet och att den hälso- och sjukvård som utförs i hemmet av kommunerna många gånger ses som en egen form av vård. Regeringen konstaterar att den hälso- och sjukvård som utförs i hemmet kan innebära särskilda anpassningar gällande logistik samt kunskap och kompetens hos utförare men det ska inte råda någon oklarhet kring att den hälso- och sjukvård som utförs i hemmet är att likställa med övrig hälso- och sjukvård i fråga om de krav som ställs på vården enligt hälso- och sjukvårdslagen. Regeringen anser mot denna bakgrund att det finns skäl för att ta bort termen hemsjukvård i hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen, och i tillämpliga bestämmelser ersätta den med hälso- och sjukvård i hemmet. Termen hemsjukvård ska tas bort från 8 kap. 8 §, 12 kap. 2 och 4 §§, 14 kap. 1 och 2 §§ och 16 kap. 1 § HSL samt 8 a § tandvårdslagen. Därmed kommer i nämnda bestämmelser endast termen hälso- och sjukvård i hemmet att förekomma. Hemsjukvård ska ersättas med hälso- och sjukvård i hemmet i 12 kap. 4 §, 14 kap. 2 § och 16 kap. 1 § HSL. Därmed tydliggörs att den hälso- och sjukvård som utförs i hemmet har samma kvalitetskrav, krav på adekvat resurssättning och kompetenskrav. Förslaget innebär ingen ändring i kommunernas ansvar utan utgör enbart ett förtydligande av vad som redan gäller. När det gäller de synpunkter som *Jönköpings kommun* för fram kan regeringen därmed konstatera att det inte är fråga om nya åtaganden som är kostnadsdrivande.

Sollefteå kommun och *Region Uppsala* anför att det bör tydliggöras att hälso- och sjukvård i hemmet även bedrivs vid kommunernas särskilda boenden. Regeringen konstaterar att hälso- och sjukvård i hemmet avser den hälso- och sjukvård som kommunen *får* erbjuda enligt 12 kap. 2 § HSL. Vad gäller särskilda boenden som omfattas av 12 kap. 1 § HSL har kommunen *en skyldighet* att erbjuda hälso- och sjukvård. I båda fallen tillhandahåller kommunen hälso- och sjukvård som ges på den plats där patienten i fråga bor. Det är samma kvalitetskrav och grundläggande regelverk som ska gälla för den hälso- och sjukvård som utförs oavsett om den sker på ett särskilt boende av något slag eller i en persons ordinära boende.

10 Stärkt informationskrav

Regeringens förslag: En patient ska få information om vem som är patientens fasta vårdkontakt och fasta läkarkontakt samt hur patienten kan komma i kontakt med sin fasta vårdkontakt, sin fasta läkarkontakt och sina vårdenheter.

Utredningens förslag (SOU 2022:22) överensstämmer i huvudsak med regeringens. Utredningen föreslår att en patient ska få kontaktuppgifter till sin fasta vårdkontakt och fasta läkarkontakt. Utredningens förslag har även en annan språklig utformning.

Remissinstanserna: En övervägande majoritet av de remissinstanser som yttrar sig stöder förslaget, däribland *Autism Sverige* (tidigare *Autism- och Aspergerförbundet*), *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*, *Myndigheten för delaktighet*, *Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)*, *Funktionsrätt Sverige* och *Sveriges läkarförbund*. *Socialstyrelsen* tillstyrker förslaget men anser att det bör förtydligas att bestämmelsen handlar om möjlighet till kontakt och kontaktvägar. Ordet kontaktuppgifter skulle kunna misstolkas som att enskilda mejladresser eller telefonnummer kan lämnas ut. *Inspektionen för vård och omsorg (IVO)* ser positivt på förslaget. För att kunna uppnå intentionerna med de föreslagna förändringarna bör dock vårdgivarens skyldigheter också vara tydligt framskrivna.

Flera kommuner, däribland *Göteborgs* och *Karlstads kommuner* är positiva och anser att förslaget ger förutsättningar för ökad delaktighet och självbestämmande för patienten. *Stockholms kommun* uppger att patientgrupper som har svårt att få tillgång till vård, exempelvis personer i hemlöshet, missbruk, psykisk ohälsa eller andra former av social utsatthet är sannolikt i extra stort behov av lättillgänglig, tydlig och målgruppsanpassad information. *Region Kalmar län* tillstyrker förslaget, men anser att kontaktuppgifter till fast vårdkontakt och fast läkarkontakt endast bör tilldelas de patienter som har ett omfattande behov av regelbunden vårdkontakt för att inte kraftigt öka den administrativa bördan på verksamhetsnivå. *Region Västernorrland* tillstyrker en ny bestämmelse om information om fast vårdkontakt, men avstyrker förslaget om att patienten ska få information om kontaktuppgifter till sina fasta kontakter

och vårdenheter eftersom vården måste kunna behålla kontrollen över arbetsmiljö och administrativa processer.

Skälen för regeringens förslag

Nuvarande reglering

Tillgänglig information är avgörande för patientens möjlighet att utöva självbestämmande och vara delaktig i vården och bör därför genomsyra hela hälso- och sjukvården. En informerad patient är också en förutsättning för en effektiv vård (prop. 2013/14:106 s. 47).

I 3 kap. patientlagen (2014:821), förkortad PL, finns bestämmelser om information. I 3 kap. 1 § finns en punktuppställning med vad en patient ska få information om, t.ex. sitt hälsotillstånd, det förväntade vård- och behandlingsförloppet samt eftervård. Av förarbetena till bestämmelsen framgår att paragrafen inte är avsedd att tolkas uttömmande. Om patienten behöver ytterligare information måste sådan ges. Det är dock inte alla gånger aktuellt att informera enligt samtliga punkter i paragrafen. Informationen ska således anpassas efter vad som är relevant i det enskilda fallet (prop. 2013/14:106 s. 114).

En patient ska vidare få information om möjligheten att välja och få tillgång till en fast läkarkontakt samt möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt (3 kap. 2 § 3 och 4 PL). Vidare ska en patient som skrivs ut från slutenvård få sammanfattande information om den vård och behandling som getts under vårdtiden, om avsikten är att patienten ska få insatser från socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård eller den regionfinansierade öppna vården. Om information finns tillgänglig, ska patienten även få uppgifter om vem som är patientens fasta vårdkontakt, tidpunkt för när samordnad individuell planering avses genomföras och uppgifter om befintliga planer för vård och omsorg efter utskrivningen (3 kap. 2 b § PL).

Informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar (3 kap. 6 § PL). Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen. Informationen ska lämnas skriftligen om det behövs med hänsyn till mottagarens individuella förutsättningar eller om mottagaren ber om det (3 kap. 7 § PL). Om informationen inte kan lämnas till patienten, ska den i stället såvitt möjligt lämnas till en närstående till patienten (3 kap. 4 § PL). Informationen får dock inte lämnas till patienten eller någon närstående om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt hindrar detta (3 kap. 5 § PL).

Patienten ska få information om sina fasta kontakter i vården och hur den kan komma i kontakt med dem

Att öka patientens kunskap är ett medel för att stärka dennes makt och inflytande. När en patient vet vem den kan kontakta i olika frågor och när det går att komma i kontakt med önskad person i vården finns större förutsättningar för att patienten känner trygghet och tillit till vården och att patienten upplever vården som mer tillgänglig. En välinformerad patient har också större förutsättningar att kunna vara autonom och ta ansvar för

sin egen vård när den kan och vill utifrån sina förutsättningar (prop. 2013/14:106 s. 47).

De lagreglerade rollerna fast vårdkontakt och fast läkarkontakt i primärvården är centrala för att uppnå såväl en stärkt ställning och delaktighet för patienten som för att kunna ge en god och säker vård. Ett av målen med primärvårdsreformen är att kontinuiteten i primärvården ska öka. Kärnan i kontinuiteten ska vara en fast läkarkontakt för alla patienter som vill ha det (prop. 2019/20:164 s. 27–32).

I en situation där en patient inte har kännedom om vem som är ens fasta läkarkontakt eller fasta vårdkontakt försvåras möjligheten för patienten att själv styra mot kontinuitet i sina kontakter, genom att t.ex. hellre vänta lite längre på ett icke-akut vårdbesök hos sin fasta kontakt än att ta första tillgängliga tid hos någon annan. En patient som saknar information om sina kontakter och vårdenheter har begränsande möjlighet att själv ta ansvar för sin vård, genom att t.ex. initiera en vårdkontakt. En patient som själv initierar vårdkontakter för att t.ex. stämma av förändringar i hälsotillståndet kan leda till minskade vårdbehov på längre sikt.

Mot bakgrund av den centrala roll som funktionerna fast läkarkontakt och fast vårdkontakt har ser regeringen ett behov av att tydliggöra att patienten ska få information om vem eller vilka som är en patients fasta kontakter (när sådana finns) samt hur en patient kan komma i kontakt med dessa och sina vårdenheter. Regeringen föreslår därför att ett utökat informationskrav ska regleras i 3 kap. 2 § PL. Bestämmelserna i 3 kap. PL gäller all hälso- och sjukvård oavsett om utföraren är offentlig eller privat, oavsett vem som är huvudman och oavsett vem som finansierar vården, (prop. 2013/14:196 s. 42). Det innebär att patienten ska få information om sina fasta vårdkontakter i såväl regionalt och kommunalt finansierad hälso- och sjukvård som hos enskilda utförare som inte utför offentligt finansierad hälso- och sjukvård.

Förslaget innebär att man måste namnge den aktuella kontakten. Det är inte tillräckligt att informera patienten om att det har utsetts en fast vårdkontakt inom en viss profession eller en fast läkarkontakt med viss specialistkompetens utan att tala om vem det är. Förslaget innebär vidare att patienten ska få information om hur en kontakt kan tas med patientens fasta vårdkontakt, fasta läkarkontakt och vårdenheter. Regeringen instämmer med Socialstyrelsen om att ordet ”kontaktuppgifter” som utredningen använder skulle kunna misstolkas som att enskilda mejladresser eller telefonnummer måste lämnas ut. Regeringen föreslår därför formuleringen ”hur en kontakt kan tas”. Detta varken utesluter eller kräver att information om enskilda mejladresser eller telefonnummer lämnas ut. Förslaget innebär att patienten kan få en kontaktuppgift i form av t.ex. ett telefonnummer eller meddelandefunktion där kontakten kan nås direkt. Det stärkta informationskravet kan dock även uppfyllas genom att patienten t.ex. ges ett telefonnummer där den utsedda fasta kontakten kan nås under angivna telefontider, eller information om hur kontakten kan nås via vårdgivarens chattfunktion som kan vara antingen synkron (i realtid) eller asynkron (med fördröjning).

När patienten har aktuell information om sina fasta kontakter i vården och hur dessa kan kontaktas, kan tiden som övrig vårdpersonal lägger på att lotsa patienter rätt i systemet minska. Patienter som har kontaktinformation som gör att de känner sig trygga med att de vid behov kan få

kontakt med vården torde inte överutnyttja dessa. Till skillnad från *Region Kalmar* och *Region Västernorrland* bedömer regeringen således att det stärkta informationskravet inte bör medföra en ökad administrativ börda utan snarare ha en positiv påverkan på denna och på arbetsmiljön inom vården.

Med vårdenhet avses en enhet där en patient har pågående vårdkontakter. Det kan röra sig om t.ex. en klinik, en vårdcentral eller ett verksamhetsområde inom hälso- och sjukvården.

Det föreslagna stärkta informationskravet stärker patientens ställning och skapar förutsättningar för patienten att vid behov enklare komma i kontakt med sin namngivna fasta kontakt i vården eller med rätt vårdenhet. Patienten behöver inte lägga energi på att leta efter relevanta kontaktuppgifter utan kan kontakta rätt vårdenhet eller person direkt. *Region Kalmar län* anser att kontaktuppgifterna endast bör ges de patienter som har ett omfattande behov av regelbunden vårdkontakt. Regeringen bedömer att det stärkta informationskravet är av särskild vikt för patienter med kroniska sjukdomar och patienter med många olika kontakter i vården, men likväl relevant för samtliga patienter.

IVO anser att vårdgivarens skyldigheter också bör vara tydligt framskrivna. I förarbeten till patientlagen anförde regeringen att det är i det personliga mötet mellan patient och behandlande vårdpersonal som mycket av den information som patienten behöver ska kommuniceras. Av patientsäkerhetslagen följer att den som har ansvaret för vården av en patient har en skyldighet att ge honom eller henne information. Informationsskyldigheten åligger således i första hand den som har det direkta ansvaret för den vårdsituation som informationen avser. Det är däremot vårdgivarens ansvar att organisera verksamheten så att hälso- och sjukvårdspersonalen kan uppfylla sin informationsskyldighet. Verksamhetschefen vid enheten ansvarar för att det finns rutiner eller lokala instruktioner som både möjliggör och säkerställer att patienten kan få del av information av sådant innehåll och i sådan omfattning som föreskrivs (prop. 2013/14:106 s. 47 och 48).

11 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Regeringens förslag: Lagändringarna ska träda i kraft den 1 juli 2026.

Regeringens bedömning: Det finns inget behov av övergångsbestämmelser.

Utredningarnas förslag och bedömning (SOU 2020:19, SOU 2021:6, SOU 2022:22 och SOU 2022:41) överensstämmer delvis med regeringens. Utredningarna föreslår tidigare ikraftträdandedatum. I SOU 2020:19 finns ingen bedömning om övergångsbestämmelser.

Remissinstanserna: Ett fåtal remissinstanser anser att tiden för ikraftträdandet av författningsändringarna i SOU 2022:41 är för snäv. I övrigt

har ingen av remissinstanserna synpunkter på utredningarnas förslag och bedömning.

Skälen för regeringens förslag och bedömning: Regeringen bedömer att berörda aktörer behöver få tid för att förbereda och anpassa sig till de nya bestämmelserna och föreslår därför att lagändringarna ska träda i kraft den 1 juli 2026. Regeringen bedömer att det inte finns något behov av övergångsbestämmelser.

12 Konsekvenser

12.1 Konsekvenser för patienter och en jämlik vård

Förslagen bedöms bidra till en stärkt medicinsk kompetens i kommunerna och ett mer jämlikt omhändertagande i hälso- och sjukvården. Förslagen bedöms även kunna bidra till ett stärkt förebyggande och hälsofrämjande arbete. Därigenom medverkar förslagen på sikt till en förbättrad och mer jämlik vård och en bättre hälsa. Förslagen tydliggör vad en patient kan förvänta sig i olika situationer, vilket stärker patientens ställning och underlättar för såväl patienten som dess närstående. Förslagen förväntas skapa förutsättningar för bättre kontinuitet inom vården och bättre samordning av vårdens insatser för patienten.

Förtydligandet om att primärvården ska tillgodose både fysiska och psykiska vårdbehov förväntas bidra till ett mer jämlikt omhändertagande av psykisk ohälsa. Avsikten med det reglerade grunduppdraget i 13 a kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, är nationell enhetlighet avseende en miniminivå av vad primärvården ska erbjuda. Därigenom förväntas en mer jämlik tillgång till en likvärdig primärvård kunna uppnås. Förtydligandet ger även en signal till befolkningen om att primärvården är rätt vårdnivå att vända sig till som första ingång vid psykisk ohälsa. Vidare tydliggörs huvudmännens uppdrag att möjliggöra medverkan för dess personal vid genomförande av forskningsarbete i primärvården även inom detta område. Därigenom kan möjligheten för forskning förbättras på områden där kunskap i dag saknas, vilket bidrar till förbättrad kvalitet och patientsäkerhet även för kommande patienter.

Förslagen i avsnitt 7 och 8 bedöms medföra en nödvändig förstärkning av den medicinska kompetensen i kommunerna och bidra till en högre medicinsk kvalitet. Förslagen förväntas även bidra till ökad trygghet och kontinuitet i relationen mellan patient och hälso- och sjukvården samt bättre samordning av vården för patienten. Sammantaget bedöms förslagen medföra en förbättrad tillgång till en god och säker vård för patienter inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Förslaget om att fast vårdkontakt i kommunen som regel ska utses till personer som får kommunal hälso- och sjukvård (avsnitt 8.5) förväntas innebära att närstående kan bli avlastade vissa administrativa bördor kopplat till bl.a. samordning och i stället involveras utifrån en mer personcentrerad vård och omsorg.

Förslaget om stärkt informationskrav (avsnitt 10) innebär att patienters ställning stärks eftersom de får bättre tillgång till relevant information. När

en patient vet vem den kan kontakta för olika frågor, och när det går att komma i kontakt med önskad person i vården, finns större förutsättningar för patienten att känna trygghet och tillit till hälso- och sjukvården och uppleva den som mer tillgänglig. En välinformerad patient har även bättre förutsättningar att kunna ta visst ansvar för sin vård, i den mån patienten kan och vill samt utifrån sina egna förutsättningar. Förslagen kan även underlätta situationen för anhöriga till patienter med kommunal hälso- och sjukvård och stärka deras förutsättningar att stödja den enskilde i sina vårdkontakter.

12.2 Konsekvenser för barn

Merparten av förslagen avser den kommunala hälso- och sjukvården som till övervägande del avser vuxna personer, de flesta över 65 år. Det varierar i vilken grad kommunerna tagit över något ansvar för hälso- och sjukvård i hemmet för barn. Dessa förslag bedöms inte få några direkta konsekvenser för barn i de kommuner som ej tagit över sådant ansvar. För barn som får kommunal hälso- och sjukvård i hemmet förväntas förslagen medföra samma positiva effekter som för vuxna. Förslagen kan även underlätta situationen för barn i rollen som anhöriga, t.ex. genom tydligare informationen om fasta kontakter och vårdenheter, och hur dessa kan kontaktas vid behov.

Förtydligandet om att primärvården ska tillgodose både fysiska och psykiska vårdbehov (avsnitt 6) ger en tydlig signal till allmänheten, patienter, brukare, närstående m.fl. om att primärvården har rollen att som första instans möta människor med psykisk ohälsa. Det är ett tydliggörande som bedöms vara centralt för många barn och unga med egen psykisk ohälsa men även för barn som är anhöriga till en person med psykisk ohälsa. Dessa barn befinner sig i en särskilt utsatt situation och hälso- och sjukvården har ett lagstadgat ansvar att beakta dessa barns behov av information, råd och stöd (5 kap. 7 § HSL).

12.3 Konsekvenser för det kommunala självstyret

Enligt 14 kap. 2 § regeringsformen (RF) sköter kommunerna lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund. Enligt 14 kap. 3 § RF bör en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranlett den. Vid proportionalitetsbedömningen ska det göras dels en analys av de konsekvenser det tänkta förslaget får för den kommunala självstyrelsen, dels en avvägning mellan de kommunala självstyrelseintressena och de nationella intressen som den föreslagna lagstiftningen ska tillgodose.

Förslagen syftar primärt till att tydliggöra primärvårdens uppdrag och ansvar och därigenom förbättra hälso- och sjukvården för dem som får delar av sin primärvård från den kommunala hälso- och sjukvården. Förslagen förväntas utgöra ett stöd för huvudmän och vårdgivare inom hälso- och sjukvård i utövandet av sina respektive ansvar.

Förslaget om MAR (avsnitt 7) utgör ett nytt åtagande och en inskränkning i den kommunala självstyrelsen eftersom det ställer specifika krav på hur kommunerna organiserar sig. Medicinsk kompetens inom rehabilitering är nödvändig för att kunna säkerställa en förebyggande, god och säker vård samt öka jämlikheten i tillgången till insatser inom rehabilitering och hjälpmedel. Eftersom alla kommuner inte säkerställer detta på egen hand är det ett nödvändigt att ställa krav på sådan kompetens. Då frivillig reglering om MAR har funnits sedan 1991 men det fortsatt bara är cirka hälften av landets kommuner som inrättat MAR bedöms det inte finns något mindre ingripande sätt att säkerställa detta på. Sammantaget anser regeringen att den inskränkning i den kommunala självstyrelsen som förslaget om MAR innebär är proportionerlig.

Förslaget om fast vårdkontakt i kommunal hälso- och sjukvård (avsnitt 8.4) innebär en viss inskränkning i det kommunala självstyret, eftersom det innebär att det som utgångspunkt ska utses en fast vårdkontakt i kommunen till patienter som får kommunal hälso- och sjukvård i sådant boende eller sådan bostad som anges i 12 kap. 1 eller 2 § HSL, om det inte är uppenbart obehövt. Regeringen konstaterar dock att behoven hos de patienter som får kommunal hälso- och sjukvård visar på att de som utgångspunkt är i behov av en fast vårdkontakt i kommunen för att deras behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet ska kunna tillgodoses. Det innebär att de redan med dagens reglering ska få en fast vårdkontakt utsedd i kommunen. Inskränkningen i den kommunala självstyrelsen bedöms vara marginell och proportionerlig.

De föreskrifter som kan komma att meddelas med stöd av det bemyndigande som föreslås avseende uppgifter och kompetens för fast vårdkontakt kan innebära en viss inskränkning i det kommunala självstyret, då sådana föreskrifter kan minska kommunernas handlingsfrihet. Föreskrifterna skulle dock i huvudsak förtydliga det som redan gäller enligt 6 kap. 2 § patientlagen (2014:821), PL, dvs. att det är fråga om kompetens och uppgifter som ska syfta till att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Även de föreskrifter som kan komma att meddelas med stöd av det bemyndigande som föreslås avseende uppgifter för fast läkarkontakt kan komma att utgöra en viss inskränkning i det kommunala självstyret. Även här rör det sig i huvudsak om ett förtydligande av det som redan gäller (se prop. 1994/95:195 s. 41 och 42), och avsikten är att sätta ljus på den specifika kontexten i kommunal hälso- och sjukvård. Förslagen om bemyndiganden avseende fast vårdkontakt och fast läkarkontakt bedöms nödvändiga för att garantera patienter med kommunal hälso- och sjukvård en likvärdig vård. Den inskränkning i den kommunala självstyrelsen som föreskrifter meddelade med stöd av bemyndigandena kan innebära bedöms mot denna bakgrund vara marginell och proportionerlig.

Även förslaget om att en patient ska få information om vem som är patientens fasta vårdkontakt och fasta läkarkontakt samt hur patienten kan komma i kontakt med sin fasta vårdkontakt, fasta läkarkontakt och sina vårdenheter (avsnitt 10) innebär en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Inskränkningen bedöms dock vara av marginell karaktär. Redan i dag finns ett ansvar att informera patienter om möjligheten att välja och få tillgång till en fast läkarkontakt samt möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt (3 kap. 2 § p. 3 och 4 PL).

Om information finns tillgänglig i samband med att patienten skrivs ut från sluten vård, ska patienten även få uppgifter om bl.a. vem som är patientens fasta vårdkontakt (3 kap. 2 b § PL). Då dessa krav redan föreligger torde det vara en rimlig följd att även informera om vem som är patientens fasta kontakter, när sådana finns, samt hur patienten kan komma i kontakt med dessa och sina vårdenheter. Inskränkningen bedöms mot denna bakgrund vara marginell och proportionerlig.

Övriga förslag utgör förtydliganden om vad som redan följer av gällande rätt och innebär ingen inskränkning i den kommunala självstyrelsen.

12.4 Ekonomiska konsekvenser

Förslagen syftar primärt till att tydliggöra primärvårdens uppdrag och ansvar och därigenom förbättra hälso- och sjukvården för dem som får delar av sin primärvård från den kommunala hälso- och sjukvården. En väl fungerande kommunal hälso- och sjukvård är avgörande för omställningen till nära vård, med primärvården som nav och förslagen är en del i arbetet med omställningen. Omställningen bedöms på sikt leda till en större kostnadseffektivitet (prop. 2019/20:164 s. 105). Dessa effekter uppstår dock inte direkt. Regeringen har därför sedan 2019 tillfört omfattande stöd för att huvudmännen ska ha möjlighet att arbeta med omställningen och en utbyggd primärvård. Sedan 2020 avsätts årligen 3 miljarder kronor för omställningen till en nära vård med primärvården som nav. Under 2024–2026 görs även en förstärkt satsning på en utbyggd primärvård, om totalt nästan 1 miljard kronor, fördelat över de tre åren. Under perioden 2023–2025 har regeringen även avsatt 300 miljoner kronor per år för primärvård på landsbygd.

Merparten av medlen till stöd för omställningen har tidigare fördelats till regioner och kommuner via en överenskommelse med SKR. Fr.o.m. 2025 kommer merparten av dessa medel i stället att fördelas genom förordningen (2024:1253) om statsbidrag till regioner och kommuner för utveckling av en god och nära vård.

Förslaget om förtydligande om att primärvården ska tillgodose både fysiska och psykiska vårdbehov (avsnitt 6)

Några remissinstanser såsom *SKR*, *Malmö kommun*, *Region Uppsala* och *SFAM*, anser att förslaget innebär en ambitionshöjning och att den kommunala finansieringsprincipen därmed ska tillämpas. Regeringen konstaterar att primärvården redan i dag svarar för hälso- och sjukvårdsbehov relaterade till psykisk ohälsa. Då det inte är fråga om några nya obligatoriska uppgifter eller någon skillnad i ambitionsnivå är finansieringsprincipen inte tillämplig. Det är upp till huvudmännen att utifrån det ansvar som åligger dem analysera och besluta om fördelningen av ekonomiska resurser i den egna verksamheten.

Förslaget om medicinskt ansvarig för rehabilitering (avsnitt 7)

Förslaget om att medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ska finnas i kommunen utgör en ny skyldighet för kommunerna vilket medför ökade

kostnader. Den kommunala finansieringsprincipen bör tillämpas för de kostnader som följer av den nya skyldigheten.

