



Remissvar Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer, SOU 2022:41, (S2022/03277)

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

SLS har getts tillfälle att lämna synpunkter på betänkandet Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer (SOU 2022:41). SLS svar avgränsas till kapitel 8 som bland annat rör läkarinsatserna.

I beredningen av SLS yttrande har vi fått in remissvar från SLS medlemsföreningar/sektioner *Svenska Infektionsläkarföreningen, Svenska Neurologföreningen, Svenska Smärtläkarföreningen, Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM), Svensk förening för basal och klinisk farmakologi, Svensk Förening för Obstetrik och gynekologi, Svensk förening för Otorhinolaryngologi, Huvud- och Halskirurgi, Svensk Medicinsk Audiologisk Förening, Svensk Njurmedicinsk Förening, Svensk Reumatologisk förening, Svensk förening för socialmedicin och folkhälsa* samt från *SLS delegation för medicinsk etik (DME) och SLS kommitté för eHälsa*.

SLS vill uppmärksamma att flera av föreningarna inte har avgränsat sina svar på sätt som SLS har gjort, utan kommenterar även förslaget om ny äldreomsorgslag. Samtliga svar innehåller både översiktliga och särskilt mer specialitetsspecifika synpunkter som alla är värdefulla varför svaren bifogas i sin helhet. De mer specialitetsspecifika synpunkterna rör bland annat smärta och smärtbehandling, hemdialys, läkemedelsbehandling, förebyggande och hälsofrämjande åtgärder, men även en mer övergripande synpunkt om att det saknas förslag om hur sociodemografiska ojämlikheter i tillgång, kvalitet och utfall av vård och omsorg mellan grupper av äldre ska mätas och beaktas vid uppföljning av verksamheten.

SLS anser att det är viktigt att lagstiftningen har en övergripande karaktär och inte är styrande på detaljnivå.

Allmänt om betänkandet

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

Flera av SLS underremissinstanser framhåller liknande synpunkter. *SFAM* pekar på att det är viktigt att ekonomisk ersättning och inriktningsbeslut (t ex 1 fast läkare/1 100 listade) pekar i samma riktning som förslagen. *Etikdelegationen* pekar på personalbristen och att ytterligare krav och nya administrativa roller inte kommer lösa problemen. *Svensk förening för basal och klinisk farmakologi* pekar på ökade dokumentations- och administrativa krav samt detaljstyrning.

Kap. 8 Stärkt primärvård i kommunen

8.1 Kraven på den kommunala hälso- och sjukvården har förändrats

8.1.1 Vad är kommunens hälso- och sjukvård?

Både *Svensk förening för Otorhinolaryngologi, Huvud- och Halskirurgi* och *Svensk Medicinsk Audiologisk Förening* lyfter fram hörselskadade äldre, bland annat behov av ökad tillgänglighet till audionomer och att personal som arbetar med hörselskadade äldre även bör ha praktisk kompetens för att kunna ge basalt tekniskt stöd. *Svensk förening för basal och klinisk farmakologi* lyfter under samma kapitel fram att det inte enbart bör nämnas yrkesgrupper utan de faktiska kompetenserna som saknas, till exempel läkemedelsförskrivning och -hantering.

8.2 Gränsdragning mot specialiserad hälso- och sjukvård i hemmet

Utredningens bedömning: En utredning bör få i uppdrag att förtydliga ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och möjligheten till samverkan inom den specialiserade vården i hälso- och sjukvårdslagen.

Se närmare svaret från *SFAM* som framhåller att det finns otydligheter gällande kommunens skyldigheter att medverka i specialistvård i hemmet. I detta sammanhang lyfter *SLS eHälsokommitté* att det sedan ädelreformen genomfördes finns fler typer av specialistsjuksköterskor.

8.4 Ansvar för läkarinsatser

8.4.1 Kommunens möjlighet att utföra läkarinsatser bör inte ändras

Utredningens bedömning: I dagsläget har regionerna bäst förutsättningar att som huvudman säkerställa en god tillgång till läkare även för patienter inom kommunens primärvård. Om kommunen ska ges utökade befogenheter att som vårdgivare utföra läkarinsatser bör även huvudmannansvaret ändras. Vi bedömer att en sådan ändring kräver en kommunreform. Kommunernas möjlighet att utföra läkarinsatser bör därför inte utökas.

I stället bör tydligare krav på läkarinsatserna regleras i hälso- och sjukvårdslagen. Den medicinska kompetensen bör även förstärkas på ledningsnivå i såväl kommuner som regioner, tillsammans med en reglerad ordning för samverkan på huvudmannanivå

SLS delar utredningens bedömning. Det kommer alltid finnas en gråskala för vilka vård- och omsorgsinsatser en individ behöver, och det kommer aldrig att bli rimligt att omsorg helt och hållet blir en vårdangelägenhet eller vice versa. Alltså kommer det finnas olika huvudmän för vård respektive omsorg/socialtjänst. I kommunal primärvård blir ”ansvarsöverlappet” extra tydligt. Detta behöver inte vara ett problem utan kan i stället utgöra den stadga som välfärdssystemet behöver. När varje människa som får behov av insatser från kommunal primärvård har en namngiven fast läkarkontakt finns förutsättningar för samordnad personcentrerad vård, utformad utifrån lokala förutsättningar.

Kommunen har ansvar för insatser upp till sjuksköterskenivå och regionen har ansvar för läkarinsatserna. De fasta läkarkontaktorna i primärvården är medicinsk huvudansvariga för den vård som effektueras av kommunen. (Läkarkompetens behövs därmed i kommunens prioriteringar och strategiska planering, se punkt 8.8). De fasta läkarkontaktorna samverkar likaledes med övriga professioner inom primärvården, liksom med sekundärvården via olika specialitälkare utifrån sina patienters behov av specialiserad vård. Via fast vårdkontakt/fast omsorgskontakt sker samverkan även med anhöriga och med andra aktörer i lokalsamhället.

Att lägga över ansvaret för läkarinsatser på kommunerna skulle medföra att två huvudmän konkurrerar om att anställa samma läkarutbildade individer (som det råder brist på). Det skulle minska samhällets förmåga att erbjuda fast läkarkontakt till alla och därmed motverka syftet att stärka den kommunala primärvården. Bättre då att rigga för allmänmedicin i kommunerna med allmänläkare från den regionalt finansierade primärvården.

8.5 Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar tydliggörs

8.5.1 Det kommunala primärvårdsansvaret

Utredningens förslag: Det ska framgå av 12 kap. hälso- och sjukvårdslagen att kommunen ansvarar för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå genom att uttrycket ”hälso- och sjukvård” i tillämpliga fall i hälso- och sjukvårdslagen ersätts med ”primärvård”. Nödvändiga följdändringar ska göras i andra kapitel och lagar. Begreppet hemsjukvård ska ersättas med uttrycket primärvård i ordinärt boende.

SLS har inte någon invändning mot att det förtydligas att kommunen har ansvar för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå genom att uttrycket hälso- och sjukvård i tillämpliga delar ersätts med primärvård, och att hemsjukvård ersätts med primärvård i ordinärt boende, samt att nödvändiga följdändringar görs i HSL och andra lagar.

8.5.2 En gemensam plan för primärvården

Utredningens förslag: Det ska förtydligas i 7 kap. 7 § och 11 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen att regionen och kommunerna ska samverka med varandra vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården. Regionen och kommunerna i regionen ska i en gemensam plan ange formerna för och utvecklingen av primärvården. Planen ska följas upp årligen. Det ska regleras i en ny bestämmelse som förs in i 16 kap. 1 a § hälso- och sjukvårdslagen

SLS tillstyrker förslaget om att förtydliga samverkansansvaret, vilket SLS gjorde redan i remissvar på betänkandet *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem* (SOU 2020:19).

SLS är generellt tveksamt till ytterligare lagreglerade planer, även om SLS delar uppfattning om vikten av gemensam strategisk planering. Området kännetecknas av en mängd planer och överenskommelser. Risk finns med reglerade krav på ytterligare planer att resurserna läggs på framtagandet av själva planen. **SLS anser** att det i första hand handlar om att stärka allmänmedicinen och säkra tillgången till fast läkarkontakt så att förutsättningar finns för att genomföra uppdraget, som bland annat omfattar läkarinsatserna i kommunens hälso- och sjukvård. Det är de fasta läkarkontakterna som kan ta helhetsansvar för det medicinska innehållet i sina patienters individuella planer. Representation av läkare med gedigen erfarenhet av allmänmedicinskt arbete i kommunernas strategiska arbete och en samordnande funktion i regionen med motsvarande kompetens torde kunna ge mer impact i arbetet på golvet än lagstadgade gemensamma planer (se punkt 8.8).

8.6 Stärkt tillgång till medicinsk kompetens i kommunens primärvård

8.6.2 Individuell vårdplanering

Utredningens förslag: En individuell plan enligt 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen ska upprättas för enskilda som är inskrivna i kommunens primärvård, om det inte är uppenbart obehövligt. Det ska regleras i en ny bestämmelse i 16 kap. 5 § hälso- och sjukvårdslagen. I den individuella planen ska även anges den enskildes behov av förebyggande och rehabiliterande insatser, vad målet med insatserna är utifrån den enskildes perspektiv samt, i tillämpliga fall, hur förväntade framtida vårdbehov ska omhändertas. Planen ska ses över löpande för att anpassas efter den enskildes hälsotillstånd. Ändringar om detta ska göras i 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen. Följdändringar ska göras i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen i tillämpliga delar.

Utredningens bedömning: Det förslag om patientkontrakt som Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård lämnat bör genomföras.

SLS tillstyrker förslaget om individuell vårdplan.

När det gäller utredningens bedömning att det förslag om *patientkontrakt* som lades i *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem* (SOU 2020:19) bör genomföras, hänvisar SLS till sitt remissvar på SOU 2020:19; **SLS var inte positivt till reglering** av s.k. patientkontrakt, men kan se fördelarna med att samla planer och kontaktuppgifter i en sammanhållen information till patienten. Begreppet kontrakt är problematiskt och **SLS avstyrkte att begreppet** används. SLS ställde sig i det tidigare remissvaret också frågande till om det behövs en reglering då utvecklingsarbete och piloter redan pågår. **SLS avstyrkte således en ny reglering och namnet patientkontrakt**, men **SLS var positivt till en sammanhållen presentation** av den individuella planen, ev. andra planer och kontaktuppgifter till nytta för patienten. Det är oklart hur utredningens bedömning om att förslag som lades i *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem* (SOU 2020:19) bör genomföras förhåller sig till förslagen i *Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram* (SOU 2022:22), som också hade förslag om patientkontrakt.

8.6.3 Fast vårdkontakt i kommuner

Utredningens förslag: Kommunen ska säkerställa att en enskild som är inskrivna i kommunens primärvård kan få en fast vårdkontakt i kommunen. Detta ska framgå av 13 kap. 6 § hälso- och sjukvårdslagen.

En fast vårdkontakt ska utses i anslutning till att den enskilde skrivs in i kommunens primärvård, om det inte är uppenbart obehövt. Det ska framgå av en ny bestämmelse i 6 kap. 2 a § patientlagen. Det bör även framgå av 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen. Den fasta vårdkontaktens kompetens och uppgifter kan regleras i 4 kap. 6 e § hälso- och sjukvårdsförordningen.

Den fasta vårdkontakten ska vara legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Den fasta vårdkontakt ska ha i uppgift att svara för planering, samordning och uppföljning av enskildas kommunala primärvård tillsammans med den enskilde och andra involverade i den enskildes hälso- och sjukvård.

I förekommande fall, ska den fasta vårdkontakten i kommunen även delta i planering och samordningen av den enskildes insatser från socialtjänsten med bl.a. dennes fasta omsorgskontakt.

SLS tillstyrker förslaget men noterar att förslaget i patientlagen att fast vårdkontakt ska utses i anslutning till att en patient skrivs in i kommunens primärvård om det inte är uppenbart obehövt, går längre än nuvarande bestämmelse om fast vårdkontakt. Nuvarande bestämmelse anger att en fast vårdkontakt ska utses om patienten begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. En bestämmelse föreslås även i HSL. Utredningen motiverar förslaget med att de bedömer att de allra flesta som får primärvård från kommunen har behov av en fast vårdkontakt i kommunen. SLS har ingen invändning, men det haltar lite att fast vårdkontakt i övriga fall inte omnämns i HSL.

SLS tillstyrker att den fasta vårdkontakten i kommunen ska vara legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, vilket också går längre än nuvarande bestämmelse om fast vårdkontakt, det är inte reglerat vem eller vilken yrkeskategori som ska utses till fast vårdkontakt dvs. inte ens att det ska vara hälso- och sjukvårdspersonal.

8.7 Stärkt tillgång till läkare

När det finns tillräckligt många läkare som kan vara fast läkarkontakt (se riktvärde fr Socialstyrelsen om 1/1100 invånare) och som har möjlighet att arbeta med det allmänmedicinska uppdraget finns goda förutsättningar för personcentrerade och samordnade läkarinsatser i kommunal primärvård.

Allmänmedicin är en samordnande specialitet. Allmänläkarens arbete utgår från de listade människornas behov av medicinsk bedömning, utredning/behandling, samordning och samverkan. För den aktuella åldersgruppen gäller samma sak för geriatriker verksamma i primärvård. Läkaren samverkar med det allmänmedicinska teamet – i kommunal primärvård oftast sjuksköterskan och vid behov även andra professioner (både i kommunal verksamhet och i sekundärvården). Detta är centralt och att regionerna inte har levt upp till åtaganden om läkarinsatser i kommunal primärvård beror till stor del av att det råder brist på specialistläkare i primärvården. **SLS anser** att pudelns kärna är brist på fasta läkarkontakter för de som har behov av kommunal primärvård och därmed behov av personcentrerad samordning.

SLS ser risker med att detaljerat gå in och styra med lag vad läkare ska göra i kommunal primärvård. Det kan medföra risk för icke önskvärda effekter – särskilt om regleringen medför att det finns hinder för att utföra det man som professionell yrkesperson med medicinskt helhetsansvar bedömer är bäst för individen/patienten under rådande förutsättningar. Då minskar attraktiviteten i det läkararbete som så väl behöver utföras med kontinuitet och god tillgänglighet.

8.7.1 Styrning för ökad likvärdighet och tillgänglighet

Utredningens bedömning: Regionerna lever inte upp till de åtaganden som följer av målbaserade bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen. Huvudmännens avtal om läkarmedverkan i kommunens primärvård bidrar inte till transparens. Det krävs förtydliganden i lag som klargör vilka krav som ställs på regionernas läkarinsatser i den kommunala primärvården.

Utredningens förslag: Regleringen i 16 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen om att huvudmännen ska sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan ska ersättas med en reglering i 13 a kap. hälso- och sjukvårdslagen om grundläggande krav på läkarinsatser i kommunens primärvård, i syfte att stärka kontinuitet, tillgänglighet och delaktighet i primärvården.

Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt hälso- och sjukvårdslagen, ska kommunerna ha rätt att anlita läkare på egen hand, på regionens bekostnad.

SLS anser att kontinuitet, tillgänglighet och delaktighet i kommunal primärvård åstadkommer man genom att säkerställa att det finns fast läkarkontakt för alla som har behov av primärvård i hemmet. Den fasta läkarkontakten (som kan vara allmänläkare (specialist eller ST-läkare) eller geriatriker för den aktuella åldersgruppen) bär det medicinska helhetsansvaret och nyckeln till allmänmedicinens kärna är att den fasta läkarkontakten känner sina patienter och sitt allmänmedicinska team (i betydelsen att teamet byggs runt den fasta läkarkontaktens lista). Då uppstår förutsättningar för personcentrerad samverkan. En förutsättning för att detta ska fungera hållbart över tid är att den fasta läkarkontakten arbetar i en allmänmedicinsk kontext – alltså i en verksamhet som bedriver primärvård med hela sin bredd, och med alla sina utarbetade kontaktytor mot andra aktörer i lokalsamhället/välfärdssystemet. Sådan verksamhet kan organiseras i alla delar av samhället och anpassas efter socioekonomiska förutsättningar med utgångspunkt i den fasta läkarkontaktens lista. Det allmänmedicinska teamet byggs runt de listade människorna. **Det är viktigt att det är just allmänmedicin i denna bemärkelse – dvs team som har förutsättningar att känna sin befolkning, som säkras i organiseringen av svensk primärvård.** Vårdformer som mobila vårdteam och fristående digitala vårdgivare som inte är förankrade i allmänmedicinsk verksamhet kan inte erbjudas jämnt över landet och kommer inte att bidra till likvärdighet eller hållbarhet gällande läkarinsatser i kommunal primärvård i längden. Så klart kan de vara väl fungerande i den aktuella *men avgränsade kontexten*. Det är olyckligt om resurser styrs till dessa typer av verksamheter då de konkurrerar ut allmänmedicinsk verksamhet med fasta läkarkontakter som utgångspunkt och som individen därmed kan ha relationskontinuitet med redan innan behov av kommunal primärvård uppstår.

SLS anser att det är viktigt att det i regleringen framgår med tydlighet att **vårdgivare som har uppdraget att utföra läkarinsatser i kommunal primärvård utgår från regional primärvård (regional eller privat regi) och bedriver allmänmedicinsk verksamhet** samt att kärnan i denna byggs utifrån fasta läkarkontakter och deras listor. På detta sätt skapas förutsättningar för förebyggande arbete långt innan behov av kommunal primärvård uppstår för en individ och övergången kan bli sömlös – antingen genom att man behåller sin fasta läkarkontakt eller genom en personlig överlämning till den läkare i verksamheten som ansvarar för läkarinsatserna på det särskilda boendet eller i hemsjukvårdsområdet. **SLS anser** således att det ska framgå av förslag till bestämmelse i 13 a kap 3 § och 4 § HSL att det är **vårdgivare i primärvård** som avses.

8.7.2 Möjlighet att lista sig hos en vårdgivare med ett särskilt uppdrag

Utredningens förslag: Regionen ska säkerställa att enskilda som är inskrivna i kommunens primärvård har möjlighet att lista sig hos en vårdgivare som ansvarar för läkarinsatser till ett särskilt boende eller i

ordinärt boende och där få en fast läkarkontakt. Detta får inte medföra att patientens valfrihet enligt andra bestämmelser begränsas.

Detta ska regleras genom en ny bestämmelse i 13 a kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen.

SLS anser att det ska framgå av förslag till bestämmelse i 13 a kap 3 § och 4 § HSL att det är **vårdgivare i primärvård** som avses. Se 8.7.1 ovan. **SLS ser en risk i** att formuleringen ”vårdgivare med ett särskilt uppdrag” öppnar upp för organisatoriska lösningar som ej är allmänmedicinskt förankrade. Att ”innovativa lösningar” får större fokus och mer resurser än strävan efter att erbjuda fast läkarkontakt till alla med behov av kommunal primärvård. Endast om resurserna styrs till arbete med utgångspunkt i de fasta läkarkontakternas listor och tillhörande allmänmedicinska team kan jämlik tillgång till god och nära vård säkras – hållbart över tid.

SLS ser att resonemanget om en patientanpassad organisering av läkarinsatser som förs på sid 433, delvis är bakvänt. SLS håller med om att läkare behöver delta mer integrerat i den kommunala primärvården än i den konsultativa roll som den rådande bristen på allmänläkare lett till. Det som allmänläkare vittnar om inte fungerar i verkligheten är att välja ut de som har störst behov och ge dem en fast läkarkontakt. Behov varierar över tid och är oförutsägbara. Vi vet inte vem som blir sjuk och när. Bland det till synes enkla döljer sig det allvarliga – här kan relationskontinuitet göra skillnad. Att som människa ha möjligheten att känna sin fasta läkarkontakt ger större chans att det allvarliga fångas upp.

Mortaliteten sjunker för varje år som man känt sin fasta läkarkontakt.