För att beräkna kostnaderna görs ett antagande om att behovet av MAR kommer motsvara omfattningen av MAS:ar. Enligt senaste tillgängliga statistik arbetade 391 sjuksköterskor som MAS under år 2022, fördelade på 290 kommuner. I stora kommuner finns det ofta mer än en MAS, medan flera mindre kommuner kan dela på en MAS-tjänst. Omräknat till helårsekvivalenter blir det 365 faktiska årsarbetare. Beräkningarna utgår vidare från följande antaganden:

- Samma antal MAR som MAS, dvs. 391 tjänster.
- Lönekostnaden utgår från en snittlön på 42 080 kronor per månad.
- Påslag för personalomkostnadspålägg och overheadkostnader om totalt 75 procent.

Utifrån nämnda antaganden blir kostnaden per tjänst 883 680 kronor per årsarbetare, motsvarande 824 919 kronor per arbetare. Den totala kostnaden för förslaget om MAR uppskattas därmed till 322,5 miljoner kronor per år från år 2026 och framåt. De ökade kostnaderna för kommunerna avses finansieras genom att medel från utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslaget 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård, tillförs utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner, anslaget 1:1 Kommunalekonomisk utjämning. Eftersom förslaget finansieras från botten kommer detta innebära att vissa kommuner får kostnadsersättningar för åtgärder som de redan frivilligt bekostar.

Förslagen om förtydliganden om medicinsk bedömning oavsett tid på dygnet vid behov (avsnitt 8.2 och 8.3)

SKR har framfört att förslagen om medicinsk bedömning oavsett tid på dygnet vid behov, av sjuksköterska respektive läkare, ska kostnadsberäknas och hanteras enligt finansieringsprincipen. Regeringen bedömer att förslagen inte medför några nya skyldigheter eller kostnader för regionerna och kommuner. Kommunerna är sedan Ädelreformen ansvariga för viss dygnetruntvård till delar av befolkningen. Enligt 16 kap. 1 § HSL ska regionen till kommunerna inom regionen avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda som får kommunal hälso- och sjukvård ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård. Såväl regioner som kommuner har en skyldighet enligt 5 kap. 2 § HSL att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet se till att det finns den personal som behövs för att god vård ska kunna ges. I regionens och kommunens grundläggande ansvar för hälso- och sjukvård ligger också att verksamheten löpande behöver utvecklas över tid för att motsvara samtidens behov av hälso- och sjukvård. Regioner och kommuner har således en skyldighet redan i dag att tillsätta de resurser som krävs för att en god hälso- och sjukvård ska erbjudas. Förslaget innebär således endast ett förtydligande av den skyldighet som redan gäller.

Enligt regeringens bedömning förväntas förslagen bidra till en minskning av undvikbar slutenvård för patienter som får kommunal hälso- och sjukvård, vilket innebär en besparingspotential för regionerna.

Förslaget om fast vårdkontakt i kommunal hälso- och sjukvård (avsnitt 8.4)

Förslaget om att fast vårdkontakt ska utses i kommunen om patienten begär det eller om det inte är uppenbart obehövt bedöms inte medföra några nya kostnader för kommunerna. Enligt nu gällande 6 kap. 2 § PL ska en fast vårdkontakt utses till de patienter som begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Regeringen konstaterar att behoven hos de patienter som får kommunal hälso- och sjukvård visar på att de som utgångspunkt är i behov av en fast vårdkontakt i kommunen för att deras behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet ska kunna tillgodoses. Det innebär att dessa patienter redan med dagens reglering ska få en fast vårdkontakt utsedd i kommunen.

Förslaget om stärkt informationskrav (avsnitt 10)

Förslaget om ett stärkt informationskrav innebär ett delvis nytt krav om vilken information som en patient ska få, men bedöms enbart medföra marginella merkostnader i form av engångsarbete med framtagande av rutiner och information. Redan i dag regleras i bl.a. 3 kap. 1 § PL vad en patient ska få information om. Det handlar t.ex. om patientens hälso-tillstånd, det förväntade vård- och behandlingsförloppet samt eftervård. Av förarbetena till 3 kap. 1 § PL framgår att paragrafen inte är avsedd att tolkas uttömmande. Om patienten behöver ytterligare information måste sådan ges (prop. 2013/14:106, s. 114). Regeringen anser att uppgifter om vem som är en patients fasta kontakter och hur dessa, samt vårdenheter, ska kunna nås är centrala för att en patient ska kunna vara delaktig i sin egna vård. Uppgifterna behövs också för att patienten ska kunna informera sig om såväl förväntat vård- och behandlingsförlopp som sin eftervård. Det finns redan krav på att en patient ska informeras om möjligheten att välja och få tillgång till en fast läkarkontakt samt möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt (3 kap. 2 § 3 och 4 PL). Om information finns tillgänglig i samband med att patienten skrivs ut från slutenvård, ska patienten även få uppgifter om bl.a. vem som är patientens fasta vårdkontakt (3 kap. 2 b § PL). Då dessa krav redan finns torde det vara en rimlig följd att i samma sammanhang även informera om vem som är patientens fasta kontakter, när sådana finns, samt hur patienten kan komma i kontakt med dessa och sina vårdenheter.

12.5 Konsekvenser för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården

Flera av förslagen syftar till att förtydliga hur huvudmännen behöver organisera hälso- och sjukvården till personer med kommunal hälso- och sjukvård, för att leva upp till befintliga krav i HSL.

Regeringen bedömer att de föreslagna förtydligandena om att erbjuda en medicinsk bedömning av sjuksköterska respektive läkare oavsett tid på dygnet vid behov kommer att leda till ett bättre och mer resurseffektivt omhändertagande av patienter med kommunal hälso- och sjukvård, vilket

i sin tur kommer att bidra till att de samlade resurserna kan användas mer effektivt. Att sjuksköterskor och läkare finns tillgängliga är en fördel för såväl patienten, som t.ex. kan slippa ett undvikbart besök på akutmottagning, som samhället i stort, genom en effektiv användning av de samlade hälso- och sjukvårdsresurserna. Förslagen förväntas bidra till att göra rollerna som läkare och sjuksköterska i primärvården mer attraktiva. Detta genom att professionerna ges bättre möjligheter att jobba utifrån sin yrkeskompetens och att samverka konstruktivt utifrån tydliggjorda ansvar och uppgifter. Detta förväntas i sin tur kunna bidra till en bättre arbetsmiljö vilket nämns som den enskilt viktigaste insatsen för en fungerande kompetensförsörjning. Förslagen kan därigenom även indirekt bidra till att attrahera tillbaka allmänläkare och sjuksköterskor som i dag valt att arbeta utanför primärvården, eller t.o.m. utanför hälso- och sjukvården, till tjänster i primärvården.

Regeringen bedömer vidare att ett mer konsekvent införande av fast vårdkontakt i kommunal hälso- och sjukvård kommer leda till bättre kontinuitet och samverkan med andra delar av systemet, vilket bidrar till att de samlade resurserna används mer effektivt. Arbetssättet som sådant bedöms också kunna bidra till att göra den kommunala hälso- och sjukvården en mer attraktiv arbetsgivare.

En ändamålsenlig kompetensförsörjning är en grundläggande förutsättning för en fungerande hälso- och sjukvård. I dag finns dock betydande utmaningar för huvudmännen och arbetsgivarna att attrahera, utveckla och behålla vårdpersonal. Några remissinstanser, däribland *Mora kommun*, *Region Gotland* och *Region Norrbotten*, uttrycker tveksamhet om vilken effekt vissa förslag kommer att få med hänsyn till de utmaningar som finns med kompetensförsörjningen. Regeringen konstaterar att regioner och kommuner har en skyldighet enligt 5 kap. 2 § HSL att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet se till att det finns den personal som behövs för att god vård ska kunna ges. Mot bakgrund av de befintliga utmaningarna med kompetensförsörjningen har regeringen samtidigt inlett ett arbete med att öka vårdkapaciteten och stärka det nationella åtagandet för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården, vilket framgår av budgetpropositionen för 2025. Regeringen finansierar även kompetenssatsningen Äldreomsorgslyftet med 1,7 miljarder kronor under 2025. Därefter beräknas samma summa att avsättas för ändamålet 2026. Satsningen syftar till att stärka kompetensen inom kommunalt finansierad vård och omsorg för äldre genom att bl.a. undersköterskor och vårdbiträden ges möjlighet att utbilda sig på arbetstid. Från och med 2025 har regioner och kommuner vidare möjlighet att genom förordningen (2024:1253) om statsbidrag till regioner och kommuner för utveckling av en god och nära vård, rekvirera medel för insatser som avser bl.a. kompetensförsörjning och tillgänglighet i primärvården. För 2025 avsätts 3 674 miljoner kronor att fördelas under förordningen.

Samtidigt som arbetet pågår för att långsiktigt säkra kompetensförsörjningen behöver dock vårdens befintliga resurser användas effektivt och ändamålsenligt för att möta de vårdbehov som finns. I enlighet med HSL ska prioriteringar av befintliga resurser göras för att de som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården. De personer som har insatser från den kommunala primärvården hör ofta till de mest sköra patienterna, med omfattande vårdbehov. Samtidigt tenderar

dess patienter snarast att få sämre tillgång till hälso- och sjukvård än övriga. Dessa patientgrupper behöver därför i högre utsträckning prioriteras inom ramen för befintliga resurser.

12.6 Konsekvenser för företag som är vårdgivare

I dag utförs en ökande andel av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården av andra utförare än huvudmännens egen förvaltning. En betydande andel av dessa privata utförare är företag. De förslag som särskilt avser vårdgivare är förslagen om fast vårdkontakt i kommunen (avsnitt 8.4) och om stärkt informationskrav (avsnitt 10). Förslagen gör dock inte skillnad på offentliga och privata utförare. Därför påverkar förslagen inte företagets konkurrensförmåga.

Övriga förslag riktar sig till regioner och kommuner i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvården. Förslagen kan komma att påverka vilka villkor huvudmännen ställer upp i förfrågningsunderlag och avtal och därigenom indirekt påverka privata utförare som verkar på uppdrag av regioner och kommuner. Inte heller i denna del finns någon avsikt att göra skillnad på offentliga och privata utförare varför förslagen inte påverkar företagets konkurrensförmåga.

12.7 Övriga konsekvenser

Förslagen bedöms indirekt ha positiva effekter på jämställdheten och den offentliga servicen i glesbygd. Förslagen om tillgång till hälso- och sjukvård i kommunen (avsnitt 8.2–8.5) bedöms kunna bidra till en stärkt bemanning, nya arbetsätt och en bättre arbetsmiljö för personalen i kommunernas vård och omsorg. I dag är sjukskrivningarna för bl.a. sjuksköterskor höga i kommunen. Kvinnor är överrepresenterade bland de anställda i den kommunala hälso- och sjukvården. Förslagen bedöms indirekt kunna bidra till att minska sjukskrivningar och därmed också få positiva effekter för jämställdheten. Förslagen bedöms bidra till att öka tillgången till primärvårdstjänster och på så sätt skapa en mer jämlik primärvård i hela landet. Förslagen bedöms även indirekt få positiva effekter för den offentliga servicen i framför allt glesbygd, där bristerna i detta avseende i dag är mest framträdande.

Regeringen bedömer i övrigt att förslagen inte har några konsekvenser för EU-rätten, sysselsättningen, de integrationspolitiska målen, miljön, brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet.

13 Författningskommentar

13.1 Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

8 a § Vid tillämpningen av 8 § ska regionen särskilt se till att uppsökande verksamhet bedrivs bland dem som

1. omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, eller

2. har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som

a) omfattas av en kommuns ansvar för hälso- och sjukvård enligt 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30),

b) får hälso- och sjukvård i hemmet, eller

c) är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård eller omsorg som personer som omfattas av a eller b.

Regionen ska också se till att nödvändig tandvård erbjuds patienter som avses i första stycket.

Regionen ska vidare se till att tandvård kan erbjudas

1. dem som har behov av särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid, och

2. dem som har stora behov av tandvård på grund av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.

Paragrafen reglerar bland vilka som regionen särskilt ska se till att uppsökande verksamhet bedrivs i fråga om tandvård. Övervägandena finns i avsnitt 9.

Första stycket 2 b) ändras på så sätt att ”hemsjukvård” tas bort. Ändringen är endast språklig och innebär ingen ändring i sak.

Ändringarna i *första stycket 2 c)* är endast språkliga och redaktionella.

13.2 Förslaget till lag om ändring i patientlagen (2014:821)

3 kap.

2 § Patienten ska även få information om

1. möjligheten att välja behandlingsalternativ samt vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård,

2. regionens elektroniska system för listning av patienter hos utförare,

3. möjligheten att välja och få tillgång till en fast läkarkontakt,

4. möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt,

5. vem som är patientens fasta vårdkontakt och fasta läkarkontakt,

6. hur patienten kan komma i kontakt med sin fasta vårdkontakt, sin fasta läkarkontakt och sina vårdenheter,

7. vårdgarantin, och

8. möjligheten att få upplysningar hos Försäkringskassan om vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller i Schweiz.

Paragrafen anger vad en patient ska få information om. Övervägandena finns i avsnitt 10.

I *punkt 5*, som är ny, anges att en patient ska få information om vem som är patientens fasta vårdkontakt och fasta läkarkontakt. Den fasta vårdkontakten och den fasta läkarkontakten ska namnges för patienten. En fast vårdkontakt utses enligt 6 kap. 2 § patientlagen och nya 4 kap. 2 a § hälso- och sjukvårdslagen. En fast läkarkontakt utses enligt 7 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen.

I *punkt 6*, som är ny, anges att en patient ska få information om hur patienten kan komma i kontakt med sin fasta vårdkontakt, sin fasta läkarkontakt och sina vårdenheter. Med vårdenhet avses en enhet där en patient har pågående vårdkontakter. Det kan t.ex. röra sig om en klinik, en vårdcentral eller ett verksamhetsområde inom hälso- och sjukvården.

Ändringen i *punkt 8* är endast språklig.

Därutöver görs en redaktionell ändring som innebär en omnumrering av nuvarande punkterna 5 och 6 till 7 och 8.

6 kap.

2 § En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

När det gäller en patient som får kommunal hälso- och sjukvård i sådant boende eller sådan bostad som anges i 12 kap. 1 eller 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska kommunen utse en fast vårdkontakt om patienten begär det eller om det inte är uppenbart obehövligt.

Paragrafen anger när en fast vårdkontakt ska utses för patienten. Övervägandena finns i avsnitt 8.4.

I paragrafen införs ett nytt *andra stycke* om att kommunen ska utse en fast vårdkontakt om patienten begär det eller om det inte är uppenbart obehövligt till en patient som får kommunal hälso- och sjukvård i sådant boende eller sådan bostad som anges i 12 kap. 1 eller 2 § hälso- och sjukvårdslagen. Med uppenbart obehövligt avses situationer där det är mycket tydligt att patienten inte har behov av en vårdkontakt. Det kan röra sig om personer med mer tillfälliga och begränsade vårdbehov. Det bör dock röra sig om undantagsfall.

13.3 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

4 kap.

2 a § Verksamhetschefen ska utse en fast vårdkontakt enligt vad som anges i 6 kap. 2 § patientlagen (2014:821).

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om uppgifter och kompetens för sådan fast vårdkontakt som utses enligt 6 kap. 2 § andra stycket patientlagen.

Paragrafen, som är ny, innehåller bestämmelser om när fast vårdkontakt ska utses samt ett bemyndigande avseende uppgifter och kompetens för

sådan fast vårdkontakt som utses enligt 6 kap. 2 § andra stycket patientlagen. Övervägandena finns i avsnitt 8.4.

I *första stycket* anges att en verksamhetschef ska utse en fast vårdkontakt enligt vad som anges i 6 kap. 2 § patientlagen. Bestämmelsen motsvarar hittillsvarande 4 kap. 1 § andra meningen hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). Bestämmelsen överfördes till hälso- och sjukvårdsförordningen från den numera upphävda hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Förarbetena finns i prop. 2016/17:43 s. 90–99.

Andra stycket innehåller ett bemyndigande för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om uppgifter och kompetens för sådan fast vårdkontakt som utses enligt 6 kap. 2 § andra stycket patientlagen.

7 kap.

3 d § *Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om uppgifter för sådan fast läkarkontakt som utses till en patient som får kommunal hälso- och sjukvård i sådant boende eller sådan bostad som anges i 12 kap. 1 eller 2 §.*

Paragrafen, som är ny, innehåller ett bemyndigande för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om uppgifter för sådan fast läkarkontakt som utses till en patient som får kommunal hälso- och sjukvård i sådant boende eller sådan bostad som anges i 12 kap. 1 eller 2 §. Övervägandena finns i avsnitt 8.5.

7 § I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen samverka med *kommuner och andra* samhällsorgan *samt med* organisationer och vårdgivare.

Paragrafen innehåller bestämmelser om regionens samverkan i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården. Övervägandena finns i avsnitt 5.

Regionens samverkansansvar förtydligas i paragrafen på så sätt att kommuner skrivs ut som sådana samhällsorgan som regionen ska samverka med. Paragrafen ändras även språkligt. Motsvarande ändring görs för kommunens samverkan i 11 kap. 3 §.

8 kap.

2 a § *Regionen ska vid behov erbjuda en medicinsk bedömning av läkare oavsett tid på dygnet till den som får kommunal hälso- och sjukvård i sådant boende eller sådan bostad som anges i 12 kap. 1 eller 2 §.*

I paragrafen, som är ny, tydliggörs regionens skyldighet att erbjuda en medicinsk bedömning av läkare. Övervägandena finns i avsnitt 8.3.

I paragrafen anges att regionen har en skyldighet att vid behov erbjuda en medicinsk bedömning av läkare oavsett tid på dygnet till de som får kommunal hälso- och sjukvård i sådant boende eller sådan bostad som anges i 12 kap. 1 eller 2 §. Med vid behov avses att läkare ska finnas tillgängliga i den omfattning som behövs för att möta vårdbehovet hos de

aktuella patienterna. Bemanningen behöver utformas för att kunna tillgodose både förväntade och oförutsedda vårdbehov. Det är rimligt att en sjuksköterska som utgångspunkt avgör om patienten har behov av en medicinsk bedömning av en läkare. Det finns dock inget hinder för annan yrkesgrupp att ta kontakt med läkare för konsultation eller handledning. En medicinsk bedömning kan erbjudas både fysiskt och digitalt. Vårdbehovet i varje enskilt fall avgör om den medicinska bedömningen bör ske genom fysiskt eller digitalt patientbesök. Med oavsett tid på dygnet avses att en bedömning vid behov ska kunna erbjudas även utanför ordinarie arbetstider, dvs. alla dagar i veckan och alla tider på dygnet. Vårdbehovets karaktär avgör om en medicinsk bedömning måste ske utanför ordinarie arbetstid eller om den kan vänta till ordinarie arbetstid.

Paragrafen är ett förtydligande av kravet i 5 kap. 2 § där det anges att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler, de sjukvårdsprodukter och den övriga utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.

8 § Regionen får erbjuda läkemedel utan kostnad till den som får hälso- och sjukvård i hemmet.

Paragrafen reglerar en möjlighet för regionen att erbjuda läkemedel utan kostnad till den som får hälso- och sjukvård i hemmet. Övervägandena finns i avsnitt 9.

Paragrafen ändras på så sätt att ”(hemsjukvård)” tas bort. Ändringen är endast språklig och innebär ingen ändring i sak.

11 kap.

3 § I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska kommunen samverka med *regionen och andra* samhällsorgan *samt med* organisationer och vårdgivare.

Paragrafen innehåller bestämmelser om kommunens samverkan i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården. Övervägandena finns i avsnitt 5.

Kommunens samverkansansvar förtydligas i paragrafen på så sätt att regionen skrivs ut som ett sådant samhällsorgan som kommunen ska samverka med. Paragrafen ändras även språkligt. Motsvarande ändring görs för regionens samverkan i 7 kap. 7 §.

4 § Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer, *och som inte uteslutande omfattar rehabilitering*, ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Inom ett verksamhetsområde som omfattar rehabilitering, ska det finnas en medicinskt ansvarig för rehabilitering, som ska vara fysioterapeut eller arbetsterapeut.

Första och andra styckena gäller sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som avses i 12 kap. 1 och 2 §§ i en kommun som inte ingår i en region, om det i verksamheten inte finns någon läkare.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om ansvar och uppgifter för personal som avses i första och andra styckena.

Paragrafen innehåller bestämmelser om medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och en fysioterapeut eller en arbetsterapeut som fullgör de uppgifter som åligger en MAS. Övervägandena finns i avsnitt 7.

Första stycket ändras på så sätt att det inte längre ställs krav på att det ska finnas en MAS inom ett verksamhetsområde som uteslutande omfattar rehabilitering. Inom sådana verksamhetsområden gäller i stället ett krav på medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) enligt paragrafens andra stycke.

Ändringen i *andra stycket* innebär att nuvarande frivilliga möjlighet att tillsätta en fysioterapeut eller en arbetsterapeut som får fullgöra de uppgifter som åligger en MAS ersätts med ett krav på att det ska finnas en MAR. En MAR ska vara fysioterapeut eller arbetsterapeut. Detta överensstämmer med det kompetenskrav som i dag ställs på den som får fullgöra de uppgifter som annars åligger en MAS.

Det ska finnas en MAR i sådana verksamhetsområden som omfattar något inslag av rehabilitering. Det krav som i dag gäller om att verksamhetsområdet huvudsakligen ska omfatta rehabilitering för att en fysioterapeut eller en arbetsterapeut ska få ersätta MAS tas bort. Ett verksamhetsområde kan vara geografiskt, t.ex. en del av kommunen eller en viss inrättning, men kan även vara en viss uppgift, t.ex. att svara för alla rehabiliterande och hjälpmedelsinsatser vid kommunens olika särskilda boenden, eller all hälso- och sjukvård i kommunen (jfr prop. 1990/91:14 s. 69). Oavsett hur kommunen har valt att organisera sig kommer det inom varje kommun bedrivas verksamhet som omfattar rehabilitering och därmed ska det finnas minst en MAR i varje kommun. Om en kommun valt att inte dela upp sin hälso- och sjukvårdsverksamhet i olika verksamhetsområden kommer det enda verksamhetsområdet som finns att omfatta rehabilitering, även om det inte är det huvudsakliga innehållet. Då ska det inom det verksamhetsområdet finnas både en MAS och en MAR. Har kommunen i stället valt att organisera sin hälso- och sjukvård i flera verksamhetsområden med olika inriktningar ska MAR enbart finnas i det eller de verksamhetsområden som omfattar rehabilitering. I framför allt större kommuner kan det finnas fler än ett verksamhetsområde som omfattar rehabilitering. Utifrån den lokala kontexten och behoven kan antingen en MAR få ett samlat ansvar för dessa verksamhetsområden eller så kan kommunen välja att tillsätta flera MAR.

Det finns inget som hindrar en kommun från att ha flera MAR inom samma verksamhetsområde. På samma sätt som i dag finns det inget som hindrar att den som fullgör uppgiften som MAR också har andra arbetsuppgifter, t.ex. arbetar kliniskt i verksamheten eller har en arbetsledande roll.

12 kap.

2 § Kommunen får erbjuda den som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 8 kap. 4 § andra stycket socialtjänstlagen (2025:400).

Paragrafen reglerar en möjlighet för kommunen att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet till en viss patientgrupp. Övervägandena finns i avsnitt 9.

Paragrafen ändras på så sätt att ”(hemsjukvård)” tas bort. Ändringen är endast språklig och innebär ingen ändring i sak.

3 a § *Kommunen ska vid behov erbjuda en medicinsk bedömning av sjuksköterska oavsett tid på dygnet till den som får kommunal hälso- och sjukvård i sådant boende eller sådan bostad som anges i 1 eller 2 §.*

I paragrafen, som är ny, tydliggörs kommunens skyldighet att erbjuda en medicinsk bedömning av sjuksköterska. Övervägandena finns i avsnitt 8.2.

Enligt paragrafen har kommunen en skyldighet att vid behov erbjuda en medicinsk bedömning av sjuksköterska oavsett tid på dygnet till de som får kommunal hälso- och sjukvård i sådant boende eller sådan bostad som anges i 12 kap. 1 eller 2 §. Med vid behov avses att sjuksköterskor ska finnas tillgängliga i den omfattning som behövs för att möta vårdbehovet hos de aktuella patienterna. Det måste inte alltid finnas en sjuksköterska fysiskt på plats i alla särskilda boenden hela dygnet men bemanningen behöver utformas för att kunna tillgodose både förväntade och oförutsedda vårdbehov. En medicinsk bedömning kan erbjudas både fysiskt och digitalt. Vårdbehovet i varje enskilt fall avgör om den medicinska bedömningen bör ske genom fysiskt eller digitalt patientbesök. Med oavsett tid på dygnet avses att vid behov ska bedömningen erbjudas även utanför ordinarie arbetstider, dvs. alla dagar i veckan och alla tider på dygnet. Vårdbehovets karaktär avgör om en medicinsk bedömning måste ske utanför ordinarie arbetstid, eller om den kan vänta till ordinarie arbetstid.

Paragrafen är ett förtydligande av kravet i 5 kap. 2 § där det anges att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler, de sjukvårdsprodukter och den övriga utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.

4 § *Regionen får på framställning av en kommun inom regionen erbjuda läkemedel utan kostnad ur läkemedelsförråd till den som*

1. bor i en sådan särskild boendeform som avses i 8 kap. 4 § första stycket socialtjänstlagen (2025:400), eller

2. får hälso- och sjukvård i hemmet genom kommunens försorg.

Regionen svarar för kostnaderna för läkemedel som rekvireras till läkemedelsförråden.

Paragrafen reglerar när regionen får erbjuda läkemedel utan kostnad ur läkemedelsförråd till en viss patientgrupp. Övervägandena finns i avsnitt 9.

Ändringen i *första stycket 2* innebär att hemsjukvård ersätts med hälso- och sjukvård i hemmet. Ändringen är endast språklig och innebär ingen ändring i sak.

13 a kap.