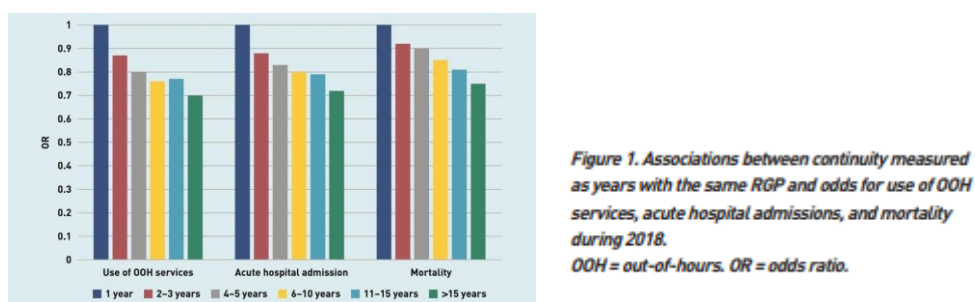


Fig. 1. [Sandvik et al, BJGP feb2022](#)

Det som behöver realiseras är att alla ska kunna välja och få tillgång till fast läkarkontakt och Socialstyrelsens riktvärde att det ska finnas en läkare per 1 100 människor.

SLS uppskattar att utredningen lyfter (s. 435) att huvudmännen ska synkronisera sina uppdrag för primärvård i ordinärt boende på ett ändamålsenligt sätt så att läkaruppdraget motsvarar kommunens hemsjukvårdsområden. Detta stärker förutsättningarna för allmänmedicinskt teamarbete.

8.7.3 Innehållet i det särskilda läkaruppdraget

Utredningens förslag: Regionen ska säkerställa att en särskild vårdgivare har fasta läkarkontakter, som kan vara tillgängliga för planerad och oplanerad medicinsk bedömning och behandling, planering, samordning av patientens vård, handledning och viss fortbildning av kommunens hälso- och sjukvårdspersonal.

Det ska regleras genom en ny bestämmelse i 13 a kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen.

SLS uppskattar att den fasta läkarens uppgifter i kommunal primärvård exemplifieras och synliggörs. Det är viktigt att den fasta läkaren med uppdrag att utföra läkarinsatser i kommunal primärvård får goda förutsättningar att arbeta integrerat med teamet i den kommunala primärvården och samtidigt har väl utarbetade kontaktytor mot övrig primärvård och sekundärvård. Att den läkare som har uppdraget att vara fast läkare i kommunal primärvård samtidigt har uppdrag i och är en del av teamet i regionens primärvård (dvs vårdcentralen) ger ett stärkande organisatoriskt överlapp i primärvården

som möjliggör personcentrerad samverkan med kontinuitet.

SLS ser en risk med för hårt reglerat krav på tillgänglighet och kontinuitet som syftar på den enskilda fasta läkarkontakten. Om detta krav upplevs som överväldigande kommer det vara svårt att rekrytera till uppdrag som fast läkare i kommunal primärvård. Överst på sid 438 konstaterar utredningen att det krävs särskilda organisatoriska förutsättningar hos vårdgivaren som möjliggör hög tillgänglighet till fasta läkarkontakter. Grundläggande är att det finns uppdrag som specialistkompetenta och yrkesskickliga läkare vill ta på sig och stanna kvar i över tid.

Hemsjukhuset i Borgholm som lyfts på sid 439, är ett gott exempel på samverkan mellan regional och kommunal primärvård. Patientens fasta läkare har tid avsatt varje dag för akuta eller planerade hembesök hos patienter inskrivna i kommunal primärvård. I denna modell spelar även ambulansvården en viktig roll, vilket vi återkommer till under punkt 8.7.5, och möjliggör god relationskontinuitet till den fasta läkaren samtidigt som tillgången till akut medicinsk bedömning inte begränsas av att hen inte är i tjänst 24h per dygn året runt. Under den tid då regionens primärvård är stängd finns en allmänläkare i beredskap och kan vid behov göra hembesök.

SLS föreslår en omformulering av förslaget till bestämmelse i 13 a kap. 4 § HSL. *Regionen ska säkerställa att den vårdgivare i primärvården som avses i 3 § ska kunna erbjuda och ge tillgång till fast läkarkontakt. Vårdgivaren ska säkerställa god kontinuitet och tillgänglighet till fast läkarkontakt för 1. planerad och oplanerad medicinsk bedömning och samordning av patienternas vård, och 2. handledning och viss fortbildning av kommunens hälso- och sjukvårdspersonal.*

8.7.4 Uppgifter för alla fasta läkarkontakter

Utredningens förslag: En fast läkarkontakt till en enskild som är inskriven i kommunens primärvård ska ha i uppgift att delta i planeringen, samordningen och uppföljningen av patientens vård tillsammans med patientens fasta vårdkontakt, och i förekommande fall, andra berörda funktioner samt patienten och dennes närstående.

Det kan regleras i en ny bestämmelse i 4 kap. 6 d § hälso- och sjukvårdsförordningen.

SLS tillstyrker förslaget. Innebörden ligger helt i linje med allmänmedicinsk och geriatriskt arbetssätt och är eftersträvanvärt.

8.7.5 Medicinsk bedömning av läkare dygnet runt

Utredningens förslag: 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. Detta ska framgå av en ny bestämmelse i 13 a kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen.

SLS vill poängtera att en fast läkarkontakt aldrig kan förväntas vara tillgänglig dygnet runt, året runt. Därför finns det risker med att driva linjen om tillgänglighet till fast läkarkontakt för hårt. Det viktiga är att det finns specialistutbildade läkare som är villiga att åta sig det medicinska helhetsansvaret för en begränsad grupp av människor och vara deras fasta läkarkontakt över lång tid.

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

Självklart ska alla människor – oavsett ålder, socioekonomisk status eller bostadsort ha tillgång till medicinsk bedömning dygnet runt året runt. 1177 på telefon, ambulans, allmänläkare i beredskap, samt sjukhusens akutmottagningar och jourverksamheter är basen i akutsjukvården.

I målbeskrivningen för ST i allmänmedicin finns kunskapsmål för att säkerställa nödvändig kompetens för att hantera beredskapsjoursuppdrag.

Tillgänglighet till medicinsk bedömning nattetid kan säkras genom samverkan mellan sjuksköterskor i kommunal primärvård, hälsocentral och ambulans. Om en människa blir sjuk på jourtid kan en första bedömning göras av ambulans eller sjuksköterska i kommunen. Därför återkommer vi nu till hemsjukhuset i Borgholm: Om det inte behövs akut sjukhusvård direkt men det finns ett vårdbehov som kan hanteras dagtid, kan ambulansen boka hembesök av patientens fasta läkare dagen efter. På så

vis stärker man möjligheten till trygghet och relationskontinuitet och samtidigt missar/fördröjer man inte akut behov av sjukhusvård.

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

8.8 Stärkt medicinsk kompetens på ledningsnivå

8.8.4 Stärkt medicinsk kompetens på huvudmannanivå

Utredningens förslag: Det ska införas krav på en ledningsansvarig för primärvården i alla kommuner. Syftet är att säkerställa kommunens ansvar som huvudman för primärvård. Detta ska regleras genom en ändring av 11 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen.

Den ledningsansvariges kompetens och uppgifter kan regleras i nya bestämmelser, 4 kap. 6 b–c §§ hälso- och sjukvårdsförordningen.

Den ledningsansvarige ska vara sjuksköterska eller läkare. Denne ska ha specialistkompetens.

Den ledningsansvarige ska ha i uppgift att leda planering, samordning och uppföljning av kommunens primärvård.

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

”Hvad en sjuksköterska først af allt bör ha klart for sig, är att läkarens arbete är ett och hennes ett annat. Att diskutera om, huruvida det senare är lägre eller mindre värt än det förra, är alldeles ofruktbart: de äro helt enkelt alldeles olika”

Detta citat är hämtat ur biografien: En Kvinna, läkare! Doktor Karolina Widerström. Eva Blomberg (red.) 2021. Estrid Rodhe var sjuksköterskeföreningens första sekreterare. I ett postumt publicerat verk 1912, Ur sjukvårdens etik konstaterade hon att läkarens och sjuksköterskans arbete ”äro alldeles olika”.

Se även svaret från *Svensk förening för basal klinisk farmakologi* som lyfter fram läkemedelsbehandling.

8.8.5 Medicinsk ledningsfunktion i regionen

Utredningens förslag: Det ska införas krav på en ledningsansvarig på huvudmannanivå i alla regioner för planering, uppföljning och samordning av hälso- och sjukvårdsinsatser i kommunens primärvård. Detta ska framgå av en ny bestämmelse i 7 kap. 3 d § hälso- och sjukvårdslagen.

Den ledningsansvarige ska säkerställa att regionerna fullgör sitt huvudmannansvar för hälso- och sjukvård i den kommunala primärvården.

Den ledningsansvarige ska ha i uppgift att ansvara för samordningen av regionens medicinska insatser i kommunens primärvård samt svara för strategisk planering av läkarinsatser i kommunens primärvård i samråd med ledningsansvariga i kommunerna.

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

med att kompetensen för ledningsansvarig för kommunens primärvård föreslås regleras i författning.

För Svenska Läkaresällskapet

Tobias Alfvén
ordförande

Susanna Althini
ledamot i SLS nämnd

Bilagor:

Remissvar från SLS medlemsföreningar:

Svenska Infektionsläkarföreningen,
Svenska Neurologföreningen,
Svenska Smärtiläkarföreningen,
Svensk Förening för Allmänmedicin,
Svensk förening för basal och klinisk farmakologi,
Svensk Förening för Obstetrik och gynekologi,
Svensk förening för Otorhinolaryngologi, Huvud- och Halskirurgi
Svensk Medicinsk Audiologisk Förening
Svensk Njurmedicinsk Förening
Svensk Reumatologisk förening
Svensk förening för socialmedicin och folkhälsa

SLS delegation för medicinsk etik,
SLS ehälsokommitté

Här kommer Svenska infektionsläkarföreningens remissvar på SOU 2022:41 Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer ”

Svenska infektionsläkarföreningen (SILF) har tagit del av remissen och vår bedömning är att översynen av den medicinska kompetensen inom den kommunala äldre vården var nödvändig och att utredningen belyser området på ett bra sätt. Vi bedömer att föreslagna förändringar med ökad medicinsk kompetens på ledningsnivå kommunalt och regionalt kan komma att förbättra det medicinska omhändertagandet av äldre med snabbare tillgång till läkare, större kontinuitet och förbättrade medicinska prioriteringar. Det viktiga samarbetet mellan kommun och region kommer sannolikt att bli bättre.

Läkarinsatsen inom den kommunala primärvården är mycket viktig för att den äldre ska kunna få en god vård utan att behöva lämna boendet. På boenden finns ofta infektionskänsliga individer. Närheten mellan de boende kan utgöra en risk för spridning av smitta. Det är därför av stor vikt att en läkare finns med i den primära medicinska bedömningen för individens och gruppen bästa. Vi rekommenderar att man ännu tydligare betonar vikten av att läkaren på boendet har brytpunktsamtal med den äldre för att undvika inläggning på sjukhus när det inte är medicinskt eller etiskt befogat.

Yttrande från Svenska Neurologföreningen (SNF) på nedanstående:

Betänkande - Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner via SLS.

Diarienummer: SOU 2022:41

Nästa steg - Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer

Svenska Neurologföreningen (SNF) tillstyrker slutsatserna att det stigande antalet äldre inom den kommunala primära omsorgen behöver stärkt tillgång till läkare både i det direkta patientnära arbetet och på ledningsnivån. SNF tillstyrker de i kap 8 framtagna förslagen. De framarbetade förslagen ökar förutsättningarna för samarbete mellan regionens och den kommunala primärvården som också blir mer transparent.

SNF instämmer i att:

1. I dagsläget har regionerna bäst förutsättningar att som huvudman säkerställa en god tillgång till läkare även för patienter inom kommunens primärvård. Slutsats: Kommunernas möjlighet att utföra läkarinsatser bör därför inte utökas.
2. Det krävs förtydliganden i lag som klargör vilka krav som ställs på regionernas läkarinsatser i den kommunens primärvården med grundläggande krav på läkarinsatser i syfte att stärka kontinuitet, tillgänglighet och delaktighet i primärvården.
3. Det behövs tydliggörande av såväl huvudmannens som vårdgivarens ansvar och en förstärkt hälso och sjukvårdskompetens på båda dessas ledningsnivåer. Nuvarande reglering om medicinskt ansvarig sjuksköterska behöver ersättas med en reglerad ledningsstruktur med 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.

SNF välkomnar också att en regelbunden översyn av efterlevnaden av den nya omsorgslagen samt skapandet av en **”nationell omsorgsplan”** för gemensamt samarbete mellan regionerna och kommunernas primärvård inom hela landet.

På uppdrag av Svenska Neurologföreningens styrelse

2022-10-31

Ingela Nilsson Remahl

Doc, överläkare

Ordförande i Etik- och kvalitetsutskottet

Erik Lundström

Doc, överläkare

Ordförande i SNF

Remissvar från Svenska Smärtläkarföreningen, SSLF, avseende **SOU 2022:41**:

”Nästa steg.

Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer”

Styrelsen för Svenska smärtläkarföreningen, SSLF, ber härmed att få lämna synpunkter på ovan nämnda arbete. Styrelsen för SSLF anser att ”Nästa steg” **inte** belyser omfattning av smärta och problem, risker och svårigheter, med avseende på smärtbehandling av äldre individer på ett tillfredställande sätt.

Styrelsen för SSLF föreslår följande ändringar och tillägg:

1. Lägg ”långvarig smärta” till stycket med överskriften ”*Vanliga hälsoproblem av betydelse för äldre personers hälso- och funktionstillstånd*”. Samtliga av dessa nämnda vanliga hälsoproblem hos äldre är antingen förenade med långvarig smärta eller komplicerar behandlingen av smärta, sidan 100.
2. Lägg till ”Läkare skall konsulteras vid svårbehandlad och/eller långvarig smärta. Läkares uppgift utgörs av att genomföra och dokumentera anamnes, kroppsundersökning och smärtanalys, för att bästa möjliga smärtbehandling med planerad uppföljning ska kunna inledas” på sidan 202.
3. Lägg till ”Kunskapsbrister avseende smärta och smärtbehandling av äldre kan ofta föreligga och bör åtgärdas hos berörd personal” i anslutning till sidan 201 och infoga i stycket Kompetens sidan 226-228.
4. Lägg till: ”Farmakologisk smärtbehandling till äldre har visats ha liten effekt på gruppnivå men påtaglig risk för mer eller mindre allvarliga biverkningar och måste därför, liksom all annan läkemedelsbehandling följas upp noga (1)” i anslutning till sidan 104.
5. Lägg till Fråga/Bedömning om förekomst av smärta under rubriken Behovsbedömning i figur 7:2, sidan 326

Ad 1. Trots att majoriteten av de nämnda sjukdomarna och tillstånden som drabbar äldre kompliceras av långvariga, ofta svårbehandlade smärttillstånd som leder till låg livskvalitet och hög psykiatrisk samsjuklighet hos drabbade individer, finns inte långvarig smärta med på sidan 100 med överskriften ”*Några vanliga hälsoproblem av betydelse för äldre personers hälso- och funktionstillstånd*”. Långvarig smärta orsakas ofta av muskuloskeletala tillstånd, t. ex ledsjukdomar och ryggbesvär (2), som är några av de vanligare orsakerna för att söka primärvård (3,4). Smärta påverkar sömnen negativt (5), minskar fysisk förmåga, sociala aktiviteter och ökar risken för nedstämdhet och fall (6-8)

Ad 2. Vid sökning på ordet smärta i SOU 2022:41 nämns smärta vid tre (3) tillfällen på sidan 201 av sammanlagt över 500 sidors utredning. På sidan 201 anges smärta vara främst sjuksköterskans och fysioterapeutens ansvarsområde, men läkare skall konsulteras vid svårbehandlad och/eller långvarig smärta, som är tillstånd som kräver multiprofessionellt engagemang. Smärta är INTE enbart en omvårdnadsfråga som kan skötas av sjuksköterska och/eller fysioterapeut, hur kompetenta och oumbärliga dessa än är inom sina respektive områden.

Ad 3. Kunskapsbrist, hos personal, äldre individer och deras anhöriga avseende smärta och smärtbehandling, bidrar till otillräcklig behandling av smärta hos äldre.

Kunskapsbrister som beror på otillräcklig grundutbildning och vidareutbildning i smärta och smärtbehandling hos personal, inte minst läkare och sjuksköterskor vid de enheter som sköter våra äldre, bör åtgärdas (1). Dementa patienter lider av långvarig smärta i samma utsträckning som individer med normal kognitiv funktion, medan dementa patienter med långvarig smärta kräver betydligt mer omfattande kunskaper för diagnostik, utvärdering och smärtbehandling (9).

Ad 4. Äldre individer erbjuds vanligen endast smärtstillande medel trots att dessa på gruppnivå visar mycket liten effekt med hög risk för mer eller mindre allvarliga biverkningar (1), som kan kräva akutsjukvård. Farmakologisk smärtbehandling av äldre multisjuka utgör dessutom en kunskapslucka eftersom dessa individer vanligen exkluderas ur studier pga nedsatt organfunktion (1). Behandling med smärtstillande medel kan leda till allvarliga biverkningar som orsakar akutinläggning vilket nämns i stycket Kontext sidan 104, vilket är enda tillfället som farmakologisk smärtlindring nämns, trots att läkemedel ofta är det alternativ som erbjuds äldre patienter, oberoende av vad smärtanalys, om den genomförts korrekt enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, visar. Olämpliga läkemedel (hos en femtedel av patienterna) och avsaknad av dokumenterad läkemedelsgenomgång (hälften av patienterna) rapporterades i IVOs granskning av äldre patienter i särskilt boende (10)

Ad 5. Frekvensen av långvarig smärta är betydligt högre hos äldre (25-80 %, 11,12) än hos yngre (ca 20 %, 13) med de högre frekvenstalen, 80 %, hos multisjuka i gruppen äldre-äldre i särskilt boende. Om inte smärta aktivt efterfrågas respektive bedöms hos individer med otillräcklig språkförståelse och/eller nedsatt kognitiv funktion, finns risk för underdiagnostik och -behandling eftersom många äldre, deras anhöriga och även personal kan ha den felaktiga uppfattningen att smärta är en oundviklig del av normalt åldrande.

Lund den 28.10 2022

Styrelsen för Svenska Smärtläkarföreningen, SSLF/

Dagmar Westerling, docent, specialistläkare,

IKVL,

Lunds Universitet

Referenser

1. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) (2020). Läkemedelsbehandling av vanliga smärttillstånd hos äldre personer. SBU-rapport nr 315. ISBN 978-91-88437-57-0.
2. Blyth FM, Noguchi N. Chronic musculoskeletal pain and its impact on older people. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2017;31:160-8.
3. Sveriges Kommuner och Regioner. Nationellt Uppdrag: Smärta. På uppdrag av Nationell Samverkansgrupp för Kunskapsstyrning (NSK). Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner (SKR); 2016. Senast besökt 221003
4. Hasselström J, Liu-Palmgren J, Rasjo-Wraak G. Prevalence of pain in general practice. *Eur J Pain* 2002;6:375-85.
5. Pickering ME, Chapurlat R, Kocher L, Peter-Derex L. Sleep Disturbances and Osteoarthritis. *Pain Pract* 2016;16:237-44.
6. Reid MC, Williams CS, Gill TM. The relationship between psychological factors and disabling musculoskeletal pain in community-dwelling older persons. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:1092-8.
7. Leveille SG, Bean J, Ngo L, McMullen W, Guralnik JM. The pathway from musculoskeletal pain to mobility difficulty in older disabled women. *Pain* 2007;128:69-77.
8. Leveille SG, Jones RN, Kiely DK, Hausdorff JM, Shmerling RH, Guralnik JM, et al. Chronic musculoskeletal pain and the occurrence of falls in an older population. *JAMA* 2009;302:2214-21.
9. Westerling D. Åldersmässiga och kognitiva aspekter: demens, sid 196-206 i Werner & Bäckryd red. *Smärtmedicin volym 2*, Liber förlag, Malmö 2021.
10. www.ivo.se senast besökt 23.10.2022
11. Abdulla A, Adams N, Bone M. et al. Guidance on the management of pain in older people. *Age and Ageing* 2013;42 suppl 1:i1-i57.
12. Westerling D. Åldersmässiga och kognitiva aspekter: äldre, sid 186-195 i Werner & Bäckryd red. *Smärtmedicin volym 2*, Liber förlag, Malmö 2021.
13. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006;10:287-333.