1 § Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt

1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande *fysiska och psykiska* vårdbehov,
2. se till att vården är lätt tillgänglig,
3. tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,
4. tillhandahålla rehabiliterande insatser utifrån patientens individuella behov och förutsättningar,
5. samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och
6. möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

Paragrafen innehåller en beskrivning av primärvårdens grunduppdrag. Övervägandena finns i avsnitt 6.

I paragrafens *punkt 1* förtydligas att med vårdbehov avses både fysiska och psykiska sådana. Ändringen innebär ingen ändring i sak då primärvårdens grunduppdrag redan i dag omfattar även psykiska vårdbehov.

14 kap.

1 § Regionen får till en kommun inom regionen överlåta skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 8 kap. 4 § andra stycket socialtjänstlagen (2025:400), om regionen och kommunen kommer överens om det. Överenskommelsen får inte avse ansvar för hälso- och sjukvård som ges av läkare. Överenskommelsen får även avse ansvar för sådana förbrukningsartiklar som avses i 8 kap. 9 §.

Regionen får lämna sådant ekonomiskt bidrag till kommunen som motiveras av överlåtelsen.

Paragrafen reglerar en möjlighet för regionen att till kommunen överlåta ett visst ansvar för hälso- och sjukvård i hemmet. Övervägandena finns i avsnitt 9.

Ändringen i första stycket innebär att ”(hemsjukvård)” tas bort. Ändringen är endast språklig och innebär ingen ändring i sak.

2 § Om samtliga kommuner inom en regions område ingår i en överlåtelse av ansvar för *hälso- och sjukvård i hemmet* enligt 1 § och om det behövs för kostnadsutjämning mellan kommunerna, får kommunerna lämna ekonomiskt bidrag till varandra.

I paragrafen regleras när kommuner får lämna ekonomiskt bidrag till varandra i vissa fall som avser hälso- och sjukvård i hemmet. Övervägandena finns i avsnitt 9.

Paragrafen ändras på så sätt att hemsjukvård ersätts med hälso- och sjukvård i hemmet. Ändringen är endast språklig och innebär ingen ändring i sak.

16 kap.

1 § 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 enligt 12 kap. 1 §. Detsamma gäller *hälso- och sjukvård i hemmet* i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 8 kap. 4 § andra stycket socialtjänstlagen (2025:400), om en kommun ansvarar för vården enligt 14 kap. 1 §.

Regionen ska *sluta avtal* med kommunerna inom regionen om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan.

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.

Paragrafen reglerar läkarmedverkan inom kommunal hälso- och sjukvård. Övervägandena finns i avsnitt 9.

Ändringen i *första stycket* innebär att hemsjukvård ersätts med hälso- och sjukvård i hemmet. Ändringen är endast språklig och innebär ingen ändring i sak.

Ändringen i *andra stycket* är språklig.

Sammanfattning av betänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19)

Om betänkandet

Regeringen fattade den 2 mars 2017 beslut om att utse en särskild utredare med uppdrag att utifrån en fördjupad analys av förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja regioner, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Utredningen har valt namnet Samordnad utveckling för god och nära vård.

Utredningen överlämnade i juni 2017 sitt första delbetänkande God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53). Utifrån förslagen i delbetänkandet fattade riksdagen i slutet av maj 2018 beslut om propositionen 2017/18:83, Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.

Utredningen överlämnade i juni 2018 sitt andra delbetänkande God och nära vård. En primärvårdsreform (SOU 2018:39). De förslagen bereds för närvarande i regeringskansliet. En proposition avseende en primärvårdsreform är aviserad av regeringen under våren 2020.

Utredningen lämnade i juni 2019 sitt tredje delbetänkande God och nära vård. Vård i samverkan (SOU 2019:29). Det betänkandet innehöll i enlighet med utredningens direktiv en rapport om arbetets inriktning och om hur arbetet fortskred. Delbetänkandet innehöll analys av och bakgrund till de områden inom vilka utredningen i detta huvudbetänkande lämnar förslag. Det tredje betänkandet ska därför läsas tillsammans med förslagsdelarna i detta betänkande.

Förslagen i detta betänkande, tillsammans med samtliga förslag i utredningens tidigare betänkanden, bidrar till en reform i syfte att bidra till ett hälso- och sjukvårdssystem som är hållbart ur samtliga aspekter; socialt, miljömässigt och ekonomiskt. Vi bedömer att våra förslag är steg på vägen i utvecklingen av en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård, med en stark och adekvat resurssatt primärvård som bas. En hälso- och sjukvård med både hjärta och hjärna. En hållbar hälso- och sjukvård med hög kvalitet, där man som patient och närstående känner delaktighet och trygghet, som skattebetalare känner förtroende, och där man som medarbetare väljer att arbeta.

Betänkandets form och innehåll

I det följande görs en sammanfattning av betänkandets kapitel, med fokus på de bedömningar och förslag som lämnas. De kapitel som inte innehåller explicita bedömningar och förslag sammanfattas mycket kort. Kapitel 1 och 11 innehåller författningsförslag samt författningskommentarer, och sammanfattas inte närmre här. De bör i stället läsas tillsammans med respektive förslagskapitel.

Kapitel 2. Utredningens uppdrag, arbetssätt och utgångspunkter

I detta kapitel redogörs för betänkandets utgångspunkter och upplägg. Vi beskriver våra hittills redovisade uppdrag, samt redogör för ett antal avgränsningar i uppdraget. Vi beskriver också hur vi fullgjort vårt uppdrag att ta fram våra förslag i bred dialog med samtliga berörda aktörer. Vi ger i kapitlet en nulägesbild av omställningen till nära vård och redogör för redan beslutade milstolpar i färdplanen, samt milstolpar som kvarstår för beslut. Avslutningsvis presenteras vår bild av några av de effekter den pågående förändringen kan förväntas ge för patienter och invånare.

Kapitel 3. Framgångsfaktorer och hinder för omställningen

I kapitlet redogör vi för framgångsfaktorer och hinder för omställningen till nära vård. Vi lyfter bland annat personcentrering och involvering av såväl invånare som patienter, närstående och medarbetare. Interprofessionellt lärande och salutogent förhållningssätt betonas. Kompetensförsörjning, logistik och infrastruktur lyfts fram, liksom forskning och undervisning samt digitalisering utifrån patienternas och verksamheternas behov.

Hinder såsom bristande uthållighet, brist på helhetssyn, olika tolkning av regelverk och ekonomiska utmaningar, inklusive omfattande investeringar i byggnader, reflekteras. Bristen på aggregerade data på primärvårdsnivå betonas på nytt. Behovet av att lyfta ledarskapets betydelse poängteras. Risker med att konstruera system som minskar tillgängligheten och blir exkluderande, i stället för inkluderande, av grupper med de största behoven, eller nedsatt möjlighet att själva agera utifrån sitt vårdbehov, belyses.

Kapitel 4. Samverkansstrukturer för hälso- och sjukvården

Vi har i uppdrag att utreda och lämna förslag på hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas, hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut samt att undersöka hur förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter och brukare i alla åldrar med omfattande och komplexa vårdbehov kan förbättras. Vi har också i uppdrag se över befintlig lagstiftning när det gäller krav på vårdplaner.

Att hälso- och sjukvården är ett delat ansvar mellan regioner och kommuner innebär också att det är ett delat ansvar att beskriva och bygga ihop hälso- och sjukvårdssystemet på ett tydligt sätt för både patienter och medarbetare. Det är ett viktigt arbete där nära samverkan krävs för att skapa förutsättningar för goda arbetsmiljöer för hälso- och sjukvårdens medarbetare och ett begripligt hälso- och sjukvårdssystem för invånare, liksom för patienter och närstående.

Vi lägger i kapitlet ett antal förslag för att stärka samverkan för patienter och brukares bästa. Vi *föreslår* att begreppet hemsjukvård ska ersättas med begreppet hälso- och sjukvård i hemmet för att tydliggöra att den hälso- och sjukvård som utförs i hemmet är likställd övrig vård och att det enda

som särskiljer den är platsen vården utförs på. Detta förslag tydliggör att det handlar om hälso- och sjukvård, med samma kvalitetskrav, behov av adekvat resurssättning och kompetensbehov som övrig hälso- och sjukvård.

Vi gör *bedömningen* att den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för att erbjuda utgör primärvård, men att kommunalt anställd hälso- och sjukvårdspersonal kan medverka i hälso- och sjukvård som regionen ansvarar för att erbjuda. Detta tydliggörande syftar inte till att föra över något nytt ansvar till kommunerna vad gäller hälso- och sjukvård. Det syftar däremot till att skapa förutsättningar för personcentrerad vård över huvudmannagränserna, till nytta för de med störst och mest komplexa behov av insatser från båda huvudmännen.

Utredningen *föreslår* vidare att utifrån kommunernas ökade åtagande som huvudman för hälso- och sjukvård sedan gällande rätt utformades måste samverkan mellan huvudmännen stärkas. För att tydliggöra kraven på samverkan ska regioners och kommuners särskilda samverkansansvar med varandra vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården förtydligas i lagstiftningen.

För att säkerställa att patienten får en sammanhängande hälso- och sjukvård oavsett huvudman bedömer utredningen att det behövs en stärkt samverkan på primärvårdsnivå. Vi *föreslår* därför att regioner och kommuner genom en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen ska åläggas att upprätta en gemensam plan för hälso- och sjukvård på den gemensamma vårdnivån primärvård i länet. Detta förslag avser inte att i detalj reglera innehåll eller tidsomfattningen i en sådan länsövergripande plan. Avsikten är i stället att säkerställa en gemensam långsiktig planering för det gemensamma åtagandet primärvård, där planen förslagsvis kan omfatta strategiska frågor såsom t.ex. kompetensförsörjning, lokalfrågor och utbudspunkter.

Utredningen beskriver vidare att gällande rätt när det gäller samverkan i hälso- och sjukvården är förhållandevis väl reglerad på makro- (huvudmannanivå) och mikro-nivå (individnivå) i systemet, men till stora delar saknas på meso-nivå (utförarnivå). Bestämmelser som träffar utförare, och därmed hur det övergripande uppdraget ska utföras för att sedan bestämmelserna på mikro-nivå ska kunna tillämpas, är inte tillräckligt tydligt reglerat i dag. Därför *föreslår* utredningen att det lagregleras att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas de förutsättningar för samverkan som behövs för att en god vård ska kunna ges. Genom att i HSL förtydliga att god vård kräver förutsättningar för samverkan, på samma sätt som att den kräver den personal, de lokaler och den utrustning som behövs, tydliggör vi kraven på ett hälso- och sjukvårdssystem som hänger ihop, även på utförarnivå.

Hälso- och sjukvårdens planeringsskyldighet för insatser för en enskild patient har bland annat kommit till uttryck genom olika planverktyg, där ett antal av dem är författningsreglerade. Många olika aktörer vi haft dialog med har lyft att man i utformningen av hälso- och sjukvården och inte minst i det dagliga arbetet upplever det som otydligt vilket planverktyg som ska användas i en specifik insats och vilka planverktyg som finns tillgängliga. Utredningen *föreslår* därför att regleringen av individuell plan i HSL och socialtjänstlagen (SoL) ska harmoniseras med regleringen i lagen om samverkan vid slutet hälso- och sjukvård (LUS) så

att den kommunala hälso- och sjukvården genomgående omfattas, inte bara när den individuella planen initieras vid utskrivning från slutenvård. Dessutom ska även patienter som inte får socialtjänst men har behov av stöd i samordningen i vårdprocesser som inbegriper flera olika vårdgivare omfattas av möjligheten att få en individuell plan.

Utredningen *föreslår* vidare när det gäller den individuella planen att den ska regleras i HSL och SoL att också den enskildes önskemål om att få en individuell plan upprättad ska beaktas.

Vidare *bedömer* vi att en fast vårdkontakt ska ansvara för att den individuella planen är aktuell och uppdaterad. Samordningen för den enskilde patienten ska ske med utgångspunkt i den individuella planen för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.

Vi *föreslår* också att av den individuella planen ska målet med insatserna för den enskilde framgå. Målet ska formuleras utifrån den enskildes perspektiv, och bör anges både på kortare och längre sikt, vilket möjliggör att planerna kan användas utifrån olika perspektiv: dels för en planering av stödinsatser som ska ges under en längre tid och beröra stora delar av personens livssituation, dels för insatser som behöver sättas in omedelbart för att lösa en tillfälligt uppkommen situation. Ibland kan den enskilde behöva stöd och motivation för att formulera sina behov och önskemål. Det är viktigt att vårdens företrädare är lyhörda och aktivt efterfrågar behoven på olika områden.

Slutligen *föreslår* utredningen när det gäller den individuella planen att det ska framgå vilka förebyggande och rehabiliterande insatser som behövs. Att stärka innehållskraven i den individuella planen avseende hälsofrämjande insatser, kombinerat med förslaget om att fler patienter ska få möjlighet att få en individuell plan, är ett sätt att säkerställa att insatser för att främja hälsa och förhindra återinsjuknande planeras och följs upp för fler patienter än i dag. Som utredningen beskrivit i tidigare delbetänkanden gör vi bedömningen att fokus på hur vi kan stärka hälsa, inte bara behandla sjukdom, är helt avgörande för att vi ska klara av att möta framtidens hälsoutmaningar och vårdbehov i befolkningen. Genom att förebygga eller skjuta upp insjuknande i akuta eller kroniska sjukdomar, minska risken för återinsjuknande och skapa eller återskapa funktionsförmåga kan såväl mänskligt lidande undvikas som den begränsade gemensamma resursen användas mer effektivt.

Kapitel 5. Patientens stöd för en sammanhållen vård

En personcentrerad vård förutsätter jämlik samverkan mellan patienten och hälso- och sjukvårdens medarbetare. För att möjliggöra det krävs tillgång till samma informationsmängd för båda parter, och att det finns möjlighet till ett samskapande av de aktiviteter som ska genomföras. Utredningen har i uppdrag att se över befintlig lagstiftning när det gäller vårdplaner och överväga en författningsreglering som ställer krav på patientkontrakt i form av en övergripande vårdplan för patientens samtliga vårdinsatser oavsett aktör eller huvudman. Vi har också i uppdrag att klargöra hur patientkontraktet bör förhålla sig till samordnad individuell plan, i dagligt tal kallad SIP.

Arbetet med patientkontrakt har pågått under en längre tid. Regeringen aviserade redan under hösten 2016 en pilotverksamhet, vilken genomfördes i tre regioner. Patientkontrakt har sedan 2018 ingått i överenskommelser mellan regeringen och Sveriges kommuner och regioner (SKR). I implementeringsarbetet beskrivs patientkontraktet som flera delar; en överenskommelse mellan hälso- och sjukvården och patienten som innehåller information och kontaktuppgifter till fast(a) vårdkontakt(er), en sammanhållen plan och att tiderna i planen är bokade i samråd med patienten.

Utredningen *föreslår* att det ska regleras i patientlagen (PL) att varje patient ska ha möjlighet till ett patientkontrakt som på ett sammanhållet sätt, utifrån den enskildas behov och preferenser, presenterar patientens individuella plan med de aktiviteter och insatser som är planerade. Det ska också framgå vem/vilka som utgör patientens fasta vårdkontakt(er).

Tillhandahållandet av den övergripande planeringen behöver kunna anpassas efter mottagaren och måste göras i olika former, t.ex. digitalt, muntligt eller skriftligt utlämnat, för att säkerställa att alla patienter har samma möjligheter att tillgodogöra sig innehållet. Tillhandahållandet av ett patientkontrakt kommer enligt våra förslag att initieras av att en patient efterfrågar ett sådant, och att region respektive kommun som huvudman för hälso- och sjukvården åläggs att tillhandahålla ett. Patientens fasta vårdkontakt ansvarar då för att ett sådant upprättas, bestående av patientens sammanhållna plan, bokade tider och kontaktuppgifter till patientens fasta vårdkontakt(er).

Kapitel 6. Verksamheter som drivs enligt lagen om läkarersättning eller lagen om ersättning för fysioterapi

Utredningen har i uppdrag att se över hur läkare och fysioterapeuter som bedriver verksamhet enligt lagen om läkarvårdsersättning (LOL) och lagen om ersättning för fysioterapi (LOF) kan integreras i den ordinarie primärvården och dess vårdvalssystem samt i övrig öppen vård.

Det finns i dag en kritik från samtliga ingående aktörer mot det befintliga system i vilket läkarna och fysioterapeuterna i fråga verkar. Kritiken består bl.a. i svårigheter för regionerna att planera sin hälso- och sjukvård, då de upplever att de i liten utsträckning kan påverka läkarnas och fysioterapeuternas möjligheter att etablera sig och den lämnade vårdens innehåll. Kritiken från de som verkar på taxan består bl.a. i att innehållet i vad som får göras och hur, samt befintligt ersättningssystem, inte är utformat och anpassat efter dagens vårdbehov eller till hur vården i dag bedrivs. Inspel om att systemet inte möjliggör insyn i och kontroll av vårdverksamheterna i tillräcklig utsträckning finns också. Huruvida avtal som löper på obegränsad tid är förenligt med EU:s rättsordning, utifrån vikten av upprätthållande av konkurrens, har också ifrågasatts.

Flera tidigare förslag till förändringar har lämnats. Det system som aktuella läkare och fysioterapeuter verkar i, och de lagar och förordningar som reglerar detsamma, är dock alltför gällande och har i stora delar varit oförändrade i många år. Uppfattningen om vad som är den mest ändamålsenliga och sett till helheten det bästa sättet att förändra är förstås olika hos olika aktörer, i olika verksamheter och också över tid. Gemensam är dock

uppfattningen att det behövs en förändring. Vi lämnar här förslag som i möjligaste mån beaktar den kritik som har förts fram mot systemet men som också anammar värdet av flera sätt att verka i hälso- och sjukvården. De förslag vi lämnar i denna del ingår i en kontext och en helhet där övriga pågående förändringar i hälso- och sjukvården beaktas i enlighet med uppdraget i våra direktiv.

Vi lämnar två alternativa *förslag* på hur det befintliga systemet för legitimerade fysioterapeuters och vissa specialistläkares anslutning till den offentligt finansierade vården skulle kunna utvecklas. Vilket av de två förslagen som bör förespråkas beror på vilka perspektiv, värdegrunder och mål för hälso- och sjukvården som prioriteras.

Det *ena förslaget* innebär att det ska vara obligatoriskt för regionen att inrätta valfrihetssystem även inom fysioterapi och psykiatri. Det *andra förslaget* består i att vidareutveckla befintligt system till ett omarbetat kompletterande nationellt utformat system som syftar till att skapa långsiktighet och förutsättningar för mindre vårdetableringar i geografiska områden där tillgången till vård är mindre. Båda förslagen inkluderar att LOL och LOF samt förordningen om läkarvårdsersättning (FOL) och förordningen om ersättning för fysioterapi (FOF) upphävs. Vi lämnar *förslag* på övergångsbestämmelser som gör det möjligt för berörda läkare och fysioterapeuter att ställa om eller avsluta sin verksamhet utifrån de nya förutsättningarna.

Kapitel 7. Utbildningens och forskningens roll i omställningen till en god och nära vård

I utredningens tidigare betänkande har vi genomgående belyst området forskning, utveckling och utbildning (FoUU). Att säkerställa utveckling och innovation är en avgörande och central del i ett hållbart och uthålligt samhällssystem, omfattande såväl miljömässig, social som ekonomisk hållbarhet. FoUU är ett av de perspektiv som nogsamt måste beaktas i omställningen till den nära vården, när hälso- och sjukvården skiftar fokus från den traditionella sjukhusmiljön till mer vård utanför sjukhuset och i förlängningen också i allt större utsträckning till vård i hemmet. Detta innebär att det måste etableras förutsättningar för livskraftig och uthållig forsknings- och utbildningsverksamhet även utanför de traditionella miljöerna och hos hälso- och sjukvårdens båda huvudmän, regioner och kommuner.

Frågan om kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvårdssektorn är en av de största moderna samhälleliga utmaningarna i Sverige och många andra länder. Utifrån detta resonemang blir också utbildning i alla dess former, som grund för en adekvat kompetensförsörjning, en central fråga i utredningens dialoger liksom i utredningens arbete. Till skillnad från vad som är fallet när det gäller forskning är huvudmännens ansvar för utbildning (utöver AT och ST för läkare) inte reglerat i HSL, något som vi lyft i tidigare betänkanden. Många har påtalat till oss att även om det är självklart för alla att ett så kunskapsorienterat område som hälso- och sjukvård är helt beroende av kopplingen till utbildning riskerar det, genom att inte finnas med i den lagstiftning som reglerar kärnverksamheten, att bli satt på undantag. För att säkra framtidens kompetensförsörjning måste alla

aktörer ta ett aktivt ansvar och finnas med vad gäller utbildningsinsatser på olika nivåer. Vi har tidigare meddelat vår avsikt att återkomma i frågan om behovet av att reglera även utbildningsuppdraget i HSL.

Vi *föreslår* att det uppdrag som i dag genom överenskommelser och andra avtal åligger regioner och kommuner att medverka i utbildning och tillse att behovet av platser för verksamhetsförlagd utbildning tillgodoses, ska tydliggöras genom ett i lag reglerat ansvar. I den nya bestämmelsen ska anges att regioner och kommuner ska säkerställa att utbildning sker i den hälso- och sjukvård de ansvarar för. Bestämmelsen införs i syfte att synliggöra utbildningens betydelse för kompetensförsörjning och för att möjliggöra att fler aktörer i hälso- och sjukvården medverkar i utbildningsfrågan. Vidare *föreslår* vi att det ska ingå i primärvårdens grunduppdrag att medverka till utbildning av de professioner som förekommer i primärvården.

Vad gäller forskning har vi redan tidigare belyst utmaningarna vad gäller resursöverföring från sjukhusbaserad verksamhet till nära vård på längre sikt, inte bara i ekonomiska termer, utan också vad gäller kultur och kompetensförsörjning. I detta betänkande redogör vi för inspel på dialogfrågor i det föregående betänkandet, och lyfter särskilt ett inspel på finansiering av forskning inom primärvård och specifikt på det allmänmedicinska området.

Kapitel 8. En ändamålsenlig struktur för styrning av hälso- och sjukvården

Utredningen har i enlighet med direktiven att analysera om vårdens uppdelning i öppen vård och sluten vård fortfarande är ändamålsenlig, med utgångspunkten att vården ska organiseras och bedrivas effektivt med god kvalitet och utifrån den enskildes vårdbehov. Analysen ska göras utifrån ett patientperspektiv i relation till utredningens övriga förslag.

Kort sammanfattat fyller, sedan ikraftträdandet av 1982 års hälso- och sjukvårdslag, inte dagens begreppsindelning i öppen och sluten vård någon organisatorisk funktion i lagstiftningen. Indelningen i dessa vårdformer utgör därmed endast en lagteknisk lösning. Att regioner även efter 1982 valt att organisera sina verksamheter utifrån dessa begrepp regleras alltså inte av lagstiftning.

Det råder enighet om att nuvarande struktur och vårdformsindelning utgör en bidragande orsak till ineffektivitet i hälso- och sjukvårdssystemet. Nya behandlingsalternativ och nya sätt att organisera vården har lett till att vård som tidigare krävde intagning på sjukhus, numera kan utföras och utförs på andra platser än på sjukhus och därmed förflyttas till den öppna vårdformen. Det befintliga styrsystemet uppfattas dock ofta premiera sluten vård, vilket medför att sådan förflyttning inte sker i önskad utsträckning. Intresset för frågan om ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen och sluten vård ser delvis annorlunda ut jämfört med utredningens övriga frågor; för den som ansvarar för och arbetar med systemnivån vad gäller styrning och ledning, beskrivningssystem och det ekonomiska perspektivet är den intressant utifrån sin faktiska legala utformning och därpå följande konsekvenser. För många andra är den mer principiellt intressant utifrån hur väl den underlättar den omställning av hälso- och sjukvården

som genomförs. Vi är medvetna om, och har under utredningens gång flera gånger uppmärksammat på, att förändringar i de grundläggande begreppen öppen och sluten vård är stora ingrepp i strukturen för det rådande systemet. Det råder olika uppfattning om hur viktiga sådana förändringar är att göra för att möjliggöra och underlätta omställningen till nära vård, och i vilken utsträckning de är bärare av en traditionell kultur som behöver förändras för att uppnå en modern hälso- och sjukvård.

Initialt i kapitlet presenteras ett antal av utredningen fastslagna utgångspunkter utifrån gällande rätt och våra egna analyser.

I kapitlet presenterar vi sedan skäl för vår *bedömning* att en uppdelning i vårdformer är fortsatt ändamålsenlig. Vi gör bedömningen att de beskrivningssystem som i dag används inte är ändamålsenliga för styrningen och uppföljningen av dagens och framtidens hälso- och sjukvård, och presenterar därför *förslag* om att de behöver utredas och anpassas. Vår uppfattning är att även om en sådan översyn genomförs, bör på sikt definitionen av slutna vård moderniseras till namn och innehåll. Till följd av de stora förändringar som en ändrad definition innebär, och med tanke på de därav följande svårigheterna att med säkerhet beskriva konsekvenserna av en sådan förändring, väljer utredningen att presentera detta som en *bedömning*. I kapitlet presenteras ett möjligt sätt att utforma en sådan ny definition, benämnd särskild vård.

Kapitel 9. Att skapa förutsättningar för det fortsatta omställningsarbetet

För att uppnå målet med en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården räcker det, som utredningen påpekat alltsedan den första dagen, inte att göra förändringar enbart i dagens primärvård. Omställningsarbetet omfattar hela den svenska hälso- och sjukvården, vilken har såväl region som kommun (och till en liten del även staten) som huvudman, samt alla oss som på olika sätt verkar i den. Tillsammans utgör vi ett komplext system med flera olika beslutsnivåer, vårdgivare, professioner och framför allt med alla de olika människor vars hälso- och sjukvårdsbehov vi har till uppgift att möta.

Att genomföra en samordnad utveckling mot det gemensamma målet är därmed en betydande utmaning. En utmaning som kommer innebära en långsiktig stegvis process och kräva stor uthållighet från alla. Det kommer inte att räcka med ett eller ett par stora politiska beslut på statlig nivå de närmsta åren. Det kommer att behövas beslut på alla politiska nivåer, och en bred politisk förankring som gör att beslut och inriktning står sig över längre tid. I detta kapitel lyfter vi olika former av stödstrukturer som vi ser som avgörande att den nationella nivån tillhandahåller till huvudmännen och övriga berörda aktörer i hälso- och sjukvårdssystemet.

I enlighet med utredningens ursprungsdirektiv ska vi analysera hur resurser kan överföras från sjukhusvård till primärvård. Som vi beskrivit i tidigare betänkanden kan en sådan resursöverföring inte beskrivas enbart i ekonomiska termer. Det handlar i minst lika stor utsträckning om successiv överföring av kompetenser för såväl vårdverksamhet som utbildning och forskning, och ibland om att tillgängliggöra resurser och

kompetenser till olika delar av systemet via nya arbetssätt och/eller nya tekniska lösningar.

Även om omställningen till en god och nära vård omfattar hela hälso- och sjukvården så bedömer utredningen att det, i likhet med hur det uttrycks i våra direktiv, finns behov av att också specifikt titta på hur primärvården resurssätts. Utan en stark primärvård som kan vara basen i en mer nära hälso- och sjukvård kommer inte omställningen att vara möjlig.

Vi gör *bedömningen* att staten, under den återstående omställningsperioden, 2021–2027, bör samla flera av de ekonomiska satsningar som regleras i överenskommelser mellan regeringen och SKR i en övergripande överenskommelse för omställningen. Överenskommelsen bör bestå av två delar. En del med ett övergripande omställningsbidrag som fördelas till regioner och kommuner efter fördelningsnyckel och vars storlek ligger fast under överenskommelsens tid. En del där de övergripande ingående områdena slås fast från start, men där inriktning och storlek under de olika områdena kan variera från år till år och mellan olika huvudmän, utifrån behov.

Kapitel 10. Om uppdraget lättare psykisk ohälsa

I augusti 2019 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv till vår utredning. Utöver vad som sägs i tidigare direktiv ska utredas förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa i syfte att bl.a. förebygga svårare ohälsa och sjukskrivning. I och med detta tilläggsuppdrag förlängs utredningstiden till januari 2021.

Bakgrunden till direktiven är regeringens uppfattning att det finns ett behov av att skyndsamt kunna erbjuda stöd till personer med lättare psykisk ohälsa. Skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom den nära vården skulle dels kunna ge förutsättningar för att förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar, dels, genom att vård ges på adekvat plats i systemet utifrån personens behov, bidra till att förbättra tillgängligheten till den specialiserade psykiatri för dem med behov av specialiserad vård.

Fokus för uppdraget är därmed lättare psykisk ohälsa som inte kräver specialiserad vård. I uppdraget ligger också att definiera begreppet lättare psykisk ohälsa. Det är enligt direktiven upp till utredaren att bedöma vilken form av lättare psykisk ohälsa som ska erbjudas den nya formen av insatser.

Utredningen har redan i tidigare betänkanden haft området psykisk ohälsa med i arbetet. I våra tidigare förslag vad gäller primärvårdens utformning är en utgångspunkt primärvårdens grunduppdrag, som omfattar såväl somatiskt som psykisk hälsa. I en personcentrerad hälso- och sjukvård är ett holistiskt förhållningssätt en grundbult. Inom området psykisk ohälsa blir det också självklart att knyta an till utredningens tidigare förslag som betonar vikten av förebyggande insatser och hälsofrämjande arbete.

Utredningen kommer i detta uppdrag att arbeta med samma breda dialog som tidigare, i enlighet med ursprungsdirektiven. I kapitlet finns därför ett antal dialogfrågor som utredningen gärna tar emot inspel på.

...vill vi tacka alla som gjort denna resa möjlig. Alla som på olika sätt bidragit till den rörelse som omställningen till en god och nära vård kommit att bli. Resan har bara börjat. Kanske är hela poängen att vi aldrig blir färdiga, utan ständigt måste vidareutveckla och anpassa, med lyhördhet och med avsikten att bevara det goda och förändra det som är mindre bra. Vi har förhoppningsvis bidragit med några delar av vägbygget. Vi har tagit fram en färdplan och en målbild. Föreslagit milstolpar och visat på vägval. Vi vill till sist påminna om det vi sagt från början. Hälso- och sjukvård är en lagsport, och en sådan här förändring, om den ska vara möjlig att göra, är ett stort tillsammans-arbete. Avgörande är involvering av personer med patienterfarenhet och vårdens medarbetare. Lärandet och kunskapen ligger i den gemensamma processen.

*"Nog finns det mål och mening i vår färd – men det är vägen som är mödan värd."*¹²

¹² Boye, K, *I rörelse*, 1927.

Betänkandets lagförslag i relevanta delar

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

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

dels att 5 kap. 2 §, 7 kap. 7 §, 8 kap. 8 §, 11 kap. 3 §, 12 kap. 2 och 4 §§, 14 kap. 1–2 §§, samt 16 kap. 1 och 4 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas fem nya paragrafer, 7 kap. 3 a §, 10 kap. 1 a §, 13 kap. 1 a §, 16 kap. 5 § och 18 kap. 4 § med följande lydelse,

dels att det närmast före 10 kap. 1 a § respektive närmast före 13 kap. 1 a § ska införas en ny rubrik med lydelsen *Patientkontrakt*,

dels att det närmast före 18 kap. 4 § ska införas en ny rubrik med lydelsen *Utbildning*.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

5 kap.

2 §

Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.

Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler, den utrustning och de förutsättningar för samverkan som behövs för att god vård ska kunna ges.

7 kap.

3 a §

Regionen ska med tillämpning av lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillhandahålla valfrihetssystem inom fysioterapi och psykiatri.

Ersättningen från regionen till utförare inom valfrihetssystemen ska följa den enskildes val av utförare.

7 kap.

7 §

I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.

I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen samverka med kommunen och andra samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.

8 kap.

8 §

Regionen får erbjuda läkemedel utan kostnad till den som får *hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård)*. Regionen får erbjuda läkemedel utan kostnad till den som får *hälso- och sjukvård i hemmet*.

10 kap.

1 a §

Regionen ska tillhandahålla ett patientkontrakt till patienten i enlighet med vad som anges i 6 kap. 5 § patientlagen (2014:821).

11 kap.

3 §

I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska kommunen samverka med *samhällsorgan, organisationer och vårdgivare*. I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska kommunen samverka med *regionen och andra samhällsorgan, organisationer och vårdgivare*.

12 kap.

2 §

Kommunen får erbjuda den som vistas i kommunen *hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård)* i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453). Kommunen får erbjuda den som vistas i kommunen *hälso- och sjukvård i hemmet* i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453).

12 kap.

4 §

Regionen får på framställning av en kommun inom regionen erbjuda läkemedel utan kostnad ur läkemedelsförråd till den som

1. bor i en sådan särskild boendeform som avses i 5 kap. 5 § andra stycket socialtjänstlagen (2001:453), eller

2. får *hemsjukvård* genom kommunens försorg. 2. får *hälso- och sjukvård i hemmet* genom kommunens försorg.

Regionen svarar för kostnaderna för läkemedel som rekvideras till läkemedelsförråden.

13 kap.

1 a §

Kommunen ska tillhandahålla ett patientkontrakt till patienten i enlighet med vad som anges i 6 kap. 5 § patientlagen (2014:821).

14 kap.

1 §

Regionen får till en kommun inom regionen överlåta skyldigheten att erbjuda *hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård)* i ordinarie boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), om regionen och kommunen kommer överens om det. Överenskommelsen får inte avse ansvar för hälso- och sjukvård som ges av läkare. Överenskommelsen får även avse ansvar för sådana förbrukningsartiklar som avses i 8 kap. 9 §.

Regionen får lämna sådant ekonomiskt bidrag till kommunen som motiveras av överlåtelsen.

Regionen får till en kommun inom regionen överlåta skyldigheten att erbjuda *hälso- och sjukvård i hemmet* i ordinarie boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), om regionen och kommunen kommer överens om det. Överenskommelsen får inte avse ansvar för hälso- och sjukvård som ges av läkare. Överenskommelsen får även avse ansvar för sådana förbrukningsartiklar som avses i 8 kap. 9 §.

14 kap.

2 §

Om samtliga kommuner inom en regions område ingår i en överlåtelse av ansvar för *hemsjukvård* enligt 1 § och om det behövs för kostnadsutjämning mellan kommunerna, får kommunerna lämna ekonomiskt bidrag till varandra.

Om samtliga kommuner inom en regions område ingår i en överlåtelse av ansvar för *hälso- och sjukvård i hemmet* enligt 1 § och om det behövs för kostnadsutjämning mellan kommunerna, får kommunerna lämna ekonomiskt bidrag till varandra.

16 kap.

1 §

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 enligt 12 kap. 1 §. Detsamma gäller *hemsjukvård* i ordinarie boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), om en kommun ansvarar för vården enligt 14 kap. 1 §.

Regionen ska med kommunerna inom regionen sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan.

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 enligt 12 kap. 1 §. Detsamma gäller *hälso- och sjukvård i hemmet* i ordinarie boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), om en kommun ansvarar för vården enligt 14 kap. 1 §.

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 frånregionen. Bilaga 2

16 kap.

4 §

När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, ska regionen tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan.

Planen ska upprättas om regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

1. vilka insatser som behövs,
2. vilka insatser som respektive huvudman ska svara för,
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än regionen eller kommunen, *och*
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

När den enskilde har behov av insatser *från flera vårdgivare eller* insatser både från hälso- och sjukvården och socialtjänsten, ska *representanter för de verksamheter eller enheter i regionen eller kommunen som ansvarar för insatserna* tillsammans upprätta en individuell plan.

Planen ska upprättas om regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov *av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet* tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. *Den enskildes önskemål om upprättandet av en individuell plan ska beaktas.* Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

1. vilka insatser, *exempelvis förebyggande och rehabiliterande*, som behövs,

3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än regionen eller kommunen,

4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen, *och*

5. målet med insatserna utifrån den enskildes perspektiv.

16 kap.

5 §

Regionen och kommunen ska upprätta en övergripande gemensam plan för utformningen av hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå.

18 kap.

4 §

Regioner och kommuner ska säkerställa att utbildning sker i den hälso- och sjukvård de ansvarar för.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2024 i fråga om 10 kap. 1 a § och 13 kap. 1 a § hälso- och sjukvårdslagen, den 1 juli 2028 i fråga om 7 kap. 3 a § hälso- och sjukvårdslagen och i övrigt den 1 januari 2023.

Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125) Bilaga 2

Härigenom föreskrivs att 8 a § tandvårdslagen (1985:125) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

8 a §

Vid tillämpningen av 8 § ska regionen särskilt se till att uppsökande verksamhet bedrivs bland dem som

1. omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, eller

2. har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som

a) omfattas av en kommuns ansvar för hälso- och sjukvård enligt 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30),

b) får *hälso- och sjukvård i hemmet* b) får *hälso- och sjukvård i hemmet*, eller

c) är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård eller omsorg som personer som omfattas av 2 a eller 2 b ovan.

Regionen ska också se till att nödvändig tandvård erbjuds patienter som avses i första stycket.

Regionen ska vidare se till att tandvård kan erbjudas

1. dem som har behov av särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid, och

2. dem som har stora behov av tandvård på grund av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2023.

Förteckning över remissinstanserna

Efter remiss har yttranden kommit in från Akademikerförbundet SSR, Apotekarssocieteten, Arbetsmiljöverket, Arjeplogs kommun, Barnombudsmannen, Danderyds kommun, Datainspektionen, Dietisternas riksförbund, Distriktssköterskeföreningen, E-hälsomyndigheten, Finspångs kommun, Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Funktionsrätt Sverige, Fysioterapeuterna, Förbundet för ett samhälle utan rörelsehinder, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Föreningen Sveriges Socialchefer, Förvaltningsrätten i Umeå, Förvaltningsrätten i Växjö, Gotlands kommun, Grums kommun, Gävle kommun, Halmstads kommun, Hjo kommun, Huddinge kommun, Håbo kommun, Härryda kommun, Högsolan Dalarna, Högsolan i Borås, Inspektionen för vård och omsorg, Justitiekanslern, Jönköpings kommun, Karlstad kommun, Karolinska institutet, Kommunal, Konkurrensverket, Kungsbacka kommun, Legitimerade Kiropraktors Riksorganisation, LIF - de forskande läkemedelsföretagen (Läkemedelsindustriföreningen), Linnéuniversitetet, Lunds universitet, Läkarsekreterares och sjukvårdsadministratörers Förbund, Läkemedelsverket, Malmö kommun, Myndigheten för delaktighet, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Mälardalens högskola, Mölndals kommun, Nora kommun, Nordmalings kommun, Norrtälje kommun, Nyköpings kommun, Orust kommun, Pensionärernas Riksorganisation, Regelrådet, Region Blekinge, Region Dalarna, Region Gävleborg, Region Halland, Region Jämtland Härjedalen, Region Jönköpings län, Region Kalmar län, Region Kronoberg, Region Norrbotten, Region Skåne, Region Stockholm, Region Sörmland, Region Uppsala, Region Värmland, Region Västerbotten, Region Västernorrland, Region Västmanland, Region Örebro, Region Östergötland, Riksförbundet för Rättigheter, Frigörelse, Hälsa och Likabehandling, Rättviks kommun, Sjukhusläkarna, SKPF Pensionärerna, Skövde kommun, Socialstyrelsen, Sollefteå kommun, SPF Seniorerna, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, Statens medicinsk-etiska råd, Statskontoret, Stockholms kommun, Svedala kommun, Swedish Medtech, Svensk förening för allmänmedicin, Svensk Kuratorsförening, Svensk Sjuksköterskeförening, Svenska Distriktsläkarföreningen, Svenska Logopedförbundet, Svenska Läkaresällskapet, Sverigefinska pensionärer, Sveriges Farmaceuter, Sveriges Kommuner och Regioner, Sveriges läkarförbund, Sveriges Psykologförbund, Säffle kommun, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Tillsammans för ungas psykiska hälsa, Umeå universitet, Universitetskanslersämbetet, Upphandlingsmyndigheten, Uppsala kommun, Verket för innovationssystem, Vetenskapsrådet, VISION, Vårdförbundet, Vårdföretagarna, Västra Götalandsregionen, Åre kommun, Älvkarleby kommun, Örebro universitet och Örkellunga kommun.

Därutöver har yttranden inkommit från Afasiförbundet, Anhörigas Riksförbund, Astma, allergi och KOL sjuksköterskeföreningen, Astma och Allergiförbundet, Autism- och Aspergerförbundet, Bollnäs kommun, Bristol Myers Squibb, Cancerfonden, Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet, DHR – Delaktighet Handlingskraft Rörelsefrihet, Diabetesorganisationen i Sverige, Doctrin, Elöverkänsligas

Riksförbund, Göteborgs kommun, Göteborgs universitet, Hjärnskadeförbundet Hjärnkraft, Landsorganisationen i Sverige, Nationellt kompetenscentrum anhöriga, Neuroförbundet, Nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård, HFS, Nätverket mot cancer, Personskadeförbundet RTP, Praktikertjänst, Psoriasisförbundet, Region Gotland, Reumatikerförbundet, Riksförbundet Cystisk Fibros, Riksförbundet för döva, hörselskadade barn och barn med språkstörning, Riksförbundet för ME-patienter, Riksförbundet HjärtLung, Riksförbundet sällsynta diagnoser, Riksföreningen för barnsjuksköterskor, Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering, Riksföreningen för sjuksköterskor inom äldre och demensvård, Riksföreningen för skolsjuksköterskor, Röda korset, Samling för Allmänmedicinsk Forskning och Utbildning, Sjukvårdspartiet i Värmland, SiV, Storstockholms Diabetesförening, Svensk Förening för sjuksköterskor i diabetesvård, Svenska barnmorskeförbundet, Svenska privatläkarföreningen, Svenska psykiatriska föreningen, Svenska Ödemförbundet, Sveriges Apoteksförening, Sveriges Arbetsterapeuter, Synskadades Riksförbund, Umeå kommun, Växjö kommun och Östersunds kommun.

Följande remissinstanser har inte svarat eller angett att de avstår från att lämna några synpunkter: FAMNA.

Sammanfattning av betänkandet God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa (SOU 2021:6)

Utgångspunkter

I enlighet med våra tilläggsdirektiv från den 15 augusti 2019 ska vår utredning, utöver tidigare uppdrag, utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa i syfte att bl.a. förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar och vid behov lämna förslag om hur detta kan genomföras på ett effektivt sätt (dir. 2019:49). Detta uppdrag bygger på en överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna. Uppdraget gavs i en kontext av utredningens tidigare förslag och bedömningar.

Tidigare betänkanden

Regeringen fattade den 2 mars 2017 beslut om att utse en särskild utredare med uppdrag att utifrån en fördjupad analys av förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja regioner, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Utredningen valde namnet Samordnad utveckling för god och nära vård.

Utredningen överlämnade i juni 2017 sitt första delbetänkande God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53). Utifrån förslagen i delbetänkandet fattade riksdagen i slutet av maj 2018 beslut om prop. 2017/18:83, Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.

Utredningen överlämnade i juni 2018 sitt andra delbetänkande God och nära vård. En primärvårdsreform (SOU 2018:39). Utifrån förslagen i delbetänkandet fattade riksdagen i december 2020 beslut om prop. 2019/20:164, Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform. Ytterligare propositioner grundade på förslagen i detta andra betänkande är aviserade.

Utredningen lämnade i juni 2019 sitt tredje delbetänkande God och nära vård. Vård i samverkan (SOU 2019:29). Det betänkandet innehöll i enlighet med utredningens direktiv en rapport om arbetets inriktning och fortskridande. Delbetänkandet innehöll en analys av och bakgrund till de områden inom vilka utredningen i huvudbetänkandet sedan lämnade förslag. Det tredje betänkandet ska därför läsas tillsammans med förslagsdelarna i huvudbetänkandet.

Utredningen lämnade i april 2020 huvudbetänkandet God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19). Det innehöll förslag på strukturella förändringar av hälso- och sjukvårdssystemet i sin helhet, med fokus på samverkan mellan de båda huvudmännen, region och kommun. Förslag på hur samverkan kan stödjas på makro- (mellan huvudmännen), meso- (mellan utförare), och mikronivå (utifrån den enskilde individen) lämnades. Betänkandet innehöll förslag på ett stärkt stöd för patienten vad gäller den lagstadgade individuella planen

samt förslag på hur patientkontrakt, som en visualisering av den individuella planen, kan regleras i författning. Vidare föreslogs, i enlighet med uppdraget i direktiven, hur verksamheter som drivs enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (den s.k. nationella taxan) bättre kan integreras i framtidens hälso- och sjukvårdssystem. Förslag om hur utbildning i primärvården kan stärkas lämnades, tillsammans med bedömningar av hur forskningens roll kan främjas. En översyn av samtliga beskrivningssystem i hälso- och sjukvården föreslogs, i syfte att underlätta och skapa förutsättningar för omställningen till en god och nära vård. Slutligen lyftes framgångsfaktorer och hinder för omställningen. Betänkandet har remitterats, och förslagen bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Det aktuella uppdraget

I och med tilläggsdirektiven från augusti 2019 kom inte utredningens huvudbetänkande att bli det sista betänkandet. Det blir i stället detta betänkande, som besvarar frågeställningarna i direktiven rörande omhändertagande av psykisk ohälsa i primärvården. Vi vill tydligt påpeka att även om detta betänkande har fokus på den psykiska ohälsan har utredningen aldrig i det tidigare arbetet skiljt den psykiska hälsan från den fysiska, utan hela tiden tvärtom betonat behovet av en holistisk syn på människan i kontakten med hälso- och sjukvården. I en personcentrerad hälso- och sjukvård utgår insatserna från den enskilda människans behov, och mindre från hur hälso- och sjukvården valt att organisera sig. Just därför är primärvårdens roll i systemet så viktig. I en adekvat resurs- och kompetensförsörjd primärvård finns förutsättningar att arbeta med hela människan, utifrån dennes situation och i dess närmiljö. I kontinuerliga relationer, med såväl förebyggande och hälsofrämjande insatser som med behandling och rehabilitering. Det är viktigt för oss att betona att detta betänkande, och de förslag och bedömningar vi här gör, hänger ihop med tidigare betänkanden och de där presenterade förslagen och bedömningarna i en odelbar helhet.

Berättelsen

På omslaget till detta sista betänkande ser ni Kim. Ni känner igen hen från illustrationen av den personcentrerade hälso- och sjukvården som vi haft med i våra tidigare betänkanden. Personen Kim är förstås fiktiv. Men vi tänker att det finns en berättelse bakom personen. Hen, som många andra, är drabbad av psykisk ohälsa, själv men också i sin omgivning. Hen upplever många gånger vården som fragmentiserad, och ibland utgående mer från hälso- och sjukvårdens organisation än från personens behov. Att samverkan saknas och att bemötandet ibland sviktar. Man möter många olika personer, och det är svårt att känna tillit och förtroende. Det kan göra det särskilt svårt att ta upp frågor om den psykiska hälsan, eller frågor relaterade till psykisk hälsa såsom riskbruk, våld i nära relationer eller annan utsatthet.

Många av de berättelser vi tagit del av i den här fasen av utredningen rör, liksom tidigare, fragmentisering, splittrade insatser och ett system som dumpar komplexiteten i patienter och närståendes knä, mer än ger stöd till bästa möjliga hälsa utifrån var och ens förutsättningar. De här berättelserna

har varit viktiga pusselbitar för oss i vårt arbete. De, tillsammans med alla inspel vi fått från vårdens medarbetare, som ofta känner en stor frustration i att inte ha de strukturer och arbetssätt man behöver för att möta den stora andelen patienter som söker primärvården just för psykisk ohälsa.

De förslag och bedömningar vi presenterar i det här betänkandet handlar om hur primärvården i regioner och kommuner ska vara ett stöd för människor med psykisk ohälsa, och tillhandahålla redskap som stödjer människor till psykisk hälsa. Det kan handla om insatser från hälso- och sjukvården, men också hur hälso- och sjukvården kan vara en brygga till andra insatser, t.ex. från civila samhället i form av föreningslivet, när de egna resurserna och det nätverk man vanligtvis har omkring sig är för svagt, eller inte räcker till.

Betänkandets form och innehåll

I det följande görs en sammanfattning av betänkandets kapitel, med fokus på de förslag och bedömningar som lämnas. Kapitel 1 och 7 innehåller författningsförslag och författningskommentar, och sammanfattas inte närmare här. Dessa kapitel bör i stället läsas tillsammans med kap. 5.

Kapitel 2. Utredningens uppdrag, arbetssätt och utgångspunkter

I detta kapitel redogörs inledningsvis för bakgrunden till utredningsuppdraget enligt våra direktiv, och vi presenterar för betänkandet centrala begrepp. Vi beskriver utredningens avgränsningar; bl.a. den specialiserade hälso- och vården, vård tillhandahållen med stöd av socialtjänstlagen samt vården specifikt av barn. Det föreligger uppdrag till andra statliga utredningar, som angränsar till våra direktiv, t.ex. vad gäller samsjuklighet vid missbruk och gällande barn och ungas psykiska hälsa, samt även till statliga myndigheter, och vi redogör för vilka dessa är. Vi beskriver hur utredningen även i denna avslutande fas har upprätthållit en omfattande dialog med många aktörer, men på delvis nya sätt till följd av de förändrade förhållandena under covid-pandemin.

Den samhällskontext där uppdraget givits är central för hur vi tar oss an vårt uppdrag, liksom den historiska synen på kroppens och själens tillstånd. Frågan om gränsdragningen mellan allmänt välbefinnande, nedsatt psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa är i högsta grad aktuell. Det finns en allmänt spridd uppfattning att den psykiska ohälsan ökat de senaste decennierna, men det råder delade meningar om i vilken omfattning, för vilka grupper och hur den förändringen bäst ska beskrivas. Det finns också de som problematiserar om den psykiska ohälsan över huvud taget ökat. Vi noterar att det, inte minst till följd av stigmatisering, finns ett stort behov av lågröskelverksamheter med fokus på ett öppet och fördomsfritt bemötande av den som söker hälso- och sjukvården med psykisk ohälsa. Vare sig det sedan visar sig vara något som ska hanteras i hälso- och sjukvården, eller där kontakten med hälso- och sjukvården leder vidare till andra insatser. Vi diskuterar i detta sammanhang föreningslivets roll, och den historiskt viktiga faktor som civila samhället spelat i folkhälsofrågor.

Vi resonerar kring avsaknaden av gemensamma definitioner inom området psykisk ohälsa och redogör för begreppsanvändningen i detta betänkande, och därmed i utformningen av våra förslag och bedömningar. Slutligen redogör vi för några olika mål- och riskgrupper i förhållande till psykisk ohälsa. Bilaga 4

Kapitel 3. Förutsättningar för primärvårdens arbete med psykisk ohälsa

Ansvarsförhållanden, tillbakablickar och kunskapsunderlag

Detta kapitel beskriver sammantaget olika aspekter av primärvårdens förutsättningar för arbetet med psykisk ohälsa, och hur det ser ut i nuläget. Inledningsvis redogörs för den bredd av aktörer på olika nivåer som är involverade i den psykiska ohälsan och för det ansvar, utifrån roll och uppdrag, som respektive aktör har.

Efter en kort tillbakablick på såväl statens som föreningslivets roll i detta arbete belyser vi för området relevanta kunskapsunderlag. Utredningen konstaterar att det arbete vad gäller kunskapsstyrning som i nuläget genomförs samordnat mellan ett antal kunskapsmyndigheter samt regioner och kommuner är viktigt för att samordna insatserna inte minst inom området psykisk hälsa.