REMISSVAR
2022-10-14

Svenska Läkaresällskapet
Susann Asplund

susann.asplund@sls.se

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

Remissvar Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)

Uppdraget

I uppdraget anges att "Pandemin blottlade strukturella brister i vården och omsorgen till äldre personer. Dessa problem har beskrivits och analyserats under lång tid. SFAM har tillsammans med många andra sedan mycket länge påpekat de strukturella bristerna i vården och omsorgen av äldre personer som pandemin blottlade. SFAM välkomnar en ny äldreomsorgslag vars syfte är "att stödja en äldreomsorg med likvärdigt god kvalitet och en äldreomsorg som utgår från individens förutsättningar, behov och delaktighet."

Utöver de strukturella bristerna pekar utredarna på att det finns förändrade behov och förutsättningar som motiverar behovet av en äldreomsorgslag. Exempel på förändringar är att de demografiska förändringarna med en ökad andel äldre, ökade behov och förväntningar på att få vara delaktiga och medskapande och ett allt större behov av medicinska insatser. SFAM har också sedan länge påpekat dessa förändringar och bristen på anpassning till förändringarna.

Lagen riktar sig framför allt till kommunerna som omsorgs- och vårdgivare, men även till regionernas ansvar för läkarinsatser. Lagen har en övergripande karaktär och ger utrymme till lokala anpassningar. SFAM bedömer att det är viktigt att lagen har en övergripande karaktär och inte styrande på detaljnivå. Lagen ska vara ett stöd för kvalitetsutveckling på verksamhets- och ledningsnivå inom kommuner och region. Lagen kan också vara ett stöd för den äldre personen och närstående för att kräva sina rättigheter.

SFAM vill särskilt kommentera några av lagförslagen

1. Det ska införas som mål för äldreomsorgen att den ska ha ett **förebyggande perspektiv** och inriktas på att vara hälsofrämjande och stödja enskildas funktionsförmåga samt vara tillgänglig (7.3.5). SFAM stödjer inriktningen, men anser att det måste förtydligas i lagtexten att "förebyggande perspektiv" för äldre med kommunal primärvård i första hand innebär att minska risker för undvikbara komplikationer och funktionsnedsättningar till exempel läkemedelsgenomgångar, anpassad fysisk träning och riskbedömningar och åtgärder för att minska t ex fall. Personer inom äldreomsorgen är ofta multisjuka i ett stadium där många vanligen förekommande förebyggande insatser inte är meningsfulla eftersom de inte har någon effekt. Att aggressiv medicinering i preventivt syfte inte bara kan vara meningslös utan direkt skadlig under den sista fasen i livet hos sköra individer.

- 2. Förbättrad kvalitet** i kommunernas vård och omsorg av äldre. I lagen föreslås att det ska upprättas en årlig kvalitetsberättelse (7.3.13) och att en förordning om en nationell ordning för kvalitetsutveckling inom äldreomsorg ska gälla för äldreomsorgen (NOK) (7.3.18). I 7.4.2 finns förslag på vad NOK ska omfatta och har fokus på omsorg. SFAM anser att det är viktigt att kvalitetskraven i kommunernas omsorg måste vara höga och följas upp. Det är också viktigt att den kvalitetsuppföljning inom vård som anges i HSL fullt ut ska tillämpas i kommunal primärvård för att kvaliteten ska bli hög och likvärdig med regional primärvård.
- 3. Primärvårdens ändrade uppdrag** (8.1). Primärvårdens uppdrag har vuxit i takt med att alltmer vård kan utföras utanför en vårdinrättning och utanför den specialiserade vården. "Definitionen av primärvård är dynamisk. Vad som är primärvård förändras över tid och kan även påverkas av regionala och lokala förutsättningar för hur vården behöver organiseras för att vara effektiv". Det medför att även kraven på kommunens hälso- och sjukvård har förändrats sedan ÄDEL-reformen. Patientgruppen och deras vårdbehov har vuxit i omfattning. SFAM tycker att det är viktigt att poängtera, precis som i lagförslaget, att det är primärvårdens uppdrag som har utökats. Ansvaret för behandlingar initierade av den specialiserade vården, förs ofta över till primärvården för fortsatt vård. Denna vård är sedan en del av primärvårdens ansvar och inte att betrakta som specialiserad vård. Detta förtydligande är också viktigt i samverkan med kommunerna som ibland hävdar att en del av vården som nuförtiden bedrivs utanför sjukhusen inte är primärvård utan specialistvård. Det är fortfarande otydligt i lagförslaget vad som menas med specialistvård i hemmet och om kommunens skyldigheter att medverka i specialistvård i hemmet. I lagförslaget föreslår man att en utredning tillsätts för att skapa klarhet i detta, men skriver också att det borde vara rimligt "att kommunens personal utför enklare insatser även om dess ordinerats av den specialiserade vården, under förutsättning att personalen har såväl kompetens som utrustning för detta." (8.2).

Primärvårdens ändrade uppdrag ökar också behovet av hög kompetens hos både dem som ska leda och de som ska utföra den kommunala omsorgen och både kommunal och regional primärvård något som kan behöva förtydligas ytterligare.

- 4.** Det finns flera förslag som innebär krav på **ökad medicinsk kompetens** och tillgång till medicinsk kompetens dygnet runt nära invånarna, samt ökad kontinuitet men även på ökad medicinsk, omvårdnads och rehabiliteringskompetens inom kommunernas verksamhetsledningar. SFAM har tidigare påpekat behovet av ökad kompetens såväl avseende omvårdnad, medicin och rehabilitering inom kommunernas hälso- och sjukvård. SFAM anser att dessa ökade krav är mycket viktiga för att den kommunala primärvården ska motsvara invånarnas behov och ha en möjlighet att bli högkvalitativ. Kompetensen måste öka på alla nivåer. Den hälso- och sjukvård som bedrivs av kommuner måste bli likvärdig med regionernas hälso- och sjukvård. Det är också viktigt med kontinuitet och såväl fast omsorgskontakt som fast vårdkontakt i kommunal primärvård är ett steg i rätt riktning.

5. Det föreslås att det på ledningsnivå inom såväl kommuner som regioner ska finnas en **ledningsansvarig** som tillsammans har till uppdrag att "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." (8.8.4 och 8.8.5) Den medicinskt ledningsansvarige inom regionen ska bl. a. ha till uppgift att säkerställa och samordna samma tillgång till läkare och specialiserad vård från regionen för personer inom kommunal primärvård som resten av befolkningen. Kravet på ledningsansvarig i region och kommun bör regleras i HSL. SFAM tror att kravet på hög medicinsk kompetens på ledningsnivå med uppdrag att ansvara övergripande för patientsäkerhet och kvalitet i äldreomsorgen är en nödvändig förbättring. Vad som menas med hög medicinsk kompetens behöver förtydligas när lagen ska sjösättas, att utveckla och driva kommunal primärvård kräver både medicinsk- och omvårdnadskompetens. Något som inte alltid går att kombinera hos en enskild befattningshavare. Precis som på verksamhetsledningsnivå kan ledningsansvarig i kommunen behöva omge sig med ett ledningsteam med olika former av hälso- och sjukvårdskompetens för att kunna fullgöra sitt uppdrag.

Kravet på att ta fram en gemensam plan för primärvården kommer att bidra till förbättrad strategisk samverkan och därmed förbättrad vård och omsorg för personer med kommunal primärvård. Regionernas primärvård och i viss mån kommunernas primärvård har såväl offentliga som privata utförare, vilket kan komplicera rollen som ledningsansvarig. Det måste bli tydligt vilket uppdrag och mandat den ledningsansvarige har för såväl privata som offentliga utförare och denna information ska finnas med i avtalen.

6. **Läkarinsatser i kommunens primärvård.** (8.3.4, 8.4, 8.7) I lagförslaget anser man att det krävs förtydliganden i lag (HSL) som klargör de grundläggande kraven på läkarinsatser i kommunens primärvård, i syfte att stärka kontinuitet, tillgänglighet och delaktighet i primärvården. SFAM har sedan länge påpekat behovet av förtydligande av omfattningen av och formerna för läkarmedverkan. I lagförslaget betonas det att arbetet med personer i kommunernas primärvård ska bedrivas av team. Teamet ska bestå av medarbetare i den kommunala primärvården och läkare från regionens primärvård, men kan utökas med fler medarbetare vid behov. SFAM tycker att det är mycket viktigt att arbetet sker i team och det bör förtydligas i den nya lagtexten. Kravet på att det ska utses fast läkarkontakt, fast vårdkontakt och fast omsorgskontakt och att de fasta vårdkontaktarna ska samverka är avgörande för att få till ett fungerande teamarbete.

SFAM uppskattar att man i lagförslaget exemplifierar läkarnas arbetsuppgifter och att det utöver direkt patientarbete även ingår handledning och fortbildning av personal i kommunens primärvård liksom planering och samordning. Enligt lagförslaget ska personer med kommunal primärvård ha en fast läkarkontakt och man betonar vikten av relationskontinuitet. SFAM tycker att det är ett viktigt förtydligande eftersom även om regionerna utser fast läkarkontakt så är det inte alltid liktydigt med relationskontinuitet. SFAM stöder utredningens förslag att patienten själv sak kunna bestämma om hen önskar fast vårdkontakt på den vårdcentral hen tidigare är listad på eller hos den vårdgivare som ansvarar för läkarinsatser till ett särskilt boende eller ordinärt boendet. Läkarens arbetsuppgifter exemplifieras.

7. Det kommunala primärvårdsansvaret (8.5). Det föreslås att uttrycket "hälso-och sjukvård" i tillämpliga fall ersätts med "primärvård". SFAM tror att användning av begreppet kommunal primärvård är bra för att tydliggöra att den hälso- och sjukvård som kommunerna bedriver enligt HSL ska ha samma kvalitet som regionernas primärvård. Invånare ska ha samma tillgång till högkvalitativ vård oavsett ålder och oavsett om de kan ta sig till en vård-/hälsocentral eller inte. I lagförslaget föreslås att begreppet hemsjukvård i ordinarie boende ska ersättas med kommunal primärvård i ordinarie boende. Utredarna har uppmärksammat att det framför allt är brist på tydliga krav på insatser i ordinarie boende. SFAM anser att det är bra att begreppet hemsjukvård och därmed även begreppet läkarmedverkan i hemsjukvård försvinner. SFAMs erfarenhet är att det numera vårdas patienter i ordinarie boende med minst lika stora medicinska behov som personer på SÄBO och de har också behov av tillgång till högkvalitativ och tillgänglig vård av team. Ändring av begreppet ändrar dock inte verkligheten.