Vi kan också konstatera att flera uppföljningar och utvärderingar visar att de kunskapsunderlag som finns, t.ex. Socialstyrelsens nationella riktlinjer, inte implementerats i tillräcklig utsträckning. Trots att olika insatser och satsningar genomförts, bl.a. via överenskommelser mellan staten och SKR, är följsamheten fortfarande otillräcklig speglat som otillräcklig uppfyllelse av kvalitetsindikatorer kopplade till de nationella riktlinjerna. En reflektion från utredningens sida är att kunskapsunderlagen många gånger förefaller utgå från den specialiserade psykiatrins logik och arbetssätt, trots att huvuddelen av patienterna finns i primärvården. Att inkludera primärvårdens kontext tydligare i framtagandet av kunskapsunderlag för att underlätta implementering är en framgångsfaktor för framtiden. Det bör inom ramen för partnerskapet mellan Socialstyrelsen och huvudmännens modell för kunskapsstyrning finnas goda möjligheter till ett sådant arbetssätt, där också förutsättningarna för att innefatta även kommunernas hälso- och sjukvård bör kunna vara bättre än tidigare.

Huvudmännens formulering av uppdraget

Utredningen redovisar en kartläggning av hur huvudmännen själva formulerar uppdraget gällande psykisk ohälsa i primärvården. Vad gäller regionerna uppvisar genomgången en variation i såväl detaljeringsgrad som specifika krav. En viss variation är att vänta, då en avsikt med att huvudmännen utformar organiseringen är just behovet av anpassning till lokal kontext och olika förutsättningar. Vår genomgång visar dock på skillnader som är svåra att förstå som enbart beroende på sådana anpassningar. Det är anmärkningsvärt att dessa uppdragsbeskrivningar många gånger är på en påfallande övergripande nivå. Detta lämnar ett utrymme för olika tolkningar av olika leverantörer, något som kan resultera i en

ojämlik vård t.o.m. för invånare inom samma region. Det torde också försvåra uppföljningen från huvudmannens sida, och göra det svårt för invånarna att veta vad man kan förvänta sig från utförarna av primärvård.

Även vad gäller ett urval av kommunernas primärvård, i vår genomgång illustrerad av den hälso- och sjukvård som ska tillhandahållas för äldre på särskilda boenden, finns det en relativt stor variation, och vi kan konstatera att hälso- och sjukvårdsuppdraget ofta är beskrivet på ett sätt som inte explicit anger att uppdraget omfattar både fysisk och psykisk ohälsa.

Sammanfattningsvis ser vi ett behov av att huvudmännen utvecklar och fastställer tydligare övergripande strukturer och stöd för primärvårdsverksamheternas omhändertagande av psykisk ohälsa.

Uppföljningsmöjligheter och tjänster på distans

I avsnittet belyser vi vilka möjligheter det i dag finns att, på ett systematiskt sätt, följa upp primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. Genomgången bekräftar och understryker behovet av att skyndsamt utveckla en mer systematisk och standardiserad dokumentering och uppföljning av primärvårdens arbete med psykisk ohälsa, såväl på verksamhetsnivå som på regional och nationell nivå. En systematisk nationell uppföljning förutsätter också ett arbete med att utveckla datakvaliteten genom att bl.a. säkerställa enhetlighet i registrering av diagnoser och åtgärder runtom i landet. Genom en mer systematisk dokumentation och uppföljning ges förbättrade möjligheter såväl till verksamhetsutveckling som till forskning och utveckling av ny kunskap. Detta är avgörande för en effektiv vård med hög kvalitet.

I detta sammanhang lyfter utredningen, liksom i tidigare betänkanden, behovet av att ett primärvårdsregister i någon form följer av Socialstyrelsens pågående uppdrag kring möjligheten för nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. För att sätta mer ljus på, och lära mer om, primärvårdens arbete med psykisk ohälsa bedömer vi det också som centralt att detta område finns med bland de indikatorer som slutligt väljs för att följa omställningen till en god och nära vård. Om primärvården ska vara navet i hälso- och sjukvården måste den ges förutsättningar att vara det för hela människan, såväl dess fysiska som psykiska hälsa.

Vi gör vidare i kapitlet en beskrivning av olika distanstjänster, inklusive 1177 Vårdguiden, för att möta psykisk ohälsa. I dag finns olika sätt att tillhandahålla vård på distans. Former för detta kan vara e-hälsotjänster, tjänster via telefon eller traditionella behandlingsmetoder som erbjuds via internet. E-hälsolösningar har en särskild potential att tillhandahålla information anpassad till olika målgrupper och vid det tillfälle som passar individen. Detta kan gälla såväl egenvårdsråd som hur man får kontakt med rätt del av hälso- och sjukvården vid olika behov. I detta har 1177 Vårdguiden en särställning så som varande regionernas gemensamma och nationella plattform. Noterbart är den stora roll som olika stöddlinjer drivna av andra aktörer än regionerna själva, ofta frivilligorganisationer, har i relation till bemötandet av den psykiska ohälsan jämfört med den fysiska. Detta medför behov av tydliga strukturer för hur samverkan mellan 1177 Vårdguiden och olika stöddlinjer beskrivs och bedrivs. Vid utvecklande av alla typer av distanstjänster är det särskilt viktigt att både bejaka möjligheten att inkludera fler, och på nya sätt, än

tidigare, men också risken att exkludera de som av olika skäl inte har Bilaga 4
möjlighet att använda sådana tjänster.

Kompetenser och utbildningsinsatser samt sjukfrånvaro

Många professioner är, i olika grad, involverade i primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. Primärvården med sitt breda uppdrag är den vårdnivå som har bäst förutsättningar att med ett holistiskt synsätt vara första vårdnivå för människors såväl fysiska som psykiska vårdbehov. För att kunna göra detta på ett ändamålsenligt sätt krävs dock en viss grundläggande kunskap om psykisk ohälsa och bemötande hos alla som arbetar inom primärvården. Det krävs också en kunskap om vad olika professioner kan bidra med i arbetet med psykisk ohälsa. Det ger förutsättningar att organisera arbetet på effektiva sätt och i enlighet med bästa tillgängliga kunskap, t.ex. genom användande av vårdsamordnare eller organisering av psykosociala team. Utredningens dialoger har visat på utmaningar vad gäller den kunskapen, såväl hos ledningsfunktioner som i kliniska verksamheter.

Vi ser utifrån detta att det finns behov av kompetenshöjning och tillkommande utbildningsinsatser. Hur dessa ser ut varierar dock runtom i landet utifrån lokal kontext, och det finns därmed ett behov av regionala och lokala inventeringar, för att utifrån resultaten kunna tillhandahålla relevanta kompetenshöjande insatser. Såväl till styrnings- och ledningsfunktioner som i de kliniska verksamheterna.

Vi belyser i kapitlet att vi med hjälp av informationen i dagens nationella planeringsstöd inte kan säga något om var i hälso- och sjukvårdssystemet olika resurser finns. Vi kan alltså inte med säkerhet säga vilka, och hur många, professioner som är verksamma i primärvården i olika delar av landet. Det blir därmed mycket svårt att beskriva gapen. Sammantaget utgör båda dessa faktorer stora utmaningar i förhållande till såväl planering av olika utbildningsinsatser framöver som omställningen till en stark primärvård med förmåga att hantera såväl fysisk som psykisk ohälsa.

Vi belyser i kapitlet också hur bristen på reglering av s.k. grundläggande psykoterapiutbildning skapar en betydande otydlighet kring vilka kompetenser personer med sådan utbildning besitter, vilket är problematiskt för dem som ska bemäna primärvården med kompetenser för psykisk ohälsa, för de patienter de möter och för den utbildade själv.

Slutligen redogörs kort för påverkan på sjukfrånvaro av psykisk ohälsa, och hur insatser tänkta att minska den psykiska ohälsan kan förväntas påverka numerärer vad gäller sjukfrånvaro.

Kapitel 4. Internationell utblick

Sverige står inför utmaningar liknande dem i andra länder vad gäller den psykiska ohälsan och vårt uppdrag placerar sig i en global kontext. Olika länder prövar olika strategier för att bemöta dessa utmaningar. I detta kapitel redogörs kortfattat för några internationella initiativ på området samt sjukdomsburda globalt vad gäller psykisk ohälsa samt för dess uppskattade konsekvenser, för individer och samhällen. Därefter tittar vi närmare på ett par olika länders ansatser för att hantera s.k. lättare psykisk ohälsa, i enlighet med direktiven att kartlägga om lösningar för personer med lättare psykisk ohälsa har utformats i något annat land inom EU eller

EES-området, t.ex. i Norge eller Storbritannien. Vi belyser även Finland och dess nyligt genomförda arbete med en strategi för psykisk hälsa.

Vi reflekterar i kapitlet över våra svenska förhållanden, med hälso-/vårdcentraler uppbyggda med en bred interprofessionell kompetens som grunden för primärvården. Detta ger oss, rätt använt, goda förutsättningar att dra fördel av primärvårdens och generalisternas specialistkompetens – att se till hela människan, såväl de fysiska som psykiska behoven.

Vår analys är därför att vi bör bygga vidare på denna styrka när vi utvecklar den svenska primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa. Snarare än att skapa nya separata, organisationer eller strukturer för omhändertagande av den psykiska ohälsan i primärvården bedömer utredningen att vi bör vidareutveckla, bättre strukturera och stärka befintliga primärvärdsverksamheters arbete med psykisk ohälsa.

Samtidigt bedömer vi att det finns viktiga lärdomar att dra från såväl Englands som Norges arbete med att skapa tydliga strukturer till stöd för både patienter och medarbetare. Dessa strukturer bör omfatta tillgänglighet, bedömning och behandling, samt kopplas till krav på kontinuerlig uppföljning och ständiga förbättringar. Likaså kan Finlands nyligen genomförda arbete med en 10-årig strategi tjäna som inspiration för det svenska kommande strategiarbetet.

Kapitel 5. Primärvårdens grunduppdrag

Förslag till lagändring

Utredningen föreslår att det ska synliggöras i primärvårdens grunduppdrag att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa. 13 a kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL), om primärvårdens grunduppdrag, ska avseende första punkten formuleras så att inom ramen för verksamhet som utgör primärvård ska regioner och kommuner särskilt tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande *fysiska och psykiska* vårdbehov.

Skäl för utredningens förslag

Det nuvarande hälso- och sjukvårdssystemet har tillkommit i en annan kontext än dagens, när vanligt förekommande vårdbehov var andra än de som är vanligt förekommande i dag. Den psykiska ohälsan har historiskt haft en undanskynd roll i hälso- och sjukvården och i debatten som helhet. När hälso- och sjukvård har diskuterats och planerats har den somatiska vården på olika sätt haft företräde. I dag har den psykiska ohälsan fått ökat fokus, men även om ekonomiska satsningar, uppdrag och utredningar i allt högre grad identifierat och uppmärksammat denna ohälsa har de satsningar som gjorts inte i någon högre utsträckning inkluderat primärvården.

Av primärvårdens definition följer att dess uppdrag inte är begränsat i fråga om t.ex. sjukdomar. Majoriteten av patienterna med psykisk ohälsa finns redan i dag i primärvården, i enlighet med avsikten i bl.a. Socialstyrelsens nationella riktlinjer på området. Våra genomgångar i kap. 2 och 3 visar dock att hälso- och sjukvårdstjänster, och uppföljning av dessa, vad gäller psykiska vårdbehov inte tillhandahålls enligt lika strukturerade former som hälso- och sjukvårdstjänster för fysiska vård-

behov. Det bör därför synliggöras i primärvårdens grunduppdrag att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa.

Statliga satsningar inom området psykiatri, psykisk ohälsa och psykisk hälsa har bestått och består fortsatt i stor utsträckning i riktade statsbidrag, nationella samordnare och överenskommelser mellan staten och huvudmännen representerade av SKR. Normering har i mindre utsträckning använts som en form för statlig styrning på området. Genom lag och andra föreskrifter skapas dock nationell enhetlighet, långsiktighet och tydlighet. Den nyligt beslutade regleringen av grunduppdraget för primärvården är ett exempel på hur normering har tillämpats i syfte att skapa enhetlighet, och därigenom förutsättningar för en mer jämlik vård. Regleringen är, tillsammans med bl.a. en ändrad definition av primärvården, viktiga steg i omställningen av hälso- och sjukvården och reformen av primärvården. Enligt utredningen bör detta redan påbörjade arbete med författningsändringar i HSL för en stärkt primärvård användas och utvecklas även i syfte att adressera den psykiska ohälsan.

Det har i utredningens dialoger framförts att det skulle underlätta om det fanns ett tydligt stöd i lagstiftning för att primärvården ska organiseras och planeras också med hänsyn till behovet av omhändertagande av den psykiska ohälsan. Det uppfattas som ett stöd för de funktioner som ska planera, organisera och resurssätta hälso- och sjukvården och specifikt primärvården.

Kapitel 6. Primärvårdens organisering

Rätt stöd till psykisk hälsa

I kapitlet presenterar vi utredningens bedömningar (till skillnad från utredningens förslag, i betydelsen förslag till lagreglering) av hur primärvården bör arbeta med psykisk ohälsa utifrån kartläggningar och analyser i kap. 2, 3 och 4 samt förslaget till ändrad lagstiftning i kap. 5. Dessa bedömningar redogör vi för under tre olika rubriker; *Vägen in*, *Organisering av primärvårdens insatser* samt *Samverkan och samarbete*. Vi samlar dessa tre områden under ett paraply – ”Rätt stöd till psykisk hälsa”. Modellen utgörs av ett antal principer och arbetssätt som kombinerade är avsedda att förbättra bemötandet och omhändertagandet av den enskilde, och bättre möta behoven på befolkningsnivå. Tillsammans avser utredningens bedömningar bidra till ett förbättrat omhändertagande av psykisk ohälsa i primärvården; av psykiatriska tillstånd, men också av psykiska besvär. Bedömningarna avser utgå från en personcentrerad utgångspunkt och principer för stegvis vård.

Grundtanken är att vid psykisk ohälsa (patientens perspektiv), dvs. vid misstanke om psykiatriska tillstånd (vårdens perspektiv), är primärvården oftast vägen in till hälso- och sjukvården. Där görs en första bedömning, ges stöd till egenvård och, om så är indicerat, behandlande insatser. Antingen på primärvårdsnivå eller via kontakt med och hänvisning till annan del av hälso- och sjukvården. I de fall kriterier för psykiatriska tillstånd inte uppfylls, kan insatser för att minska funktionspåverkan av psykiska besvär behöva erbjudas, ibland av primärvården, andra gånger via

strukturerad samverkan med andra aktörer, såsom företagshälsovård, studenthälsa eller föreningslivet.

I våra bedömningar visar vi på goda exempel från verksamheter vi varit i kontakt med i olika faser av utredningens arbete. De exempel vi lyfter är valda utifrån att de visar på arbetssätt och metoder där evidens föreligger utifrån aktuellt kunskapsläge, eller där insatserna kopplats till pågående forskning eller egen strukturerad uppföljning.

Utöver dessa exempel har vi under arbetets gång fått till oss ett stort antal exempel på insatser som görs i olika delar av systemet för att tillgodose de behov kopplade till psykisk ohälsa som enskilda huvudmän, verksamheter, professioner och organisationer möter i sin vardag. Dessa redovisar vi, utan inbördes ordning och med vetskap om att evidensgraden för dessa insatser varierar, i bil. 6.

Vi påminner återigen om att de bedömningar vi gör i kapitlet ska ses som sammanhängande med de förslag utredningen lämnat i tidigare betänkanden. Både vad gäller primärvårdens roll som basen i hälso- och sjukvårdssystemet, med ett särskilt uppdrag att fungera samordnande och hälsofrämjande, och vad gäller ett sammanhängande hälso- och sjukvårdssystem. Vi vill också återigen betona vikten av att det i primärvården ges förutsättningar för medarbetarna att arbeta relationellt, med långvariga och kontinuerliga kontakter, med såväl enskilda individer som med och i sin närmiljö. Därmed skapas förutsättningar för förtroendefulla relationer och tillit, och en möjlighet att minska de stigma som många gånger hindrar människor från att lyfta problem med den psykiska hälsan i kontakt med hälso- och sjukvården.

Förutsättningar för Rätt stöd till psykisk hälsa

För att uppnå ett integrerat arbetssätt i enlighet med intentionen i modellen Rätt stöd till psykisk hälsa krävs en infrastruktur som ger förutsättningar och stödjer systemet till en sådan förändring. Det gäller en rad områden; patientdelaktighet, utbildning och kompetensförsörjning, forskning och utveckling, adekvata och evidensbaserade kunskapsstöd samt finansiering. Vi gör därför även ett antal bedömningar av hur sådana förutsättningar kan skapas.

Avslutningsvis presenterar vi en möjlighet till utvecklingsarbeten i form av geografiska modellområden för implementering av Rätt stöd till psykisk hälsa. Vi lyfter där särskilt möjligheten till (och nyttan med) samtidig följeforskning vid ett sådant införande i en avgränsad lokal kontext.

Till sist ...

Denna sista del av utredningens uppdrag har på många sätt känts som en av de viktigaste. På området psykisk hälsa och ohälsa finns så många aspekter att belysa, men den som dominerat är den utsatthet och det lidande som drabbar många människor med psykisk ohälsa. Likaså vetskapen om att vi saknar kunskap om bästa sättet att möta och behandla många inom området, och att den kunskap vi har är ofullständig och ojämnt implementerad. Det ligger stora utmaningar, ibland misslyckanden, från vårdens sida i att möta människorna bakom statistiken vad

gäller t.ex. suicidalitet, sjukfrånvaro eller den höga somatiska sjuk- och dödligheten hos många med samtidig psykisk problematik. Bilaga 4

Därför har detta uppdrag känts särskilt meningsfullt, inte minst eftersom det kom att utföras under en pågående pandemi. En pandemi vars effekter på den psykiska hälsan det ännu är för tidigt att uttala sig om, men där farhågor om effekter av allt från långa tider i intensivvård till en allmän social oro och påverkan på det dagliga livet blir viktiga att följa och adressera framöver.

Vi vill som alltid rikta ett stort tack till alla som har engagerat sig i vårt arbete, och bidragit med synpunkter och inspel, öppnat sina verksamheter och avsatt tid för dialogen med oss. Ett särskilt tack vill vi rikta till patient-/brukarorganisationer, personer med egenerfarenhet och vårdens medarbetare som bidragit i arbetet trots många gånger svåra förhållanden under en pågående pandemi.

Vi avslutar med att ställa oss bakom den globalt accepterade principen ”No health without mental health” – Ingen hälsa utan psykisk hälsa.

Betänkandets lagförslag

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

Härigenom föreskrivs att 13 a kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska ha följande lydelse.

Lydelse enligt SFS 2020:1043

Föreslagen lydelse

13 a kap.

1 §

Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt

1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov,	1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande fysiska och psykiska vårdbehov,
--	---

2. se till att vården är lätt tillgänglig,

3. tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,

4. samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och

5. möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2022.

Efter remiss har yttranden kommit in från Akademikerförbundet SSR, Danderyds kommun, Distriktssköterskeföreningen, E-hälsomyndigheten, FAMNA, Finspångs kommun, Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Fysioterapeuterna, Föreningen Sveriges Socialchefer, Försäkringskassan, Gävle kommun, Hiv-Sverige, Huddinge kommun, Håbo kommun, Härryda kommun, Inera AB, Inspektionen för socialförsäkringen, Inspektionen för vård och omsorg, Integritetsskyddsmyndigheten, Jönköpings kommun, Karolinska institutet, Kommunal, Kungsbacka kommun, Linköpings universitet, Linneuniversitetet, Lunds universitet, Läkemiddelsverket, Malmö kommun, Mind, Myndigheten för delaktighet, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Mölndals kommun, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, Nationella nätverket för samordningsförbund, Nationellt kompetenscentrum anhöriga, Nordmalings kommun, Norrtälje kommun, Pensionärernas Riksorganisation, Region Blekinge, Region Dalarna, Region Gotland, Region Gävleborg, Region Halland, Region Jämtland Härjedalen, Region Jönköpings län, Region Kalmar län, Region Kronoberg, Region Norrbotten, Region Skåne, Region Stockholm, Region Sörmland, Region Uppsala, Region Värmland, Region Västerbotten, Region Västernorrland, Region Västmanland, Region Örebro, Region Östergötland, Riksförbundet Attention, Röda Korset, SKPF Pensionärerna, Skövde kommun, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, Statens medicinsk-etiska råd, Statskontoret, Stockholms kommun, Svedala kommun, Svensk förening för allmänmedicin, Svenska Logopedförbundet, Svenska Läkaresällskapet, Svenska Psykiatriska Föreningen, Sverigefinska Pensionärer, Sveriges Arbetsterapeuter, Sveriges Kommuner och Regioner, Sveriges läkarförbund, Sveriges Psykologförbund, Säffle kommun, Umeå universitet, Universitetskanslersämbetet, Vetenskapsrådet, Vårdförbundet, Västra Götalandsregionen, Älvkarleby kommun och Örebro universitet.

Därutöver har yttranden inkommit från Dietisternas Riksförbund, Funktionsrätt Stockholms län, Riksförbundet FUB, LIF, Riksföreningen för sjuksköterskor inom äldre och demensvård, Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, Svenska Barnmorskeförbundet, Svenska Institutet för standarder, Sverigefinska Pensionärer och Verdandi.

Följande remissinstanser har inte svarat eller angett att de avstår från att lämna några synpunkter: Arjeplogs kommun, Barnens rätt i samhället, Barnombudsmannen, Finska Pensionärernas Riksförbund, Förvaltningsrätten i Umeå, Förvaltningsrätten i Växjö, Hjo kommun, Integritetsskyddsmyndigheten, Justitiekanslern, KRY International AB, Neuro, Nora kommun, Regelrådet, Riksförbundet för Suicidprevention och Efterlevandes stöd, Riksförbundet PensionärsGemenskap, Rättviks kommun, Shedo, Sjukhusläkarna, Sollefteå kommun, SPF Seniorerna, Suicid Zero, Svensk förening för barn- och ungdomspsykiatri, Svensk Sjuksköterskeförening, Svenska Distriktsläkarföreningen, Svenskt Demenscentrum, Sveriges Farmaceuter, Tillsammans för unga psykiska hälsa, VISION, WONSA, Vårdföretagarna och Örkellunga kommun.

Sammanfattning av betänkandet Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram (SOU 2022:22)

Bristande tillgänglighet med långa väntetider har varit ett långvarigt problem i svensk hälso- och sjukvård. Trots stor debatt och många insatser från såväl staten som regionerna för att komma till rätta med väntetiderna, och trots att de flesta är överens om att tillgängligheten behöver förbättras, kvarstår problemet. Avsevärda ekonomiska medel genom överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och införandet av en lagstadgad vårdgaranti, har inte lyckats vända utvecklingen. Det förefaller ha utvecklats en syn på vårdgarantis gränser som målsättningar att ta sikte på, snarare än de yttersta gränser inom vilka medicinska prioriteringar ska ske.

I augusti 2020 tillsatte regeringen denna utredning – Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. I juni 2021 lämnade utredningen delbetänkandet *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan* (SOU 2021:59). Där avrapporterades en del av utredningens uppdrag, såsom att utreda och lämna förslag på en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning och att vidareutveckla överenskommelsen om kömiljarden. För nära och tillgänglig vård och arbetet med att stödja regionala handlingsplaner lämnades en delrapport i det betänkandet. Uppdraget kring effektivt resursutnyttjande har fortsatt genom ett tilläggsdirektiv som utredningen erhöll i november 2021. Flera av utredningens förslag i delbetänkandet har regeringen tagit vidare, som utredning av ett vårdökssystem, stöd och ekonomiska medel för produktions- och kapacitetsplanering och utredningens förslag kring stärkt statlig uppföljning av regionernas resultat med dialog med varje region.

I detta betänkande redogör utredningen för förslag och bedömningar när det gäller uppdragen att utreda för- och nackdelar med en utökad vårdgaranti och att stödja regionernas och kommunernas arbete med utvecklingen av en nära och tillgänglig vård. Utredningen redogör för arbetet med att stödja regionerna i genomförandet av de regionala handlingsplanerna. Utredningen lämnar också bedömningar om det fortsatta arbetet med barn och ungas psykiska hälsa och intygshantering i hälso- och sjukvården.

Med *förslag* avser utredningen förslag till författningsändringar. Med *bedömningar* avser utredningen ställningstaganden i övrigt.

Väntetiderna – en utmaning som förvärrats

Varför väntetider?

Varför har Sverige haft väntetidsproblem och köer sedan 1960-talet och varför försämrats läget trots stora ekonomiska satsningar, överenskommelser mellan staten och SKR och en lagstadgad vårdgaranti? Utredningen har tyvärr inte funnit några analyser som ger tydliga svar men en del underlag om vad som kan medföra väntetider. Sverige har i internationell jämförelse få vårdplatser med hög belägningsgrad och få intensivvårdsplatser. Befolk-

ningstillväxten, förändrad befolkningssammansättning, medicinsk utveckling med teknologiska genombrott och indikationsförändringar gör att behovet av vård ökar. Brist på viss kompetens kan påverka så att väntetider uppstår eller förvärras. Arbetssätten och organisationen av vården kan medföra ineffektiv vård med låg produktion och därmed väntetider.

Sedan utredningen lämnade sitt delbetänkande i juni 2021 har väntetiderna generellt fortsatt vara långa och det finns omfattande brister i vårdgarantins efterlevnad. Under hösten 2021 ökade förvisso andelen patienter som fått en medicinsk bedömning inom tre dagar i primärvården något, från 81 procent i september 2021 till 85 procent i januari 2022, men det finns stora skillnader mellan regionerna.

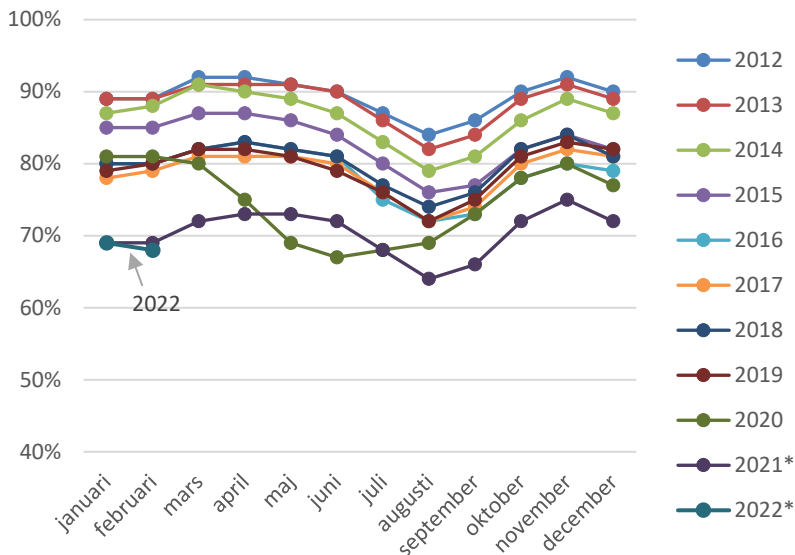
Antalet som väntar på första besök ökar

Andelen patienter som väntat högst 90 dagar på första besök i den specialiserade vården är väsentligen oförändrad jämfört med början av 2021. I februari 2022 var siffran för andelen som väntat högst 90 dagar 68 procent, i februari 2021 var den 69 procent, se figur 1.

Det totala antalet personer som väntade på ett första besök ökade dock under året 2021. Den 31 december 2021 var det drygt 456 000 patienter, varav 28 procent eller drygt 127 000 hade väntat mer än 90 dagar. I december 2021 hade omkring 4 600 patienter väntat mer än två år. Det bör observeras att patienter med patientvald och medicinskt orsakad väntan inte ingår i dessa siffror. I december 2021 var de 34 000 personer.

Figur 1 Andel patienter som väntat högst 90 dagar på första besök inom den specialiserade vården

Utgår från antalet patienter på väntelistorna i slutet av varje månad, 2012–2022. Observera att y-axeln inte startar vid 0



* Fr.o.m. januari 2021 används en ny modell för rapportering av väntetiderna. Den innebär bland annat att besök hos fler professioner och vårdområden ingår i modellen. Det medför att resultaten för 2021 och 2022 inte är fullt jämförbara med tidigare år. Å andra sidan bör det ge en mer fullständig bild av första besöken inom specialiserad vård på sikt.

Not: Patientvalt väntande över 90 dagar och medicinskt orsakat väntande ingår inte.

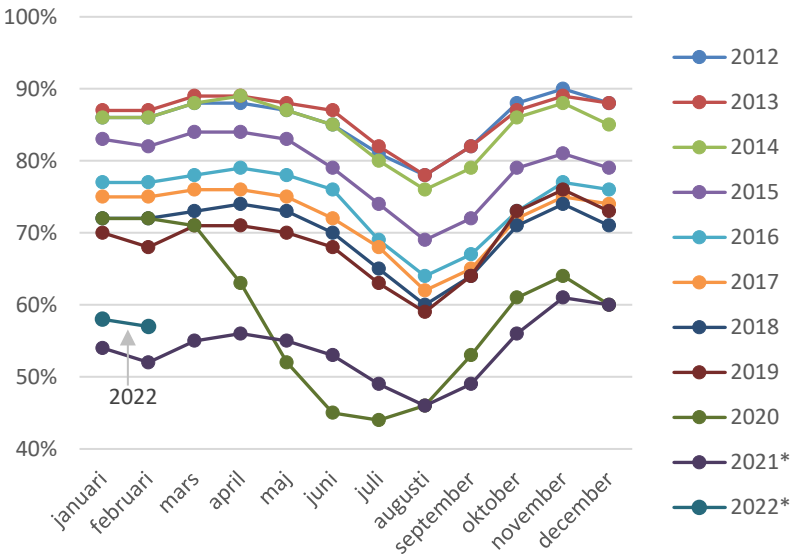
Källa: Väntetidsdatabasen (SKR) via vantetider.se.

De som väntat längre än 90 dagar minskade något under slutet av 2021 vilket bedöms vara till följd av prestationsersättning under hösten till regionerna enligt överenskommelse mellan staten och SKR. Däremot ökade det totala antalet väntande under samma period med 10 700 patienter. Långväntarnas andel minskade men det grundläggande problemet med att inflödet är större än utflödet påverkades inte och kvarstår.

Något fler får sin operation eller annan åtgärd i tid

Andelen patienter som fått sin planerade operation eller annan åtgärd inom vårdgarantins tidsgräns på 90 dagar har sjunkit årligen sedan 2012, se figur 2. I februari 2022 var andelen som väntat högst 90 dagar 57 procent, vilket var en förbättring jämfört februari 2021, då andelen var 52 procent, men fortfarande en betydligt lägre nivå än 2019.

Figur 2 **Andel patienter som väntat högst 90 dagar på operation eller annan åtgärd inom den specialiserade vården**
Utgår från antalet patienter på väntelistorna i slutet av varje månad, 2012–2022. Observera att y-axeln inte startar vid 0



* Fr.o.m. januari 2021 används en ny modell för rapportering av väntetiderna. Den innebär bland annat att besök hos fler professioner och vårdområden ingår i modellen. Det medför att resultaten för 2021 och 2022 inte är fullt jämförbara med tidigare år. Å andra sidan bör det ge en mer fullständig bild av åtgärder inom specialiserad vård på sikt.

Not: Patientvalt väntande över 90 dagar och medicinskt orsakat väntande ingår inte.

Källa: Väntetidsdatabasen (SKR) via vantetider.se.

Det totala antalet väntande på operation eller annan åtgärd ökade under 2021. Den 31 december 2021 fanns det drygt 162 000 patienter på väntelista, varav 40 procent eller nära 66 000 personer hade väntat mer än 90 dagar. I december 2021 hade omkring 4 700 patienter väntat mer än två år.

Patienter med patientvald och medicinskt orsakad väntan ingår inte i dessa siffror. I december 2021 var de omkring 21 000 personer.

Under de tre månader hösten 2021 som prestationsersättning utgick till regionerna minskade antalet som väntat på en operation eller annan åtgärd 180 dagar eller mer med omkring 8 000 personer, eller 16 procent, för riket som helhet. Även antalet som hade väntat 91–180 dagar minskade, med omkring 14 900 personer eller 44 procent. Samtidigt är det tydligt att antalet som hade väntat 0–90 dagar ökade, och under perioden ökade det totala antalet väntande lite grann (omkring 900 personer, motsvarande 1 procent). Liksom för första besök verkar alltså prestationsersättningen ha haft en viss effekt på så sätt att antalet långväntare minskade, men det handlade främst om en omfördelning inom väntelistan.

Produktionen är för låg

Sammanfattningsvis fortsätter det totala antalet väntande i specialiserad vård att öka. Enligt utredningens beräkningar med underlag för 2021 skulle produktionen ha behövt vara 5 procent högre när det gäller första besök, och 3,5 procent högre när det gäller operation eller annan åtgärd, för att uppnå balans mellan inflöde och utflöde. Produktionen behöver öka för att inflöde och utflöde ska vara i balans.

En utökad vårdgaranti

Utredningen har haft i uppdrag att utreda för- och nackdelar med en utökad vårdgaranti. I uppdraget har ingått att, om det bedöms lämpligt, lämna förslag på hur vårdgarantin kan vidareutvecklas med särskild hänsyn till det pågående arbetet med att utveckla de standardiserade vårdförloppen inom cancerområdet och de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen inom andra sjukdomsområden. Det har även ingått att bedöma om den befintliga målsättningen om 30 dagar till första bedömning och ytterligare 30 dagar till fördjupad utredning eller behandling inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) bör kvarstå och i så fall regleras som en del av en differentierad vårdgaranti. Dessutom har det ingått att lämna nödvändiga författningsförslag kring dessa frågor.

Utredningen fick genom ett tilläggsdirektiv även i uppdrag att arbeta vidare med och lämna nödvändiga författningsförslag kring vissa av de bedömningar som gjordes i delbetänkandet *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan* (SOU 2021:59). De gällde bland annat att regionen bör agera i god tid för att hjälpa patienten till en annan vårdgivare när det är nödvändigt, att regionen bör erbjuda patienten tid för vården inom rimlig tid och att patienten behöver ges utökad information om vårdgarantin.

Vårdgaranti behövs och reglerar yttersta tidsgränser

Utredningens utgångspunkt har varit att det även fortsättningsvis ska finnas en vårdgaranti. Det är tydligt att dagens vårdgaranti inte efterlevs, och en naturlig fråga är därför om vårdgarantin gör någon som helst nytta. Att vårdgarantin inte efterlevs och att det är svårt att säga vilken effekt som vårdgarantin har haft på väntetiderna är ett problem, men utredningen ser trots detta att det finns fördelar med att ha en lagreglerad vårdgaranti.

Tidsgränserna i vårdgarantin utgör konkreta gränser som tydliggör för patienten när hen senast ska få vård, vilket främjar patientens rättsliga ställning. Vårdgarantin ger även regionerna ramar för hur hälso- och sjukvården behöver dimensioneras och resurssättas och förutsättningarna för regional likvärdighet ökar med en tydlig tidsgräns för när vård senast ska ges. Utredningen kan därutöver konstatera att vårdgarantin har ett signalvärde för hälso- och sjukvården och patienterna.

Vårdgarantin reglerar i dag inom vilka *yttersta tidsgränser* den enskilde ska erbjudas vård. Vårdgarantin reglerar inte *om* vård alls ska ges, *vilken vård* som ska ges eller *kvaliteten på vården* som ska ges. Utredningen har stått fast vid detta syfte. Prioriteringar utifrån medicinska behov ska göras inom tidsgränserna.

Mer relevant för fler patientgrupper och förslag för att tidsgränserna ska hållas

Med de utgångspunkter som beskrivs ovan menar utredningen att vårdgarantin bör vara så ändamålsenligt utformad som möjligt. Det har framförts att det är en nackdel att vårdgarantin i dag inte täcker hela vårdkedjan och att den är mindre relevant för personer med kronisk sjukdom och för multisjuka personer. Det har också framförts att tidsgränserna inte utgår från medicinska behov och att garantin riskerar att leda till undanträngning.

Utredningen har strävat efter att förstärka fördelarna med dagens vårdgaranti samt adressera flera av dess nackdelar och riskerna med den. Därigenom är syftet att stärka patientens ställning. Utredningens förslag innebär en vårdgaranti som täcker fler delar av vårdkedjan och som är mer relevant för fler patientgrupper, exempelvis för patienter med kroniska sjukdomar.

Förslagen syftar också till att säkerställa att regionen ser till att patienten faktiskt får sin vård inom vårdgarantins yttersta tidsgränser. Detta bland annat genom ett förslag om att tydliggöra att regionen ska se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare *inom* vårdgarantins tidsgränser. Även ett förslag om att vårdgarantin ska omfatta information inom 14 dagar om tidpunkten för viss vård bidrar till det syftet, genom att förslaget stimulerar en längre framförhållning i vårdens planering och schemaläggning.

En utökad vårdgaranti i sig är inte tillräckligt för att säkra kortare väntetider

För att förslagen om en utökad vårdgaranti ska få praktiskt genomslag och efterlevas behöver regionerna och staten genomföra ett intensivt arbete

innan ikraftträdandet. Regionerna behöver bland annat arbeta med produktions- och kapacitetsplanering, långsiktig planering och schemaläggning samt sluta avtal med och nyttja alternativa vårdgivare. Rutiner för registrering och uppföljning behöver utvecklas och komma på plats. Staten behöver se till att det finns en adekvat tillsyn och en utvecklad ändamålsenlig uppföljning. Omställningen till en nära vård behöver gå framåt. Slutligen är det viktigt med information kring vårdgarantins regler både för allmänheten och vårdens medarbetare.

Förslag

Utredningen lämnar följande förslag när det gäller vårdgarantin:

- En medicinsk bedömning inom primärvården ska omfattas av vårdgarantin oavsett om besväret som den enskilde söker kontakt med primärvården för har samband med tidigare känt hälsoproblem eller inte.
- Medicinska bedömningar av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom den specialiserade vården ska omfattas av vårdgarantin, i stället för besök inom den specialiserade vården.
- Inom såväl primärvården som den specialiserade vården ska undersökningar omfattas av vårdgarantin.
- Behandlingar inom primärvården ska omfattas av vårdgarantin. Behandlingar inom den specialiserade vården omfattas av vårdgarantin redan i dag.
- På samma sätt som när det gäller primärvården ska termen *behandling* användas i vårdgarantin när det gäller den specialiserade vården.
- Vårdgarantin ska omfatta information om tidpunkten för viss vård.
- Regionens ansvar att erbjuda vårdgaranti ska utökas på så sätt att även utomlänspatienter som listat sig hos en vårdcentral i regionen omfattas av vårdgarantin inom primärvården.
- Bestämmelsen om att regionen ska se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare ska tydliggöras och utökas.
- Förändringar ska göras i fråga om startpunkten för beräkningen av vissa tidsgränser i vårdgarantin.
- Vissa av tidsgränserna i vårdgarantin ska ändras. Den enskilde ska, förutom kontakt med en vårdgivare inom primärvården samma dag, få
 - en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården inom sju dagar,
 - en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom den specialiserade vården inom 60 dagar,

- en undersökning inom primärvården respektive den specialiserade vården inom 60 dagar,
 - en behandling inom primärvården respektive den specialiserade vården inom 90 dagar, och
 - information om tidpunkten för viss vård inom 14 dagar.
- Regleringen om bedömningen av vårdgarantins uppfyllnad, exempelvis om medicinskt orsakad väntan och patientvald väntan, ska ändras på olika sätt.
 - Vissa förändringar ska göras i patientlagen så att det som där sägs om vårdgarantins innehåll motsvarar vad som föreslås sägas om vårdgarantins innehåll i hälso- och sjukvårdslagen.

Bedömningar

Utredningen lämnar följande bedömningar när det gäller vårdgarantin:

- Återbesök i form av planerade uppföljningar bör inte omfattas av vårdgarantin.
- Det bör inte införas författningsreglerade differentierade vårdgarantier.
- Innehållet i de standardiserade vårdförloppen inom cancer och de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen inom andra sjukdomsområden bör inte regleras inom ramen för en vårdgaranti. Sådana vårdförlopp bör i stället ses som komplement till vårdgarantin.
- Målsättningen om 30 dagar till första bedömning och ytterligare 30 dagar till fördjupad utredning eller behandling inom BUP bör inte lagstadgas som en del av en differentierad vårdgaranti.
- Flera regioner behöver ta ett större ansvar för att se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare när det krävs. Detta är regionernas ansvar och patienten ska inte behöva ta initiativet till att det sker.
- Flera regioner bör stärka sitt arbete med att se till att patienten får information om vad som gäller i fråga om vårdgarantin och valfrihet.

En nära och tillgänglig vård med fokus på primärvården

Utredningen har haft i uppdrag att följa arbetet i regioner och kommuner vad gäller utvecklingen av en mer nära vård, med fokus på primärvården, att föreslå ändamålsenliga och kostnadseffektiva insatser för hur regeringen och statliga myndigheter kan fortsätta stödja utvecklingen av den nära vården, och att lämna nödvändiga författningsförslag. Därutöver har utredningen haft i uppdrag att arbeta vidare med och lämna nödvändiga författningsförslag kring vissa av bedömningarna som gjordes i utredningens delbetänkande *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan* (SOU 2021:59). En sådan bedömning

handlade om att patienten bör erbjudas att vara delaktig i tidsbokning för vård. Bilaga 7

Delaktighet och samverkan för nära vård

Det framkommer två delvis olika bilder av arbetet med omställningen till nära vård. Den ena bilden är att arbetet pågår på bred front. Det finns målbilder som är framtagna tillsammans av region och kommuner i en majoritet av länen. Projekt och pilottester pågår och startas upp för att exempelvis testa nya arbetssätt som går i riktningen mot en mer nära och tillgänglig primärvård. Den andra bilden är att primärvårdens kärnverksamhet ännu inte märkt av omställningsarbetet eller de statligt avsatta ekonomiska medlen för att göra primärvården till navet i svensk hälso- och sjukvård. Bristen på specialister i allmänmedicin är tydlig och medarbetarna i primärvårdens verksamheter märker inte av omställningen eller att primärvården på något sätt stärkts av det omställningsarbete som gjorts. Enligt uppföljnings- och utvärderingsrapporter från Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys kan det inte påvisas att någon faktisk omställning har skett i vårdens kärnverksamheter. Myndigheterna har inte heller kunnat fastställa om eller hur de tillförda statliga medlen från överenskommelserna kommit primärvården till nytta.

Utredningen menar att patienten behöver ges bättre förutsättningar till att vara delaktig i sin vård för att nå målet med omställningen till en mer nära och tillgänglig primärvård. Därför lämnar utredningen förslag om ett utökat informationskrav som innebär ett förtydligande av att patienten ska få information även om sina fasta kontakter i vården och kontaktuppgifterna till dessa och sina vårdenheter. Dessutom lämnar utredningen förslag om att patienten ska få information samlat och digitalt i den mån det är relevant för patienten att få information på det sättet. Utredningen lämnar även förslag om att tidpunkten för vården så långt som möjligt ska väljas i samråd med patienten.

Utredningen menar att omställningen inte är en fråga för enbart primärvården, utan alla delar av vården behöver inkluderas i omställningsarbetet för att bedriva en effektiv vård med hög kvalitet och patientsäkerhet. God samverkan och högt förtroende mellan primärvården och den specialiserade vården är av vikt för att omställningen ska lyckas. Stora vinster finns att göra i såväl tillgänglighet som delaktighet och kontinuitet när samverkan mellan primärvård och specialiserad vård sker. Arbetssätt för att utveckla samverkan mellan vårdnivåer behöver intensifieras och utgå från patienternas behov och vårdens kärnverksamhet. Utredningen menar att statliga medel bör riktas till vårdens kärnverksamheter i syfte att stimulera uppstart och implementering av nya konsultativa arbetssätt som stärker primärvårdens tillgänglighet och kontinuitet.

Forskning, utbildning och utveckling för god och evidensbaserad nära vård

Utredningen anser att kombinationen forskning, utbildning och utveckling i primärvården kan bidra till en effektiv och långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård, och är särskilt angeläget eftersom primärvården ska vara basen och navet i hälso- och sjukvården.

Utredningen har konstaterat att utmaningarna med kompetensförsörjning i primärvården är särskilt uttalade i glesbygd och orter långt från universitetssjukhusen. Bristerna är särskilt stora avseende specialister i allmänmedicin. För att nå målen om en god och nära vård behövs därför ett långsiktigt arbete för tryggad kompetensförsörjning inom primärvården i hela landet.

Utredningen menar att kompetensförsörjningen kan förbättras och ges mer jämlika förutsättningar över landet med regionalisering av läkarutbildningen där en del av studenterna tillbringar sina sista tre studieår på en annan studieort än universitetets huvudort. Det finns positiva erfarenheter för kompetensförsörjningen av regionaliserad läkarutbildning att ta tillvara. För att stärka kompetensförsörjningen i den kommunala hälso- och sjukvården menar utredningen att det behövs ökad samverkan mellan lärosätena och kommunerna om vårdutbildningarnas verksamhetsförlagda utbildning (VFU) – endast 26 procent av kommunerna har avtal med något lärosäte för VFU.

Många delar bilden av behovet att stärka forskningen i primärvården. Insatser har vidtagits, såsom att forskning tydligare ingår i primärvårdens uppdrag och tillfälliga medel finns avsatta för forskning i primärvården. Primärvårdsforskningen i dag är svag och utredningen menar att den måste stärkas ytterligare med långsiktiga insatser. Utredningen menar också att kunskapsutvecklingen i primärvården måste stärkas om primärvården ska vara basen och navet i hälso- och sjukvården. Därför menar utredningen att det krävs stöd för att skapa en stark forskningskultur och goda miljöer för forskning, utbildning och utveckling i primärvården. En kritisk massa av forskare behövs och fler universitetssjukvårdsenheter i primärvården behöver komma till stånd. Staten, regioner, kommuner och lärosäten behöver bidra till att skapa en god forskningskultur och därmed fortsatt kunskapsutveckling inom primärvården. Det är basen för en jämlik primärvård där varje patientmöte baseras på god och evidensbaserad nära vård.

Förslag

Utredningen lämnar följande förslag i syfte att stödja utvecklingen mot en mer nära och tillgänglig vård, med fokus på primärvården:

- Det ska införas en ny bestämmelse i patientlagen som innebär krav på att patienten ska informeras om vem som är patientens fasta vårdkontakt och fasta läkarkontakt om sådana har utsetts.
- Det ska även införas en ny bestämmelse om att patienten ska få information om kontaktuppgifter till patientens fasta vårdkontakt, fasta läkarkontakt och vårdenheter.
- Det ska införas en ny bestämmelse i patientlagen som anger att patienten ska få information samlat och digitalt i den mån det är relevant för patienten att få information på det sättet.
- Det ska införas en ny bestämmelse i patientlagen som anger att tidpunkten för vården så långt som möjligt ska väljas i samråd med patienten.

Utredningen lämnar följande bedömningar i syfte att stödja delaktighet och samverkan mot en mer nära och tillgänglig vård, med fokus på primärvården:

- Regioner och kommuner behöver, i de ekonomiska planerna, tydliggöra för vårdens medarbetare att och hur resurser prioriteras till primärvårdens kärnverksamheter. Syftet är att säkerställa en stärkt primärvård och vårdens medarbetares engagemang i det lokala omställningsarbetet.
- Regeringen bör rikta ekonomiska medel som ett stöd till det lokala omställningsarbetet i syfte att stimulera uppstart och implementering av nya konsultativa arbetssätt, exempelvis digital specialistkonsult, som stärker primärvårdens tillgänglighet och kontinuitet. Arbetet bör göras i samverkan mellan primärvård och specialiserad vård och målet ska vara förändrade arbetssätt som är långsiktigt hållbara och tjänar vårdens kärnverksamhet.
- Regioner och kommuner behöver avsätta resurser för uppföljning och utvärdering av lokalt utvecklingsarbete och projekt som genomförs inom ramen för omställningsarbetet. Syftet är att kunna motivera ändamålsenlig spridning och implementering utifrån uppnådda resultat.
- Socialstyrelsen bör få i uppdrag att fortsätta genomförandet av myndighetens framtagna strategiska plan för myndighetens arbete med att följa och stödja omställningen för åren 2023–2027. I uppdraget bör det ingå utveckling och plan för fortsatt förvaltning av påbörjat indikatorarbete, för att på nationell nivå kunna fortsätta följa hur omställningen påverkar hälso- och sjukvården även efter 2027.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör få i uppdrag att fortsätta utvärdera omställningen för åren 2025–2027. I uppdraget bör det specifikt ingå utvärdering av olika mått för kontinuitet inom hälso- och sjukvården samt även att utvärdera genomslaget av framtaget stödmaterial för fast läkarkontakt.

Utredningen lämnar följande bedömningar inom områdena forskning, utbildning och utveckling med syfte att stödja en bättre kompetensförsörjning och kunskapsutveckling i en god och evidensbaserad nära vård:

- Utredningen stöder förslaget i delbetänkandet *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem* (SOU 2020:19) om att utbildning ska ingå i primärvårdens grunduppdrag.
- De universitet som saknar regionaliserad läkarutbildning i sjukvårdsregionen bör i samverkan med regionerna utreda regionalisering av läkarutbildningen i sin sjukvårdsregion.
- Staten bör stödja universitet och regioner i utvecklingen och etableringen av regionaliserad läkarutbildning samt ge ett permanent stöd till de som infört regionaliserad läkarutbildning.
- Lärosäten och kommuner bör öka samverkan om verksamhetsförlagd utbildning genom fler VFU-avtal för de legitimationsyrken som förekommer i kommunal hälso- och sjukvård.

- Regeringen bör tillsätta ett 10-årigt *Nationellt samverkansprogram för forskning och utveckling för nära vård*, vid Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte).
- Regeringen bör tillsätta ett 10-årigt *Nationellt program för primärvårdsforskning* med fokus på allmänmedicin, vid Vetenskapsrådet (VR).
- Regeringen bör ge Forte respektive VR i uppdrag att förbereda för programmen, analysera forskningsbehov och ta fram strategiska forskningsagendor i samverkan med berörda aktörer året innan medel utlyses.
- Regioner och kommuner bör stärka strukturerna för forskning och utveckling och stärka forskningsmiljön. De bör öka samverkan med lärosäten samt med varandra i dessa frågor.
- Regionala samverkansorgan för ALF-avtalet och regioner i sjukvårdsregionen bör tillsammans utveckla förutsättningar för forskning, utbildning och utvecklingsarbete i syfte att möjliggöra universitetssjukvårdsenheter i respektive region, särskilt inom primärvården.
- Staten bör stödja utvecklingen av universitetssjukvårdsenheter inom primärvården i fler regioner.
- Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram förslag till en långsiktigt hållbar struktur för forskning, utbildning och utveckling i kommunal hälso- och sjukvård, inklusive former för återkommande nationell uppföljning och utvärdering.

Barn och ungas psykiska hälsa

För barn- och ungdomspsykiatri (BUP) finns det en målsättning om en förstärkt vårdgaranti som innebär att barn och ungdomar inte ska behöva vänta längre än 30 dagar på en första bedömning samt ytterligare 30 dagar till en fördjupad utredning eller behandling. Målsättningen inom BUP är inte lagstadgad utan formulerad i överenskommelser mellan staten och SKR. Utredningen har haft i uppdrag att bedöma om målsättningen bör kvarstå och i så fall regleras som en del av en differentierad vårdgaranti, och lämna nödvändiga författningsförslag.