8. Vårdbehov i kommunens primärvård (8.5.4). "Omfattningen av hälso- och sjukvård som ger i ordinarie boende varierar mellan kommuner. I praktiken kan den i princip omfatta alla åldersgrupper, men det är fler kommuner som har tagit över ansvar för hemsjukvård till äldre personer än till övriga befolkningen. Vanligen tillämpas en s. k. tröskelprincip, som innebär att det ofta är personer vilka har svårt att själv ta sig till en vård- eller hälsocentral som får kommunal hälso- och sjukvård i ordinarie boende." I utredningens bedömning står det att "stärkt tillgång till hälso-och sjukvård bör gälla alla som är inskrivna i kommunens primärvård." Inskrivna i primärvård avser personer i särskilda boenden och de som har kommunal primärvård i ordinarie boende. SFAM anser att det fortfarande är otydligt när en person omfattas av kommunens primärvård i ordinarie boende. SFAMs erfarenhet är att kommunernas bedömningar ofta varierar mycket när det definieras vilka personer som ska omfattas av hemsjukvård och att det ofta finns ekonomiska aspekter bakom besluten och inte personernas behov. SFAM saknar ett förtydligande om vilka personer som har rätt till kommunal primärvård för att minska risken för att tolkningarna kommer att variera mellan kommuner och blir beroende av kommunernas ekonomiska situation och inte personens behov.

Det är inte sällan ett bekymmer i verkligheten, när kommunen äger tolkningsföreträde ("individens behov inte HSV") medan individen själv och kanske vederbörandes allmänläkare eller distriktsköterska är av motsatt uppfattning ("HSV vore bra").

9. Andra faktorer som är kritiska för att både medicinsk vård, omvårdnad, rehabilitering och omsorg ska fungera, men som ligger utanför uppdraget för denna utredning, är

- Bemanning - och kompetensförsörjning och att behålla personal. Det är något som är ett problem både i den kommunala omsorgen och i kommunal och regional primärvård. Utredningen Våga välja vård och omsorg har berört dessa frågor och tanken på en kompetensnivå motsvarande undersköterska för dem som arbetar i omsorgen tar också upp detta. De som arbetar med bemanning och kompetens inom primärvården brottas med liknande problem, vilket uppmärksammas brett. När det gäller Hälso- och sjukvård styrs den av HSL som slår fast att behovet ska styra hur resurserna används vilket borde kunna vara grund för att den här gruppen tilldelas de resurser som behövs även i en bristsituation. Men

det är viktigt att ekonomisk ersättning och inriktningsbeslut (som t.ex. 1 primärvårds-läkare/1100 listade) pekar i samma riktning om lagförslaget ska vara genomförbart i praktiken.

- att läkare och sjuksköterskor inte har gemensam HSL – journal vilket innebär en stor medicinsk risk. Det finns idag inga lagliga hinder för detta. SFAM vill at det ska finna gemensam HSL journal.

För Svensk förening för allmänmedicin

Magnus Isacson
Ordförande

2022-10-31

Yttrande gällande slutbetänkandet SOU 2022:41 Nästa steg - Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer

Styrelsen för Svensk förening för basal och klinisk farmakologi (SFBKF) har tagit del av slutbetänkandet SOU 2022:41 och har fokuserat våra kommentarer gällande delar som handlar om läkemedelsbehandling i kapitel 8.

Sammanfattning

SFBKF instämmer i betänkandets beskrivelse av aktuell situation i äldreomsorgen samt målet att förbättra dess kvalitet. Betänkandet nämner brist på kunskap och brist på utbildad hälsopersonal som de största utmaningar. SFBKF anser att de föreslagna åtgärderna är lämpliga men otillräckliga. Mer kan och bör göras för att uppnå målet om förbättrad hälsovård för äldre. De två mest effektiva åtgärder är att 1) öka kunskap om läkemedel hos läkarna, och b) reducera kompetens- och resursbristen genom att frigöra arbetstid.

Specifika synpunkter på utredningens förslag

s. 104: "Enligt IVO är felaktig läkemedelsanvändning en av de vanligaste orsakerna till att patienter skadas i vården."

SFBKF instämmer i detta men anser att huvudorsaken bör tydliggöras, vilket vi menar är den otillräckliga läkemedelskunskapen hos de som skriver ut läkemedel till äldre – dvs läkarna. Det är universitetens uppgift att utbilda läkare med tillräcklig kunskap om läkemedel och det har påpekats i åratal av flera, inkl. läkarstudenter, att utbildningen i det hänseende är otillräcklig. Läkemedelslära (farmakologi) bör få mycket större vikt i läkarutbildningen än vad den har idag. Detta bör kunna åtgärdas med att mer tid avsätts för farmakologiundervisning inom läkarprogrammen, samt krav på konstant vidareutbildning för legitimerade läkare.

s. 342: "I takt med nya vårdbehov och ny kunskap, växer behovet av andra medicinska kompetenser, såsom t.ex. dietister, farmaceuter, kuratorer och psykologer, som nödvändiga för att fullgöra kommunens primärvårdsuppdrag."

SFBKF anser att det här inte bara bör nämnas yrkesgrupper utan de faktiska kompetenserna som saknas, till exempel läkemedelsförskrivning och -hantering.

s. 344: "Fler hälso- och sjukvårdsinsatser behöver utföras av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Den snabba kunskapsutvecklingen innebär att personalen behöver kontinuerlig fortbildning för att kunna erbjuda bästa tillgängliga hälso- och sjukvård."

SFBKF instämmer i detta.

s. 346: "Oavsett vilket utrymme det finns för kostnadsökning inom äldreomsorgen i framtiden kommer befintliga resurser behöva användas mer effektivt. Kommuner behöver därför arbeta mer med styrning för att säkerställa att vård och omsorg ges efter behov och löpande följa upp verksamhetens resultat i detta avseende."

SFBKF instämmer i att befintliga resurser behöver användas mer effektivt men är fullständigt oenig i att detta mål kan nås med mer styrning då all erfarenhet visar att mer styrning betyder att mer av hälsopersonalens tid går åt dokumentation och mer av resurserna går åt att anställa administratörer. SFBKF anser att hälsopersonal bör få mer tid till patientnära arbete för att a) reducera dokumentationsarbetet, och b) låta så mycket som möjligt av dokumentationsarbetet utföras av stödpersonal/administratörer.

s. 351: "Bemanningen och hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens är inte tillräcklig."

SFBKF instämmer i detta påstående och vill lägga till att dessa brister kan minskas genom att reducera hälsopersonalens dokumentations- och administrationskrav. Det är inte ovanlig att mer än 50 % av hälsopersonalens arbetstid ägnas åt dokumentation.

s.361: "I våra dialoger anges ofta resursbrist som en förklaring till brister i tillgången till läkare."

SFBKF anser att dessa brister kan minskas signifikant genom att reducera dokumentations- och administrationsarbetet för läkare.

s. 374: "Att vara huvudman för den högsta medicinska kompetensen ställer krav på en robust infrastruktur för att attrahera, upprätthålla och utveckla kompetensen. Det inkluderar bl.a. tillgång till vetenskapliga källor, kollegialt lärande, forsknings- och utvecklingsmöjligheter, fortbildning m.m., men även kapacitet att säkerställa nödvändig jourverksamhet, vikarier vid utbildning, semester etc."

SFBKF instämmer i detta och anser att stadigt ökande krav på dokumentation, administrativt arbete och detaljstyrning är i högsta grad kontraproduktivt i detta hänseende.

s. 440: Läkarsatser, handledning och fortbildning av hälso- och sjukvårdspersonal


SFBKF instämmer i att detta är ett viktigt element för att förbättra kvaliteten i äldreomsorgen. Ett av de mest centrala områden där det krävs sådana insatser är läkemedelsförskrivning och -hantering. Här kan och bör inte bara läkare med specialkunskap - kliniska farmakologer - utan även kliniska farmaceuter involveras.

s. 446: Kap. 8 Stärkt medicinsk kompetens på ledningsnivå

SFBKF instämmer i att den medicinska kompetensen på ledningsnivå måste stärkas och föreslår att, eftersom läkemedelsbehandlingen har en så central roll i äldreomsorgen, varje kommun bör ha en person som överser läkemedelsanvändningen i sin primärvårdsledning. Detta bör helst vara en läkare, till exempel en specialist i klinisk farmakologi, alternativt en klinisk farmaceut.

Styrelsen för Svensk förening för basal och klinisk farmakologi,

genom



Stig Jacobsson, ordförande

Från: [Michael Algovik](#)
Till: [Susann Asplund](#)
Ärende: Angående remissen SOU 2022:41 Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer
Datum: den 6 oktober 2022 08:58:01
Bilagor: [image001.png](#)

Hej.

SFOG anser att ansatsen att stärka tillgången till läkare för äldre är mycket god, men vi har i övrigt inga specifika synpunkter på remissen att anföra.

Med vänlig hälsning - Best regards

Michael Algovik
Ordförande - President
Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi
Swedish Society of Obstetrics and Gynecology
Box 738, 101 35 Stockholm, Sweden
Visiting address: Klara Östra Kyrkogata 10, Stockholm





Remissvar från SFOHH på remiss SOU 2022:41 Nästa steg - Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer

Svensk förening för Otorhinolaryngologi, Huvud- och Halskirurgi (SFOHH) har tagit del av remissen och har följande kommentarer:

8.1.1 Vad är primärvård?

"I takt med nya vårdbehov och ny kunskap, växer behovet av andra medicinska kompetenser, såsom t.ex. dietister, farmaceuter, kuratorer och psykologer, som nödvändiga för att fullgöra kommunens primärvårdsuppdrag."

SFOHH vill tillägga viktighet av ökad tillgänglighet till audionomer. Det är idag brist och på flera platser lång väntetid till hörselrehabilitering. Ökande ålder i befolkningen vill samtidigt ge ett ökat behov av hörselrehabilitering framöver.