Efterfrågan på vård ökar

Trots att en målsättning om en förstärkt vårdgaranti inom BUP funnits genom överenskommelse i cirka tio år finns i dag betydande väntetider till BUP och det är få regioner som uppfyller målsättningen om en förstärkt vårdgaranti. Det finns dock både brister och förändringar i rapporteringen och uppföljningen av väntetidsstatistiken genom åren, vilket försvårar möjligheterna att dra långtgående slutsatser om utvecklingen över tid. Samtidigt kan utredningen konstatera att efterfrågan på vård bland barn och unga inom området psykisk ohälsa har ökat under samma tidsperiod. Vad som ligger bakom den ökade upplevda psykiska ohälsan hos barn och unga är inte fastställt. Troligast är det en kombination

av förutsättningar och förändringar i samhället. Sammantaget menar utredningen att det är svårt att dra slutsatser om vilka effekter målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP och övriga statliga insatser inom området haft på väntetider för barn och unga med psykisk ohälsa. Utredningen kan dock konstatera att det finns mycket kvar att göra inom området för att förbättra tillgängligheten och minska väntetiderna.

Tidiga insatser och samverkan

Utredningen bedömer att ett bredare angreppssätt behövs för hela området psykisk hälsa för barn och unga, där *tidig upptäckt* av psykisk ohälsa och *tidigt omhändertagande* tillsammans med en *väl fungerande samverkan mellan vårdnivåer* är de viktigaste åtgärderna för att främja barn och ungas psykiska hälsa. Med tidiga och stegvisa insatser kan barn och unga med lätta och medelsvåra symtom få snabbare tillgång till stöd efter behov, samtidigt som risken för förvärrade besvär och därmed behov av specialiserad vård minskar. Detta kan i förlängningen leda till bättre tillgänglighet till specialiserad vård inom BUP för barn och unga med mer omfattande besvär, samtidigt som BUP kan utveckla sin konsultativa roll för den tidiga vården. Vidare bedömer utredningen att målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP inte bör lagregleras men kvarstå som målsättning.

Bedömningar

Utredningen lämnar följande bedömningar i syfte att genom ökad samverkan på alla nivåer skapa förutsättningar för att tidigare upptäcka barn och unga med psykisk ohälsa, erbjuda stegvisa samordnade insatser och öka tillgängligheten till både primärvård och specialiserad vård:

- Regeringen bör tillse att en konkret och långsiktig strategi för barn och ungas psykiska hälsa tas fram.
- Den nationella kunskapsstyrningsorganisationen bör ta fram nationella kunskapsstöd för hela vårdkedjan för barn och ungas psykiska hälsa samt nationella kunskapsstöd som utgår från symtomkomplex. Insatserna för barn och unga bör vara stegvisa men sammanhängande. Vid framtagandet av de nationella kunskapsstöden bör alla vårdnivåer vara representerade, vilket bör gälla även annan nationell samverkan kring barn och ungas psykiska hälsa. Regeringen bör stödja arbetet med de nationella kunskapsstöden med riktade ekonomiska medel.
- Varje region bör erbjuda en gemensam väg in för barn och unga som upplever psykisk ohälsa. I *En väg in* bör primärvården och BUP ingå och gemensam triagering bör ske. Samverkan med elevhälsan bör eftersträvas.
- Regeringen bör rikta ekonomiska medel i syfte att stödja regionerna och huvudmännen för skolan att ta fram nya och hållbara arbetssätt som ska underlätta samverkan mellan elevhälsan, primärvården och BUP kopplat till arbetet med *En väg in*.

- Den nationella målsättningen om 30 dagar till första bedömning och ytterligare 30 dagar till fördjupad utredning eller behandling inom BUP bör i nuläget kvarstå.

Regionala handlingsplaner

Utredningen har haft i uppdrag att stödja regionernas arbete med regionala handlingsplaner. I delbetänkandet *Vägen till en ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan* (SOU 2021:59) beskrev utredningen det stödjande arbete utredningen utfört i samverkan med regionernas utsedda kontaktpersoner: dialogen kring nulägesrapporter 2019, dialogen under framtagandet av regional handlingsplan 2021 samt spridning av goda exempel på väl genomfört tillgänglighetsarbete. Utredningens analys av de regionala handlingsplanerna återkopplades till varje region i juni 2021.

I delbetänkandet lämnades flera bedömningar kring behovet av långsiktigt strategiskt arbete i samverkan mellan staten och regionerna. Det handlade om att ha ett årshjul med årliga regionala handlingsplaner med mätbara och tidsatta mål och årliga uppföljningar. Utredningen föreslog en kommitté för uppföljning och dialog med varje region kring regionens tillgänglighetsläge och resultat i förhållande till den regionala handlingsplanens mål.

Staten har i en överenskommelse med SKR för 2022 beslutat om fortsatt arbete med regionala handlingsplaner. Regeringen har givit Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram en plan för arbetet med uppföljning och dialog med regionerna. Socialstyrelsen ska med start 2023 genomföra dialoger med varje region.

Utredningen har efter delbetänkandet haft uppdraget att fortsatt stödja regionerna i deras arbete att genomföra åtgärderna i handlingsplanerna och om det finns behov föreslå andra åtgärder som bedöms nödvändiga för att förbättra tillgängligheten.

Fortsatt stödjande arbete

Utredningen har efter delbetänkandet fortsatt det stödjande arbetet gentemot regionernas kontaktpersoner. Det handlar om information och dialog kring långväntare, redovisning av delbetänkandet, möte med goda exempel på väl genomfört tillgänglighetsarbete, presentation av internationell jämförelse, dialog om utvecklingen av vårdgarantin och sammanfattande redovisning av nulägesrapporternas innehåll. Utredningen har också kontinuerligt informerat kontaktpersonerna om regeringsbeslut med mera som rör tillgänglighet. På grund av fortsatt covid-19-pandemi har arbetet liksom tidigare skett digitalt med undantag för ett fysiskt regionbesök.

Utredningen lägger i detta betänkande inga bedömningar eller förslag i fråga om regionernas handlingsplaner utan menar att de bedömningar och förslag som lagts i delbetänkandet är grundläggande för vägen framåt mot kortare väntetider. Utredningen bedömer att uthållighet i arbetet med regionala handlingsplaner och en vässad uppföljning från statens sida efterföljt av årlig dialog med varje region kring utvecklingen av

Andra överväganden

Utredningen har gjort vissa övergripande överväganden inom tre områden som har beröringspunkter med frågan om tillgänglig vård. De områden som berörs är

- hanteringen av intyg i hälso- och sjukvården,
- uppföljningen av patienter med adhd i behov av narkotikaklassade läkemedel, samt
- valfrihet inom den slutna vården.

Gällande hanteringen av intyg i hälso- och sjukvården lämnar utredningen en bedömning.

Överväganden avseende intygshanteringen i hälso- och sjukvården

Intygsskrivning är ett område som ofta lyfts av läkarkåren som onödigt tidskrävande. I dag utfärdas över 200 olika typer av intyg inom hälso- och sjukvården. Beräkningar visar att hälso- och sjukvårdens medarbetare lägger ner tre miljoner arbetstimmar varje år på intygshantering till en uppskattad kostnad om drygt 2 miljarder kronor. Under många år har såväl myndigheter som SKR och Inera arbetat för att utveckla intygshanteringen, men den uppfattas fortfarande inom vården som omfattande. Det kan finnas utvecklingspotential när det gäller samordning och effektivisering av intygssarbetet på nationell nivå.

Utredningen menar att för att få en effektiv och tillgänglig vård är det viktigt att minimera det intygsskrivande arbetet och den administration som intygsutfärdande innebär för vården.

Bedömning

Regeringen bör ge en lämplig myndighet i uppdrag att följa upp det utvecklingsarbete som har gjorts av statliga myndigheter i fråga om intygshantering. Det bör ingå i uppdraget att följa upp resultatet av det arbete som SKR och Inera har bedrivit på området med stöd av statliga medel. Myndigheten bör även få i uppdrag att ta fram en handlingsplan över de statliga insatser som krävs för att åstadkomma en mer effektiv och sammanhållen intygshantering inom hälso- och sjukvården.

Överväganden avseende uppföljning av patienter med adhd i behov av narkotikaklassade läkemedel

Utredningen har med relevanta parter diskuterat frågan om allmänläkare inom primärvården skulle kunna ta över uppföljning och förskrivning av läkemedel till patienter med adhd som har en välinställd och fungerande

behandling. Detta skulle i så fall kräva en förändring i begränsningen av förskrivning av narkotikaklassade läkemedel.

Utredningen konstaterar att det i dagsläget saknas kapacitet främst i form av allmänläkare men även kompetens i primärvården för att klara av alla ansvar för och ge en god vård till patientgruppen. Fokus för primärvårdens arbete med adhd bör för närvarande vara det återstående arbetet i implementeringen av vård- och insatsprogrammet för adhd.

Utredningen anser därmed inte att det finns skäl att ytterligare utreda frågan om ändringar i rätten till förskrivning av narkotikaklassade läkemedel för adhd-behandling. Utredningen ser dock att detta kan vara aktuellt på lång sikt som en del i den nära vårdens utveckling. Innan en sådan förändring av förskrivningsrätten och förskjutning av vården mellan vårdnivåer görs behöver dock frågan utredas vidare för att väga fördelar mot nackdelar, däribland risken för ökad missbruksproblematik.

Överväganden avseende valfrihet i slutenvård

Utredningen har övervägt om valfrihet även bör gälla för slutenvård som ett sätt att stärka patientens ställning och därmed åstadkomma ökad tillgänglighet. Sedan 2015 finns en lagstadgad möjlighet för en patient som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård att inom eller utom denna region välja utförare av offentligt finansierad öppen vård. Motiv som angavs för att inte införa valfrihet i slutenvård då lagen tillkom var att den slutna vården är dyrare än den öppna vården, platserna är begränsade och vårdepisoderna är längre. Slutenvårdens höga specialiseringsgrad angavs medföra att det finns större anledning för regionerna att vilja behålla kontrollen över resurser och kompetens för att kunna skapa långsiktiga planeringsförutsättningar.

Utredningen har översiktligt undersökt om det skett några förändringar avseende de motiv som angavs då valfrihet infördes i öppen men inte i slutenvård. Utredningen har konstaterat att de motiv som då angavs för att inte lagstadga valfrihet i slutenvård fortfarande kvarstår.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har efter analyser av registerdata dragit slutsatsen att möjligheten att välja vårdgivare inom öppen vård inte märkbart har påverkat de fysiska patientflödena mellan regioner över tid.

Utredningen har frågat SKR och några regioner om kostnader för utomlänsvård till följd av valfrihet av vård i andra regioner. Det har visat sig svårt att få fram preciserade kostnader för utomlänsvård relaterat till valfrihet på grund av att de inte följs upp. Utredningen har därmed dragit slutsatsen att kostnaderna bedömts som obetydliga av regionerna.

Utredningen har också konstaterat att regionerna redan i dag kan erbjuda valfrihet i slutenvård och att det även rekommenderas i *Riksavtalet för slutenvård*.

Utredningens slutsats är att valfrihet i slutenvård skulle kunna stärka patientens ställning och till viss del öka tillgängligheten i vården, men utredningen anser att mycket talar emot att denna utredning skulle utreda frågan ytterligare och lämna ett sådant förslag. Utredningen menar att en större effekt på väntetider kan uppnås med andra insatser såsom effektivisering i regionernas vårdgarantieremittering och produktions- och kapacitetsplanering.

Utredningen menar också att utredningens förslag i delbetänkandet *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig och i samverkan* (SOU 2021:59) tillsammans med förslagen i detta betänkande avseende förändringarna i vårdgarantin är mer effektivt för tillgänglighet än valfrihet i slutenvård. Utredningen menar att om regionen ser till att patienten får vård inom vårdgarantins tidsgränser hos patientens vårdgivare eller annan vårdgivare skulle det påverka tillgängligheten mer än om det infördes en valfrihet i den slutna vården. En valfrihet gällande slutna vård skulle därmed i praktiken komma att handla om de patienter som i dag får vård inom vårdgarantins gränser. Det skulle därmed bli mer av en ren valfrihetsfråga än en fråga om att korta väntetider i vården.

Vägen till ökad tillgänglighet

Utredningen har i delbetänkandet och i detta betänkande lämnat en rad förslag och bedömningar som på olika sätt syftar till att bidra till att vända väntetidsutvecklingen. Grundläggande är en ökad samverkan mellan staten och regionerna, att patientens ställning stärks samt att möjligheterna till att vara delaktig i sin egen vård förbättras. Staten och regionerna behöver tillsammans göra vårdens tillgänglighet till prioritet ett. Det som sammantaget behöver ske är särskilt följande:

- Arbetssätt behöver etableras som omfattar erfarenheterna av pandemiarbetet med medarbetarnas engagemang och satsning på kärnverksamhet.
- De regionala handlingsplanerna med kort- och långsiktiga mål behöver behållas och utvecklas.
- Arbetet med produktions- och kapacitetsplanering i syfte att nå balans mellan in- och utflöde av patienter behöver intensifieras. Planering och schemaläggning behöver ske med god framförhållning.
- Staten, regioner och kommuner måste driva omställningen till nära vård i mål och satsa på långsiktiga insatser för att stärka primärvården.
- Den statliga uppföljningen behöver vässas och uppföljning med varje region ske årligen med dialog vid platsbesök.
- Såväl staten som regionerna bör fortsättningsvis agera utifrån att den lagstadgade vårdgarantin handlar om yttersta tidsgränser och inte målsättningar.
- Adekvat tillsyn för att kontrollera efterlevnaden av vårdgarantin måste komma till stånd.

Kännedomen om vårdgarantin och patientens valmöjligheter måste förbättras.

Betänkandets lagförslag i relevanta delar

Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821)

Härigenom föreskrivs i fråga om patientlagen (2014:821)

dels att 2 kap. 3 och 4 §§ samt 3 kap. 2 § ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas två nya paragrafer, 3 kap. 8 § och 5 kap. 1 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 kap.

3 §¹³

Enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska patienter erbjudas en vårdgaranti. *Den ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får*

1. kontakt med *primärvården*,
2. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal *inom primärvården*,

3. *besöka den specialiserade vården, och*

4. *planerad vård.*

Enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska patienter erbjudas en vårdgaranti. *Enligt 9 kap. 1 a § samma lag ska den enskilde*

1. *inom ramen för verksamhet som utgör primärvård inom viss tid få*

- a) kontakt med *en vårdgivare*,
- b) en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal,

- c) *en undersökning, och*
- d) *en behandling,*
2. *inom ramen för verksamhet som utgör specialiserad vård inom viss tid få*

- a) *en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal,*
- b) *en undersökning, och*
- c) *en behandling,*

3. *inom viss tid få information om tidpunkten för vård enligt 1 c och d samt 2.*

4 §¹⁴

Om vårdgarantin enligt 3 § 3 eller 4 inte uppfylls, ska patienten få vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.

Om vårdgarantin enligt 3 § 1 c, d, 2 eller 3 inte uppfylls, ska patienten *inom garantin enligt 3 § 1 c, d eller 2* få vården hos en

¹³ Senaste lydelse 2018:554.

¹⁴ Senaste lydelse 2014:821.

3 kap.

2 §¹⁵

Patienten ska även få information om

1. möjligheten att välja behandlingsalternativ samt vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård,
2. regionens elektroniska system för listning av patienter hos utförare,
3. möjligheten att välja och få tillgång till en fast läkarkontakt,
4. möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt,
 5. vem som är patientens fasta vårdkontakt och fasta läkarkontakt,
 6. kontaktuppgifter till patientens fasta vårdkontakt, fasta läkarkontakt och vårdenheter,
 7. vårdgarantin, och
5. vårdgarantin, och
6. möjligheten att hos Försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller i Schweiz.
8. möjligheten att hos Försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller i Schweiz.

8 §

Patienten ska få information samlad och digitalt i den mån det är relevant för patienten att få information på det sättet.

5 kap.

1 a §

Tidpunkten för vården ska så långt som möjligt väljas i samråd med patienten.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2025 i fråga om 2 kap. 3 och 4 §§ och i övrigt den 1 januari 2024.

2. Om en remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, ett beslut om vård har fattats före ikraftträdandet gäller 2 kap. 3 och 4 §§ i den äldre lydelsen. Detsamma gäller för de fall någon remiss inte är nödvändig och den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården före ikraftträdandet

¹⁵ Senaste lydelse 2022:272.

Förteckning över remissinstanserna

Efter remiss har yttranden kommit in från Arbetsmiljöverket, Autism- och aspergerförbundet, Barnombudsmannen, Borås kommun, Demensförbundet, E-hälsomyndigheten, Enköpings kommun, Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Funktionsrätt Sverige, Fysioterapeuterna, Försäkringskassan, Förvaltningsrätten i Umeå, Förvaltningsrätten i Växjö, Göteborgs kommun, Helsingborgs kommun, Högsolan i Borås, Högsolan i Gävle, Inera AB, Inspektionen för socialförsäkringen, Inspektionen för vård och omsorg, Integritetsskyddsmyndigheten, Justitiekanslern, Karolinska institutet, Karlstad kommun, Kungälv kommun, Leksands kommun, LIF – de forskande läkemedelsföretagen, Linnéuniversitetet, Lunds universitet, Läkemedelsverket, Malmö kommun, Markaryds kommun, Myndigheten för delaktighet, Myndigheten för digital förvaltning, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Nationellt kompetenscentrum anhöriga, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, Neuro, Norrtälje kommun (Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje), Post- och telestyrelsen, Regelrådet, Regionala cancercentrum i samverkan, Region Blekinge, Region Dalarna, Region Gotland, Region Gävleborg, Region Halland, Region Jämtland Härjedalen, Region Jönköpings län, Region Kalmar län, Region Kronoberg, Region Norrbotten, Region Skåne, Region Stockholm, Region Sörmland, Region Uppsala, Region Värmland, Region Västerbotten, Region Västernorrland, Region Västmanland, Region Örebro, Region Östergötland, Reumatikerförbundet, Riksförbundet Attention, Riksförbundet HjärtLung, Riksförbundet PensionärsGemenskap, SKPF Pensionärerna, Socialstyrelsen, SOS Alarm, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, Statens medicinsk-etiska råd, Statskontoret, Stockholms kommun, Svensk förening för allmänmedicin, Svensk Sjuksköterskeförening, Svenska Diabetesförbundet, Svenska Läkaresällskapet, Svenska Psykiatriska Föreningen, Sveriges Arbetsterapeuter, Sveriges Kommuner och Regioner, Sveriges läkarförbund, Sveriges Psykologförbund, Synskadades riksförbund, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Tierps kommun, Trelleborgs kommun, Umeå universitet, Upphandlingsmyndigheten, Vetenskapsrådet, Vilhelmina kommun, Vårdförbundet, Vårdföretagarna, Västra Götalandsregionen och Östersunds kommun.

Därutöver har yttranden inkommit från Astma- och allergiförbundet, Attention, Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet, Elöverkänsligas riksförbund, Forum för Health policy, Kalmar kommun, Konkurrensverket, Linköpings universitet, Nätverk mot cancer, Praktikertjänst, Riksförbundet för social och mental hälsa, Schizofreniförbundet, Riksföreningen Anestesi och Intensivvård, Svenska Föreningen för Anestesi och Intensivvård, Svenska Intensivvårdsregistret och Svenskt perioperativt register, Svenska Ödemförbundet, Svenskt Näringsliv, Uppsala universitet och Örebro universitet.

Följande remissinstanser har inte svarat eller angett att de avstår från att lämna några synpunkter: Riksrevisionen, Upphandlingsmyndigheten, Universitetskanslersämbetet och Västerås kommun.

Sammanfattning av betänkandet Nästa steg Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer (SOU 2022:41)

Pandemin blottade strukturella brister i vården och omsorgen till äldre personer. Dessa problem har beskrivits och analyserats under lång tid. Det är nu trettio år sedan Ädelreformen förändrade äldreomsorgen i grunden. I och med lagförslagen i detta betänkande tas nästa steg för att utveckla äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården.

Utredningen har tagit fram förslag till en äldreomsorgslag. Lagen syftar till att stödja en äldreomsorg med likvärdigt god kvalitet och en äldreomsorg som utgår från individens förutsättningar, behov och delaktighet. Lagen kompletterar den bredd av satsningar på äldreomsorgen som sker från statligt håll, bl.a. i form av tillskott av finansiella resurser, satsningar på kompetensförsörjning, kunskapsstöd och vägledning.

Utöver äldreomsorgslagen har utredningen också tagit fram förslag på hur hälso- och sjukvårdslagstiftningen kan förstärkas så att kvalitet och tillgänglighet förbättras för personer som får kommunal hälso- och sjukvård, däribland personer som har stöd och hjälp från äldreomsorgen. Utredningens förslag tar avstamp i strukturella problem och utmaningar för vården och omsorgen till äldre personer. Förslagen avser också tillvarata de möjligheter som finns i att utveckla såväl äldreomsorg som kommunal och regional primärvård, och inte minst det hälsofrämjande, förebyggande och personcentrerade förhållningssättet.

Om uppdraget och dess genomförande

Utredningen fick ett tydligt uppdrag att ta fram förslag på en äldreomsorgslag. Äldreomsorgslagen ska enligt direktiven komplettera socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL. Dvs. äldreomsorgen ska även fortsättningsvis utgöra en del av kommunernas socialtjänst. Direktiven anger att det bör vara tydligt vilka mål, krav och förväntningar som omger äldreomsorgens uppdrag. I direktiven fastslås vidare att det i lagen ska finnas bestämmelser om en ordning för en så kallad nationell omsorgsplan, som långsiktigt kan bidra till en förbättrad äldreomsorg.

Utredningen ska enligt direktiven även lämna förslag för att säkerställa tillgången till god hälso- och sjukvård för personer i särskilt boende och för personer med kommunal hemsjukvård. I uppdraget ingår också att överväga behovet av stärkt medicinsk kompetens på ledningsnivå, inklusive införandet av olika funktioner för att stödja detta, som t.ex. medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

I utvecklingen av våra förslag har utredningens ambition varit att arbetet ska genomföras med ett inkluderande arbetssätt och ett brett dialogarbete. Utredningen har eftersträvat att inrymma perspektiven från de som berörs av förslagen, däribland personer som har insatser från äldreomsorg, anhöriga och andra närstående, personal och chefer. I den andan har vi löpande i våra dialoger informerat om den preliminära inriktningen på våra slutsatser och förslag. Dialogerna har på så sätt gett möjlighet till värde-

fulla inspel från olika berörda aktörer i ett skede där vi haft utrymme att vidareutveckla och justera våra förslag.

Bakgrund och kontext

Förändrade behov och förutsättningar

Både den samhälleliga och den medicintekniska utvecklingen har lett till stora förändringar i vård- och omsorgslandskapet under de senaste årtiondena.

Det gäller t.ex. demografiska förändringar, men även människors behov och förväntningar på att – utifrån egna förutsättningar och önskemål – få vara delaktiga och medskapande i sin egen vård och omsorg. Det gäller även en utveckling av vården, där alltmer specialiserad hälso- och sjukvård kan ske utanför sjukhusen, även i hemmet, och ibland via digitala tjänster.

Vård och omsorgsbehoven för personer med insatser från äldreomsorg och kommunal primärvård är i dag omfattande och ställer höga krav på kompetens, god kontinuitet och samordning.

Samtidigt hanterar äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården sedan länge strukturella utmaningar: Det handlar bl.a. om utmaningar kopplade till arbetsmiljö, bemanning och kompetens, inklusive kring sjukdomsförebyggande och rehabiliterande insatser. Den förändrade kontexten kräver en förändring också i våra arbetssätt.

Behovet av en grund för ett långsiktigt utvecklingsarbete

För att vi ska få en väl fungerande äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård av god kvalitet krävs ett långsiktigt och uthålligt utvecklings- och förbättringsarbetet inom en rad olika områden. Mycket sådant arbete är redan initierat eller pågående, bl.a. till följd av erfarenheter utifrån coronapandemin och utifrån omställningen mot god och nära vård.

Vårt uppdrag är specifikt inriktat på att ta fram författningsförslag för att tydliggöra och om nödvändigt skärpa vissa delar av regelverken för vård och omsorg för äldre. Det är en grundläggande del i arbetet med att åstadkomma långsiktigt hållbara förutsättningar för äldreomsorgen och säkerställa tillgången till god hälso- och sjukvård och medicinsk kompetens inom den kommunala hälso- och sjukvården.

En äldreomsorgslag och en nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen

En särskild äldreomsorgslag

Det saknas i dag tydlighet om vilka grundläggande krav som äldreomsorgen ska utgå från. För att förtydliga äldreomsorgens uppdrag och innehåll samt skapa förutsättningar för en nationellt mer likvärdigt god kvalitet föreslår vi att det ska införas en särskild lag om äldreomsorg som ska komplettera socialtjänstlagen.

En särskild lag bidrar till att kommunernas ansvar synliggörs och tydliggörs och kan skapa ett ramverk för styrning och uppföljning samt tillsyn. Tydligheten gör att det kan vara lättare att förutse vilka förväntningar och krav man kan ställa på äldreomsorgen. För personalen kan tydligheten ge ett stöd i kvalitets- och utvecklingsarbetet. En lag ger också en långsiktighet i styrning, något som är viktigt eftersom många brister är strukturella.

Innehållet i äldreomsorgslagen

Vårt förslag till äldreomsorgslag kompletterar socialtjänstlagen, och anger vad som särskilt gäller för äldreomsorgen. Övergripande bestämmelser i socialtjänstlagen ska även fortsatt gälla för äldreomsorgen. T.ex. ska en ansökan om bistånd även fortsatt utredas, dokumenteras och prövas enligt SoL och gällande myndighetsföreskrifter för socialtjänsten.

Personer som får äldreomsorg ska kunna vara delaktiga och få sina behov av insatser inom äldreomsorgen tillgodosedda med god kvalitet på ett samordnat, tryggt och säkert sätt samt få stöd och hjälp för att få tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver.