8.8.1 Den medicinska kompetensen behöver förstärkas

"Utredningens bedömning: Det behövs tydliggörande av såväl huvudmannens som vårdgivarens ansvar och en förstärkt hälso- och sjukvårdskompetens på båda dessa ledningsnivåer.

Nuvarande reglering om medicinskt ansvarig sjuksköterska behöver ersättas med en reglerad ledningsstruktur som kan bidra till att förstärka hälso- och sjukvårdskompetensen hos såväl huvudman som vård- givare i kommunens primärvård.

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."

SFOHH ställer sig positiv till utredningens bedömning. Vi anser att den medicinska kompetensen behöver förstärkas. Vi ser idag problem med för låg medicinsk kompetens på ledningsnivå och att det i dag är knappt någon läkare på chefsposition i hälso- och sjukvården.

För SFOHHs styrelse, 2022-10-29

Lovisa Farnebo, ordförande

Torbjörn Lindem, facklig sekreterare



Svensk Medicinsk Audiologisk Förening

2022/10/31

Linköping

Till Svenska Läkaresällskapet,

Angående remissvar till SOU remiss 2022:41 Nästa steg Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer

I egenskap av vetenskaplig sekreterare av Svensk medicinsk audiologisk förening (SMAF) svarar till remissen efter diskussion med styrelsen.

Vår uppfattning är att utöver den grundläggande kunskaper behöver personal som arbetar med hörselskadade äldre ha praktisk kompetens för att kunna ge basalt tekniskt stöd. Personalen bör kunna bidra till hörselanpassad ljudmiljö i boendet och anpassa sig till kommunikationsbehov hos hörselskadade äldre.

Hälsningar,

Sumru Keceli MD PhD

SMAF vetenskaplig sekreterare

Sumru.keceli@regionostergotland.se

073-8431856

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

Detta är en utredning som vi inom Svensk Njurmedicinsk Förening (SNF) välkomnar. Att hälso- och sjukvårdslagstiftningen förstärks så att kvalitet och tillgänglighet förbättras för personer som får kommunal hälso- och sjukvård, är något som vi har efterlyst länge. Särskilt ett personcentrerat förhållningssätt.

Det är därför lite bekymmersamt att hemdialys inte nämns i utredningen, särskilt assisterad peritonealdialys (PD) i hemmet/eller på SÄBO – ett utmärkt exempel på personcentrerat förhållningssätt.

Inom dialysvården ser vi potentiellt allvarliga effekter av avsaknad av en sammanhållen styrning. Vi har ett övergripande mål i Sverige att satsa på hemdialys så långt det är möjligt. Det omfattar både hemhemodialys och PD. Fragmenteringen blir särskilt tydlig avseende tillgången till assisterad PD. På vissa håll i landet finns det en väl utbyggd assisterad PD, som sköts i samarbete mellan njursjukvården och den kommunala hemsjukvården, medan andra regioner och kommuner har valt att inte införa detta samarbete.

Grundprincipen är ju att de som behöver hälso- och sjukvård i hemmet ska få den av kommunen, medan de som kan ta sig till en vårdcentral får vård av regionen. Hemsjukvård ska vara ett kommunalt ansvar, specialiserad hemsjukvård ska vara regionernas ansvar.

I Sverige finns det nationella föreskrifter från Socialstyrelsen som definierar vad som avses med egenvård inom hälso- och sjukvården. En definition av egenvård som ofta används är ”En hälso- och sjukvårdsåtgärd som en legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården bedömt att en person själv kan utföra eller utför med hjälp av någon annan”.

P g a mycket olika förutsättningar för assisterad PD i landet råder det tyvärr alltså fortfarande stora regionala skillnader, vilket åskådliggörs i detta diagram som bygger på data från Svenskt NjurRegister (SNR) 2021:

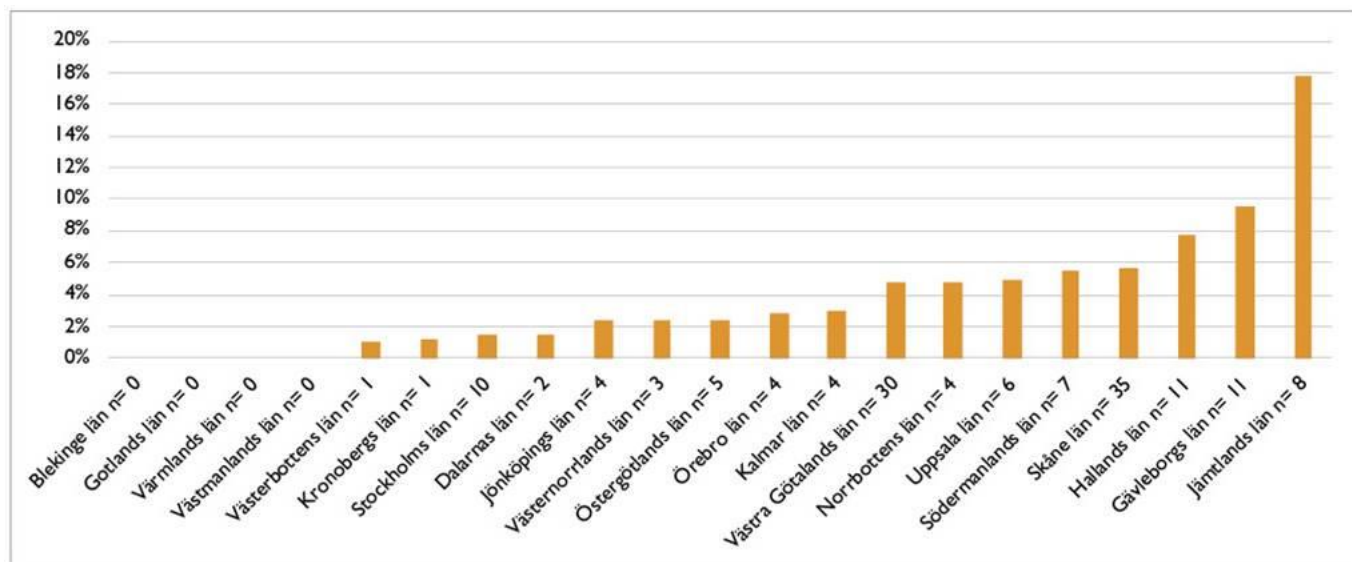


Fig 5. Andel patienter i assisterad PD av alla patienter i dialys i olika län (antal patienter i assisterad PD)

Evidensläget är gott. PD erbjuder minst lika bra överlevnad som hemodialys (HD) under åtminstone de första tre åren i dialys och assisterad PD erbjuder bättre resultat än om dessa patienter själva skulle försöka sig på att sköta PD-behandlingen. Eftersom komorbiditeten vanligen är ökad i gruppen som får assisterad PD så kommer ofta även behovet av ökad slutenvård att vara högre än i en mer

autonom kontrollgrupp. Detta skulle säkerligen i ännu högre grad gälla om dessa patienter behandlades med HD.

Avslutningsvis konstaterar vi inom SNF att det är märkligt att vi i Sverige fortfarande tillåter oss att erbjuda ojämlig vård när det kommer till assisterad PD och vi hyser stora förhoppningar att den nu föreslagna äldreomsorgslagen kommer att ändra på detta missförhållande.

För styrelsen, Svensk Njurmedicinsk Förening,

Anders Fernström

Verksamhetschef, överläkare, docent
Ordförande, Svensk Njurmedicinsk Förening
Njurmedicinska kliniken, Medicincentrum
Universitetssjukhuset, Linköping
Tel: 010-1030000



Svensk Reumatologisk Förening

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

Svensk Reumatologisk Förening (SRF) instämmer i att det föreligger stora brister i äldreomsorgen/vården av äldre och att den behöver stärkas både ur ett omvårdnads och medicinskt perspektiv.

SRF styrelse anser inte att förslagen i utredningen kommer att leda till en tillräckligt god och jämlik äldrevård och omsorg med två ansvariga huvudmän utan föreslår att all vård och omsorg av äldre bör ligga under regionernas huvudmannans ansvar. Med en huvudman vars uppdrag och ansvar tydligt reglerat i hälso- och sjukvårdslagen kan både kvaliteten i den medicinska kompetensen och omvårdnaden säkras och stärkas.

SRF styrelse är tveksam till att äldreomsorgens arbete ska fokusera på att vara ”förebyggande och hälsofrämjande”. Detta behöver förtydligas med vilka grupper av äldre personer där evidensbaserade, förebyggande och hälsofrämjande åtgärder förväntas ge önskad effekt.

I övrigt var god se kommentarer under respektive avsnitt:

8 Stärkt primärvård i kommuner

8.4 Ansvar för läkarinsatser

8.4.1 Kommunens möjlighet att utföra läkarinsatser bör inte ändras

SRF styrelse håller med om att regionerna har bäst förutsättningar att som huvudman organisera, säkerställa tillgången och leda läkarresursen för en god och jämlik primärvård men anser att huvudmannaskapet för primärvård i kommunen bör flyttas tillbaka till regionerna.

8.7 Stärkt tillgång till läkare

SRF styrelse håller med om att nuvarande avtalssamverkan mellan kommuner och regioner försvårar genomförandet av viktiga hälso- och sjukvårdsreformer och utgör en grundläggande orsak till att läkarinsatsen brister och varierar mellan och inom kommuner. Därför är det viktigt att hela ansvaret flyttas till en och samma huvudman som har de bästa förutsättningar för att eliminera bristerna och stärka läkarkompetensen och medverkan inom äldrevården.

8.8 Stärkt medicinsk kompetens på ledningsnivå

SRF anser att svårigheter i tolkning och efterlevnad av nya föreskrifter och överenskommelser kommer att kvarstå eller nya utmaningar uppstår om utredningens förslag fastställs och implementeras framöver.

För Svensk Reumatologisk Förenings styrelse

Västerås 2022-10-22



Milad Rizk
Facklig sekreterare

Remissvar från Svensk förening för socialmedicin och folkhälsa angående

Betänkande av Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer, SOU 22:41

Vi menar att detta är en mycket viktig utredning och stödjer till fullo utredningens grundansats vad gäller insatser för ökad kvalitet och mötande av brister i och utmaningar för äldreomsorgen, genom tydligare ansvarsfördelning, ökad medicinsk kompetens, stärkt kontinuitet och inte minst prioritering av hälsofrämjande och förebyggande insatser samt utvecklat stöd till anhöriga.