Vi förslår mål i lagen, särskilt utformade för äldreomsorgen och dess målgrupper. Vi föreslår att äldreomsorgen ska ha ett förebyggande perspektiv och inriktas på att vara hälsofrämjande och stödja funktionsförmåga. Äldreomsorgen ska också vara tillgänglig.

Förslaget till äldreomsorgslag innehåller utöver detta bestämmelser om förbättringar gällande samordning, delaktighet, individanpassning, information, kontinuitet, trygghet och säkerhet samt kompetens och ledarskap. Lagen innebär även förbättringar för anhöriga och andra närstående samt krav på att även personer på särskilt boende ska kunna få fast omsorgskontakt. Befintliga bestämmelser om nationella minoriteter, minoritetsspråk och äldreomsorg flyttas till äldreomsorgslagen. Lagen reglerar också hur uppföljningen ska ske, både på individnivå och på kommunens nivå, dvs. huvudmannanivå.

Lagen är övergripande. Den ska kunna förstås och läsas av alla. Lagen riktar sig särskilt till kommunerna som ansvariga för finansiering och tillhandhållande av äldreomsorg. Lagen gäller i vissa delar även den som genom avtal utför kommunens uppgifter inom äldreomsorgen. Lagens övergripande bestämmelser ger kommunerna utrymme att utifrån en lokal kontext utforma verksamheten så att de når lagens mål. Lagens utformning ger även utrymme för tillitsbaserad styrning med utgångspunkt i medarbetarnas kompetens, professionella omdöme samt för att tillvarata innovation- och utvecklingskraft i verksamheten.

En nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen

Till lagen förslår vi att en förordning om en nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen (NOK) kopplas.¹ Den ska ses som ett stöd och

¹ Motsvarande det som i våra direktiv kalles för ”en nationell omsorgsplan”.

en styrning för kommun och verksamheter, i syfte att utveckla kvaliteten och uppnå ökad likvärdighet.

Utredningen har tagit fram förslag på en struktur för NOK och vilka områden den bör omfatta. För att säkerställa att förslagen är grundade i de behov och de värden som identifieras av personer som själva får stöd och hjälp från äldreomsorgen och av dem som jobbar i och med berörda verksamheter, har förslagen utvecklats med hjälp av representanter för berörda grupper.

Vårt förslag utgör en grund för vidare arbete med att utveckla förordningen. Vår utredning har dock inte uppdrag att ta fram förordningen i sin helhet. Regeringen avser i nästa steg att ge ett sådant uppdrag till en myndighet. Vi bedömer att den myndighet som får i uppdrag att ta fram en NOK, även bör få i uppdrag att föreslå en ordning för hur den ska följas upp och förvaltas.

Nästa steg mot en stärkt äldreomsorg

Våra förslag skapar sammantaget förutsättningar för att äldre personer och deras anhöriga och andra närstående ska kunna vara mer delaktiga och utöva självbestämmande i äldreomsorgen. Ett förebyggande och personcentrerat perspektiv i äldreomsorgen bidrar till bättre förutsättningar för bästa möjliga hälsa och självständighet. Informerad – om äldreomsorgens uppdrag och innehåll i stort, och även om sitt eget ärende – kan man känna en större trygghet i och med att det finns en förutsebarhet.

Stärkt primärvård i kommunerna

Utredningen lämnar även flera förslag på lagstiftning som syftar till att stärka hälso- och sjukvården i kommunerna. De ska säkra likvärdig tillgång till hälso- och sjukvård för patienter med kommunal primärvård. Förslagen bygger vidare på den omställning som sker mot god och nära vård, där kommuner och regioner, i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvård, samverkar. Vi lämnar ett antal förslag som syftar till att tydliggöra huvudmännens respektive uppdrag och därigenom även stärka grunderna för deras samverkan kring det gemensamma ansvaret för primärvård (se vidare under rubrikerna verksamhetsnivå och ledningsnivå nedan).

Vi föreslår dessutom att det i hälso- och sjukvårdslagen ska framgå att kommunen ansvarar för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå. Detta förtydligas genom att uttrycket ”hälso- och sjukvård” i tillämpliga fall ersätts med ”primärvård”. Regionen och kommunerna ska även i en gemensam plan ange formerna för och utvecklingen av primärvården, vilken utgör ett gemensamt ansvar för bägge huvudmännen. Syftet är dels att säkerställa en övergripande och långsiktig planering av primärvården, dels att klargöra vilken huvudman som ska ansvara för vad inom primärvården.

För att förstärka tillgången till medicinsk kompetens föreslår utredningen förtydliganden både kring regionens och kommunens ansvar. Regionens ansvar för att tillhandahålla läkare förtydligas. Det ska vara möjligt att vid behov få en medicinsk bedömning av läkare dygnet runt. På motsvarande sätt tydliggörs kommunens ansvar att säkerställa att det är möjligt att vid behov få en medicinsk bedömning av sjuksköterska dygnet runt i kommunens primärvård.

För att säkerställa relationskontinuiteten behöver den enskilde patienten få träffa samma läkare. Resurserna behöver också användas mer effektivt för att klara framtida utmaningar. Vi föreslår därför att patienter i anslutning till att de skrivs in i kommunens primärvård² ska kunna lista sig hos en vårdgivare med särskilt uppdrag att ha fast läkarkontakt tillgänglig för både planerade och oplanerade besök.

En fast vårdkontakt i kommunen ska utses när man skrivs in i den kommunala primärvården, för att planera och samordna vården. Genom tydligare reglering av såväl fast läkarkontakt som fast vårdkontakt för patienter med kommunal primärvård understryks behovet av relationskontinuitet för dessa personer.

Vi lämnar även förslag i syfte att stärka informationskontinuiteten. Detta görs genom förtydliganden av bestämmelser gällande individuell plan, både vad gäller innehåll och för vilka en sådan ska upprättas.

Ledningsnivå

I dagens kontext behövs en ökad tydlighet kring huvudmannens respektive vårdgivarens ansvar och stärkt hälso- och sjukvårdskompetens på båda dessa ledningsnivåer i den kommunala hälso- och sjukvården. Nuvarande reglering behöver därför ersättas med en reglerad ledningsstruktur som kan bidra till att säkerställa nödvändig hälso- och sjukvårdskompetens.

För att säkerställa att det finns hälso- och sjukvårdskompetens på ledningsnivå i kommunen införs krav på en ny funktion. I kommunen ska det finnas en ledningsansvarig för kommunens primärvård, som säkerställer kommunens, dvs. huvudmannens, ansvar för en god och säker vård.

Det finns också behov av en tydlig samverkanspart till kommunerna i samtliga regioner, som kan säkerställa regionens huvudmannans ansvar för läkarinsatser på primärvårdsnivå och hälso- och sjukvårdsinsatser inom specialiserad vård till berörda patienter. I regionen ska det därför, på huvudmannanivå, finnas en ledningsansvarig för planering och samordning av hälso- och sjukvårdsinsatser i kommunens primärvård. Dessa båda funktioner kan både planera och följa upp primärvården, gemensamt och var och en för sig. De får centrala roller i arbetet med den gemensamma planen för primärvården.

Även vårdgivare, genom verksamhetschefen, behöver säkerställa att rätt kompetens finns för att fullt ut kunna ta sitt ansvar för att den hälso- och

² Med inskriven i kommunens primärvård avses personer som bor i särskilda boenden som avses i 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen och personer som har primärvård i ordinärt boende enligt 12 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen.

sjukvård som bedrivs i verksamheten är god och säker. I lagen införs därför krav på två nya funktioner, kvalitetsansvarig för omvårdnad samt kvalitetsansvarig för rehabilitering. Dessa ska tillsättas om inte verksamhetschefen besitter nödvändig kompetens inom dessa områden.

Utredningen föreslår således nya funktioner för att stötta både huvudman och vårdgivare i efterlevnaden av det lagstadgade ansvaret. Dessa nya funktioner ersätter den funktion, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), som inrättades i och med Ädelreformen, när vård- och omsorgsbehov samt hälso- och sjukvårdslagstiftningen var annorlunda.

Genomförande

För att lagstiftningen ska få genomslag behöver berörda målgrupper få kunskap om innehållet i den. Lagstiftningen behöver därför kompletteras med stöd- och informationsinsatser. En annan viktig del för genomförandet är en regelbunden uppföljning av kvaliteten i vård och omsorg till äldre.

För att regleringen fullt ut ska få genomslag behövs även en effektiv statlig tillsyn. Vårt förslag anger mer tydligt än dagens lagstiftning vad som gäller för äldre personers tillgång till en vård och omsorg av god kvalitet, vilket kan ge tillsynsmyndigheten bättre förutsättningar för tillsyn.

Hur märks förändringarna i lagstiftningen för den enskilde?

Den förändrade lagstiftningen ska märkas för den enskilde på flera sätt.

För det första ska det stöd och den hjälp som den enskilde får i större utsträckning vara anpassat efter de unika förutsättningar och behov som finns samt efter egna önskemål. Den enskilde ska ges möjlighet att vara delaktig.

För den andra ska vård och omsorg ges med större kontinuitet, upplevelsen av trygghet kan därmed öka. Det ska finnas ett större utrymme att anpassa stödet eftersom kontinuitet ger ökad kännedom om behov och situation.

För det tredje ska ansvaret för och arbetet med att koordinera och samordna vård och omsorg tydligt ligga på socialtjänst och hälso- och sjukvård. Den enskilde och dess anhöriga och andra närstående ska alltså i minskad utsträckning behöva åta sig denna uppgift.

För det fjärde ska den enskilde kunna få tillgång till god och säker hälso- och sjukvård, som kan ges i ens eget hem, när så är lämpligt, och utifrån de olika vårdbehov som den enskilde har.

Anhörigas och andra närståendes behov ska uppmärksammas och de ska också kunna få stöd i tid, så att ork, engagemang och omtanke, utifrån egen vilja och kapacitet, kan bli mer uthålligt.

Förhoppningen är också att den enskilde ska få stöd till hälsa och funktionsförmåga, dvs. stöd för att klara sin egen vardag och för att både återvinna förmågor och bibehålla förmågor intakta, så lång tid som möjligt.

Utredningen har mött en stor samsyn om vikten av att ytterligare utveckla äldreomsorgen. Det har funnits många förslag och idéer och utredningen har bedömt vilka som kan bli föremål för reglering i författning. Utgångspunkten har, i enlighet med direktiven, varit en äldreomsorgslag som förtydligar uppdraget samtidigt som lagen ger kommunerna möjlighet till lokala anpassningar av verksamheten. Utgångspunkten för hälso- och sjukvårdslagstiftningen har varit att förstärka tillgången till vård, eftersom nuvarande lagstiftning inte är tillräcklig för att tillförsäkra vård efter behov och god och säker vård till de patienter som får kommunal primärvård. De förslag utredningen lägger fram utgör ett samlat paket där de olika delarna hänger ihop och förstärker varandra.

Utredningen har i enlighet med direktiven avgränsat arbetet till författningsförslag, men ser att detta är ett styrmedel bland flera. Lagstiftningen och tillsynen kopplad till lag är grundläggande för rättssäkerhet, likvärdighet och långsiktighet. Utredningen har mött ett heltäckande spektrum i synen på författningsreglering. I ena änden finns önskemål om en mycket detaljerad lagstiftning. Motivet är ofta att minska variationer i kvalitet och åtgärda brister. I andra änden finns önskemål om att inte förändra lagstiftningen och att inte reglera äldreomsorgen i särskild ordning och ej heller tillgången till hälso- och sjukvård. Motiven till detta är att utvecklingen av vård och omsorg till äldre personer sker bättre utan någon ytterligare lagstiftning.

Hur man ser på behov av tydligare lagstiftning hänger också ihop med hur allvarligt de stora variationer i tillgång och kvalitet, som finns mellan kommunerna, ska ses.

Vi bedömer att kvarvarande strukturella brister och stora variationer i kvalitet visar på behovet av ett tydligare gemensamt ramverk för styrning och uppföljning av vård och omsorg för äldre personer och att gällande författningsreglering behöver förtydligas.

Betänkandets lagförslag i relevanta delar

Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821)

Härigenom föreskrivs att i fråga om patientlagen (2014:821)
dels att 6 kap. 4 § ska ha följande lydelse,
dels att det ska införas en ny paragraf 6 kap. 2 a § av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

6 kap.

2 a §

En fast vårdkontakt enligt 2 § ska utses i anslutning till att en patient skrivs in i kommunens primärvård, om det inte är uppenbart obehövligt.

4 §

För en enskild som har behov av både hälso- och sjukvård och insatser från socialtjänsten ska en individuell plan upprättas under de förutsättningar som anges i 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

För en enskild som har behov av både kommunens och regionens hälso- och sjukvård eller både hälso- och sjukvård och insatser från socialtjänsten ska en individuell plan upprättas under de förutsättningar som anges i 16 kap. 4 och 5 §§ hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Denna lag ska träda i kraft den 1 januari 2024.

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

Bilaga 11

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) dels att 7 kap. 7 §, 8 kap. 8 §, 11 kap. 3–4 §§, 12 kap. 1–4 §§, 14 kap. 1–2 §§, 16 kap. 1 §, och 4 § ska ha följande lydelse, dels att det ska införas nya paragrafer, 4 kap. 4 §, 7 kap. 3 d §, 11 kap. 2 a §, 13 a kap. 2–6 §§, 16 kap. 1 a § och 5 § och närmast före 13 a kap. 2 § och 5 § nya rubriker av följande lydelse.

*Nuvarande lydelse
(den 1 juli 2022)*

Föreslagen lydelse

4 kap.

4 §

Om en verksamhetschef enligt 2 § i kommunens primärvård inte har den kompetens och erfarenhet som krävs för att säkerställa en god och säker vård ska en kvalitetsansvarig för omvårdnad och en kvalitetsansvarig för rehabilitering utses för att stödja verksamhetschefen inom kompetensområdet.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om vilka uppgifter och vilken kompetens som krävs för att kunna säkerställa kvaliteten enligt första stycket inom kommunens primärvård.

7 kap.

3 d§

I regionen ska det finnas en ledningsansvarig för huvudmannens planering, uppföljning och samordning av hälso- och sjukvårdsinsatser i kommunens primärvård.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

7 §

I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.

I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen samverka med *kommuner*, samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.

8 kap.

8 §

Regionen får erbjuda läkemedel utan kostnad till den som får *hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård)*.

Regionen får erbjuda läkemedel utan kostnad till den som får *primärvård i ordinärt boende*.

11 kap.

2 a §

Kommunen ska organisera sin primärvård så att vård kan ges nära enskilda som avses i 12 kap. 1–2 §§.

3 §

I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska kommunen samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.

I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska kommunen samverka med *regionen*, samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.

4 §

Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska.

I kommunen ska det finnas en ledningsansvarig som kan säkerställa huvudmannens ansvar för planering, samordning och uppföljning av kommunens primärvård.

Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering, får en fysioterapeut eller en arbetsterapeut fullgöra de uppgifter som åligger en medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om kompetens och uppgifter för den person som avses i första stycket.

Första och andra styckena gäller sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som avses i 12 kap. 1 och 2 §§ i en kommun som inte ingår i en region, om det i verksamheten inte finns någon läkare.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om ansvar och uppgifter för personal som avses i första och andra styckena.

12 kap.

1 §

Kommunen ska erbjuda en god *hälso- och sjukvård* åt den som

Kommunen ska erbjuda en god *primärvård* åt den som efter beslut

efter beslut av kommunen bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § *andra stycket*, 5 kap. 7 § tredje stycket eller motsvarande tillståndspliktig boendeform eller bostad som avses i 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453). Kommunen ska även i samband med dagverksamhet enligt 3 kap. 6 § samma lag erbjuda en god *hälso- och sjukvård* åt den som vistas i dagverksamheten.

av kommunen bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 8 § *andra stycket äldreomsorgslagen (2024:000)*, 5 kap. 7 § tredje stycket eller motsvarande tillståndspliktig boendeform eller bostad som avses i 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453). Kommunen ska även i samband med dagverksamhet enligt 3 kap. 6 § samma lag erbjuda en *god primärvård* åt den som vistas i dagverksamheten.

2 §

Kommunen får erbjuda den som vistas i kommunen *hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård)* i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § *tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453)*.

Kommunen får erbjuda den som vistas i kommunen *primärvård* i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 8 § tredje stycket *äldreomsorgslagen (2024:000)*.

3 §

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.

Med undantag för vad som anges i 16 kap. 1 § *andra stycket* gäller vad som sägs i 1 och 2 §§ inte sådan *primärvård* som ges av läkare.

4 §

Regionen får på framställning av en kommun inom regionen erbjuda läkemedel utan kostnad ur läkemedelsförråd till den som

1. bor i en sådan särskild boendeform som avses i 5 kap. 5 § *andra stycket socialtjänstlagen (2001:453)*, eller
2. får *hemsjukvård* genom kommunens försorg.

Regionen får på framställning av en kommun inom regionen erbjuda läkemedel utan kostnad ur läkemedelsförråd till den som

1. bor i en sådan särskild boendeform som avses i 8 § *andra stycket äldreomsorgslagen (2024:000)*, eller
2. får *primärvård* i ordinärt boende genom kommunens försorg.

Regionen svarar för kostnaderna för läkemedel som rekvireras till läkemedelsförråden.

för läkemedel som rekvireras till

13 a kap.

Regionens ansvar i kommunens primärvård

2 §

Regionen ska säkerställa att enskilda som är inskrivna i kommunens primärvård vid behov kan få en medicinsk bedömning av en läkare i primärvården dygnet runt.

3 §

Regionen ska säkerställa att enskilda i anslutning till att de skrivs in i kommunens primärvård kan lista sig hos en vårdgivare som ansvarar för läkarinsatser till ett särskilt boende enligt 12 kap. 1 § eller ordinärt boende enligt 12 kap. 2 §.

Regionen får inte begränsa den enskildes val till endast denna vårdgivare.

4 §

Regionen ska säkerställa att den vårdgivare som avses i 3 § har fasta läkarkontakter som kan vara tillgängliga för,

1. planerad och oplanerad medicinsk bedömning och behandling, planering och samordning av patienternas vård, och

2. handledning och viss fortbildning av kommunens hälso- och sjukvårdspersonal.

Kommunens primärvård

5 §

Kommunen ska säkerställa att enskilda som är inskrivna i kommunens primärvård vid behov kan få en medicinsk bedömning av en sjuksköterska dygnet runt.

6 §

Kommunen ska säkerställa att enskilda som är inskrivna i kommunens primärvård kan få en fast vårdkontakt i kommunen.

14 kap.

1 §

Regionen får till en kommun inom regionen överlåta skyldigheten att erbjuda *hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård)* i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), om regionen och kommunen kommer överens om det. Överenskommelsen får inte avse ansvar för *hälso- och sjukvård* som ges av läkare. Överenskommelsen får även avse ansvar för sådana förbrukningsartiklar som avses i 8 kap. 9 §.

Regionen får lämna sådant ekonomiskt bidrag till kommunen som motiveras av överlåtelsen.

2 §

Om samtliga kommuner inom en regions område ingår i en överlåtelse av ansvar för *hemsjukvård* enligt 1 § och om det behövs för kostnadsutjämning mellan kommunerna, får kommunerna lämna ekonomiskt bidrag till varandra.

Om samtliga kommuner inom en regions område ingår i en överlåtelse av ansvar för *primärvård i ordinärt boende* enligt 1 § och om det behövs för kostnadsutjämning mellan kommunerna, får kommunerna lämna ekonomiskt bidrag till varandra.

16 kap.

1 §

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 enligt 12 kap. 1 §. Detsamma gäller *hemsjukvård* i ordinärt bo-ende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), om en kommun ansvarar för vården enligt 14 kap. 1 §.

Regionen ska till kommunerna inom regionen avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god *primärvård* i särskilt boende och i dagverksamhet enligt 12 kap. 1 §. Detsamma gäller *primärvård* i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 8 § tredje stycket äldreomsorgslagen (2024:000), om en kommun ansvarar för vården enligt 14 kap. 1 §.

Regionen ska med kommunerna inom regionen sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan.

Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter att tillhandahålla läkare enligt denna lag har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från regionen.

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.

1 a §

Regionen och kommunerna i regionen ska i en gemensam plan ange formerna för och utvecklingen av primärvården.

Planen ska följas upp årligen.

4 §

När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, ska regionen tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan.

Planen ska upprättas om regionen eller kommunen be-dömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov till-godosedda och om den enskilde samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjs-mål.

Planen ska upprättas om regionen eller kommunen be-dömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov till-godosedda och om den enskilde samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål *och planen ska följas upp löpande.*

Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

1. vilka insatser som behövs,
2. vilka insatser som respektive huvudman ska svara för,
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än regionen eller kommunen, *och*
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Av planen ska det framgå

1. vilka insatser, *inklusive förebyggande och rehabiliterande insatser*, som behövs,
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än regionen eller kommunen,
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen,
5. *vad målet med insatserna är utifrån den enskildes perspektiv, och*

6. i tillämpliga fall, hur för- Bilaga 11
väntade framtida vårdbehov ska
omhändertas.

5 §

*En individuell plan enligt 4 § ska
upprättas för enskilda som är
inskrivna i kommunens primär-
vård, om det inte är uppenbart
obehövligt.*

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2024.

Förteckning över remissinstanserna

Efter remiss har yttranden kommit in från Akademikerförbundet SSR, Ale kommun, Anhörigas riksförbund, Arvika kommun, Botkyrka kommun, Burlöv kommun, Båstad kommun, Dals-Ed kommun, Demensförbundet, Dorotea kommun, E-hälsomyndigheten, Ekonomistyrningsverket, Enköpings kommun, Falkenbergs kommun, Famna, Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för arbetsliv, hälsa och välfärd, Fysioterapeuterna, Föreningen Sveriges Socialchefer, Förvaltningsrätten i Linköping, Gotlands kommun, Grums kommun, Göteborgs kommun, Halmstads kommun, Heby kommun, Hedemora kommun, Inspektionen för vård och omsorg, Integritetsskyddsmyndigheten, Justitiekanslern, Järfälla kommun, Kalmar kommun, Kammarrätten i Stockholm, Katrineholms kommun, Kiruna kommun, Kumla kommun, Kungälv kommun, Lessebo kommun, Lidköpings kommun, Livsmedelsakademien, Livsmedelsverket, Läkemedelsverket, Länsstyrelsen i Stockholm, Malmö kommun, Malmö universitet, Mellerud kommun, Mora kommun, Myndigheten för delaktighet, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Mölndal kommun, Nationellt kompetenscentrum anhöriga, Nordmaling kommun, Nynäshamns kommun, Nässjö kommun, Osby kommun, Pajala kommun, Pensionärernas Riksorganisation, Region Blekinge, Region Dalarna, Region Kronoberg, Region Norrbotten, Region Skåne, Region Stockholm, Riksdagens ombudsmän, Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor och Medicinskt ansvariga för rehabilitering, Riksförbundet PensionärsGemenskap, Rättviks kommun, Sala kommun, Sametinget, Sandvikens kommun, Skinnskatteberg kommun, SKPF Pensionärerna, Socialstyrelsen, SPF Seniorerna, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, Statens medicinsk-etiska råd, Statskontoret, Stockholms kommun, Stockholms universitet, Storfors kommun, Sundsvalls kommun, Svensk sjuksköterskeförening, Svenska kommunalarbetsförbundet, Svenska läkaresällskapet, Svenskt Demenscentrum, Sveriges Arbetsterapeuter, Sveriges Kommuner och Regioner, Sveriges Läkarförbund, Söderhamns kommun, Södertälje kommun, Timrå kommun, Täby kommun, Uddevalla kommun, Ulricehamns kommun, Umeå universitet, Uppsala kommun, Vadstena kommun, Vision, Vårdförbundet, Västra Götalandsregionen, Äldrecentrum, Älmhult kommun och Örnköldsviks kommun.

Därutöver har yttranden inkommit från Anhörigföreningen i Östhammars kommun, Attendo, Attention, Branschråd Äldreomsorg, Göteborgsregionens kommunalförbund, Bräcke diakoni, Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet, Danderyds kommun, Dietisternas Riksförbund, Fremia, Gröna Seniorer Riks, Hagfors kommun, Hörselskadades Riksförbund, Karlstads kommun, Kils kommun, Kommundietister i Storstockholm, Linköpings universitet, Prioriteringscentrum, Logopedförbundet, Länsnätverk för MAS och MAR i Jönköpings län, Medicinskt ansvariga sjuksköterskor i 5 kommuner i Västerbotten, Medicinskt ansvariga sjuksköterskor i Västerbottens inlands 8 kommuner, Nationella nätverket för socialvetenskaplig äldreomsorg, Nationella rådet för palliativ vård, Nationellt programområde tandvård, Nationellt programområde äldres hälsa och palliativ vård, Nätverket

MAS/MAR i Örebro län, Offentlig måltid, Region Halland, Riksförbundet Bilaga 12
HjärtLung, Riksförbundet för social och mental hälsa, Riksföreningen för
sjuksköterskor inom äldre- och demensvård, Riksföreningen Socialt
Ansvariga Samordnare, Seniorsossarna, Svensk förening för allmän-
medicin, Svensk Geriatrisk Förening, Svenska Diabetesförbundet,
Svenska Distriktsläkarföreningen, Svenska Psykiatriska Föreningen,
Svenska Vård, Sveriges Dövas Riksförbund, Sveriges Farmaceuter,
Sveriges Tandläkarförbund, Synskadades Riksförbund, The Swedish
Society for Clinical Nutrition and Metabolism, Upplands-Bro kommun,
Vingåkers kommun, Vårdföretagarna och Äldreupproret.

Följande remissinstanser har inte svarat eller angett att de avstår från att
lämna några synpunkter: Almega vårdföretagen, Alzheimer Sverige,
Arboga kommun, Funktionsrätt Sverige, Gagnef kommun, Hjo kommun,
Landskrona kommun, Lomma kommun, Malå kommun, Partille kommun,
Ragunda kommun, Robertsfors kommun, Strängnäs kommun, Svenska
institutet för standarder, Vännäs kommun och Åre kommun.