Dock ser vi två begränsningar.

1. Jämlikhet i vården omtalas primärt i relation till skillnader *mellan* kommuner, inte *inom* kommuner eller mellan sociodemografiska grupper – exempelvis utifrån socioekonomisk status, etnicitet/födelseland eller kön. I avsnittet om utredningens kontext omnämns sociodemografiska skillnader i hälsa på ett allmänt plan och i relation till digital vård. Gällande utredningsförslaget om ett informationskrav noteras att detta kan bidra till att jämna ut ojämlikheter mellan mer och mindre resursstarka individer, samt även bidra till upplevelser av ett mer respektfullt bemötande. Utöver detta innehåller utredningen lite eller inget om hur sociodemografiska ojämlikheter i tillgång, kvalitet och utfall av vård och omsorg mellan grupper av äldre ska uppmärksammas mätas, beaktas vid utveckling av insatser eller följas upp.

Vi vill se ett tydligt förslag till hur sociodemografiska ojämlikheter i tillgång, kvalitet och utfall av vård och omsorg mellan grupper av äldre ska mätas och beaktas vid uppföljning av verksamheten.

2. Viktiga delar av utredningens förslag fokuserade på förbättringar gällande arbetsmiljö, bemanning och kompetens, genom krav på befattningar med lednings- och kvalitetsansvar samt på upprättande av årliga kvalitetsberättelser. Detta svarar mot problem såsom hög personalomsättning samt chefsansvar för stora antal medarbetare. Dock uppvisar förslagen en relativ avsaknad av specifika kriterier eller mål som ska visas ha uppfyllts i dessa årliga kvalitetsberättelser, samt av en tydlig bild av hur måluppfyllelse eller bristande sådan ska följas upp. Detta kan avsevärt minska utredningsförslagets genomslagskraft och avsedda effekter.

Vi vill se ett tydligt förslag på specifika kriterier och mål i de årliga kvalitetsberättelserna vad gäller arbetsmiljö, personalomsättning, sjukfrånvaro, etc.

För styrelsen för Svensk förening för socialmedicin och folkhälsa

Anna Sarkadi (ordförande), Maria Wemrell och Margareta Kristenson (styrelseledamöter)

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

Ett intressant och välskrivet betänkande som tar avstamp i de aktuella bristerna i äldreomsorgen, vilka blev tydliga under covidpandemin men har funnits även tidigare och i viss mån undergrävt samhällets förtroende för äldreomsorgen.

Etikdelegationen har få invändningar mot de föreslagna paragraferna, men omfattande generella synpunkter på hur lagförslaget hanterar äldreomsorgens brister och centrala problem.

Synpunkter på enskilda paragrafer

1§ Samtidigt som det är viktigt att lyfta fram särskilda behov hos äldre, kan det bli problematiskt med en avgränsning på gruppnivå och endast utifrån ålder (över 65 år). Visserligen står det att detta även gäller personer ”som inte fyllt 65 år, när insatser inom äldreomsorgen är ändamålsenligt med hänsyn till personens behov av stöd och hjälp” men det blir ändå en oklar gränsdragning vilka som ska omfattas av denna nya lag om äldreomsorg och vilka som omfattas av enbart SoL/HSL.

5§ Begreppet *värdigt liv* bör förtydligas. Värdigt enligt vem och på vilket sätt? Uppfattningen om vad som är ett värdigt liv kan skilja sig betydligt åt mellan olika personer och att inkludera det i en lagtext kan göra tillämpningen svår. Vems uppfattning av värdighet ska gälla – den äldre som bor kvar i sitt hus som håller på att falla ihop men upplever livsmening i att bo kvar trots den ”misär” som utifrån sett råder? Begreppet välbefinnande är bra – förutsatt att det är utifrån personens egen uppfattning.

25§ Det betonas att det ska finnas omsorgspersonal som talar de nationella minoritetsspråken, men det står inte så mycket om behovet av andra kulturella och språkliga tillgångar i vården, något som kan vara nog så viktigt. Behovet av anpassad kommunikation tas upp, men mest med exemplet skriftlig information. Det kan finnas många andra behov av anpassad kommunikation för att möta olika behov.

Generella synpunkter och övergripande kommentarer

Flera angelägna punkter tas upp i betänkandet, som ökad tillgänglighet, ökad tillgång till medicinsk kompetens inom primärvården, likvärdighet och personcentrering. Att arbeta hälsofrämjande, förebyggande och med individens förutsättningar och behov som utgångspunkt är viktiga mål. Betoningen på individens delaktighet och självbestämmande i vården är också bra.

Men äldreomsorgen styrs av flera olika lagar som redan har många skrivningar i syfte att åstadkomma trygghet, säkerhet och kontinuitet. Där finns paragrafer om fast omsorgskontakt, vårdkontakt, läkarkontakt, delaktighet och personcentrerad vård. Ändå finns i verkligheten ett välkänt glapp, där äldre multisjuka inte får den kontinuitet som i sig själv är bevisat hälsofrämjande och förebyggande, och på gruppnivå minskar sjukdom, död och därmed även stora kostnader för samhället. Varför har vi inte redan lyckats med kontinuiteten? Personalbrist är en avgörande faktor. Hur kan ytterligare krav och nya administrativa roller lösa det problemet?

Betänkandet tar upp begreppet nära vård, och understryker vikten av samordning och samverkan mellan olika vårdformer. Samtidigt betonas skillnaden mellan primärvård och specialiserad vård. Den uppdelningen riskerar att inte möta de komplexa vårdbehov som kan finnas hos äldre, och i stället resultera i ett stuprörstänkande. Utgår man från en persons

behov av vård uppstår ofta gränssituationer där båda vårdformerna behövs. Flera hamnar ”mellan stolarna” när de har behov som överstiger primärvårdens kapacitet och den specialiserade hälso- och sjukvården inte har resurser för dem.

Här kan till exempel sjukhusbaserade mobila team ha en roll, men samverkan är fortfarande svår mellan olika huvudmän.

Även fortsatt uppdelning mellan kommunal primärvård och omsorg och läkares regionala tillhörighet kan skapa problem. Där finns redan glapp, och det är svårt att se att det nya lagförslaget kommer åt det.

Till grund för alla frågor som lagförslaget försöker adressera ligger det centrala behovet av fungerande teamarbete och kommunikation.

För att arbeta teambaserat och personcentrerat med kontinuitet behövs tillräckligt mycket personal som tillhör samma organisation och som jobbar kvar. Ett stort problem i äldreomsorgen är att personalen tillhör olika organisationer och dessutom lyder under olika lagar (HSL respektive SoL). Dessutom kräver effektiv teamkommunikation direkta relationer mellan olika teammedlemmar, vilket försvåras av att läkaren tillhör regionen. Betänkandet hanterar inte detta problem. Fler administrativa roller är inte lösningen.

Det är särskilt viktigt att framhäva behovet av likvärdig tillgång till palliativ vård i den äldre befolkningen, oberoende av boendeform och kommuntillhörighet. Detta står med i betänkandet, men hade kunnat lyftas ännu tydligare.

Tillgång till medicinskt kompetent personal dygnet runt lyfts fram som en viktig aspekt. Tillgången ska vara ”teknikneutral”. Det står inte i lagförslaget men till exempel i författningskommentaren till *Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)* 13 a kap. 2 §. Vad innebär det i praktiken? Digital vård lyfts fram som en möjlighet att göra vård tillgänglig dygnet runt. Men digitala lösningar kan vara utmanande för äldre multisjuka personer med stort vårdbehov. Hur avgörs vad som är rimligt? Och av vem? Här skulle också ökad samverkan mellan mobila vårdteam och sjukhusteam kunna betonas, för att om möjligt möta behoven på plats i stället. Det är inte bara ett primärvårdsansvar utan kan också involvera specialiserad hälso- och sjukvård.

Slutligen tas ekonomiska och andra konsekvenser upp. För att öka antalet allmänläkare och geriatriker behöver området vara attraktivt. Då krävs sannolikt omfattande utbildnings- och rekryteringsinsatser. Detsamma gäller övriga personalgrupper inom vård och omsorg. Nya samverkansformer mellan primärvård och specialiserad hälso- och sjukvård kanske gör området mer lockande för nya läkare, men här finns mycket kvar att göra.

eHälsokommittén

Förslag på remissvar: Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer (SOU 2022:41)

Sammanfattning

Regeringen beslutade i december 2020 om att tillsätta en utredning med uppdrag att föreslå en äldreomsorgslag samt lämna förslag som stärker tillgången till medicinsk kompetens inom äldreomsorgen (dir. 2020:142). Äldreomsorgslagen skulle innehålla bestämmelser kring en nationell omsorgsplan samt en definition för äldreomsorg.

Utredningen lämnar förslag som stärker ett personcentrerat arbetssätt, lyfter förebyggande och rehabiliterande insatser, inför krav på uppföljning av äldreomsorgens insatser och kvalitet, förtydligar ledarskapet inom den kommunala hälso- och sjukvården mellan huvudman och vårdgivare och inför grundläggande krav kring medicinsk kompetens inom äldreomsorgen. Utredning föreslår också att en ny utredning ser över formerna för samverkan mellan den kommunala primärvården och den specialiserade vården. Sammantaget ska förslagen underlätta för omställningen mot en god och nära vård.

Utredningen innehåller många bra förslag som stärker omställningen till en god och nära vård, förtydligar krav på uppföljning och att samverkan mellan den kommunala primärvården och den specialiserade vården behöver förtydligas. Utredningens bedömning om att ansvarsfördelningen mellan huvudman och vårdgivare behöver bli tydligare är rimlig men personer i ledningsfunktion bör få sitt uppdrag och mandat från ansvarig huvudman eller vårdgivare och inte från lagstiftaren.

Varken den föreslagna definitionen för äldreomsorg eller att en särlagstiftning är ändamålsenligt men många nya formuleringar i äldreomsorgslagen bör tas med i arbetet med en ny socialtjänstlag. Det vore också värdefullt om det i socialtjänstlagen infördes en bestämmelse om att socialtjänsten ska arbeta för att förebygga ohälsa. Det skulle då bli ett delat uppdrag med hälso- och sjukvården och skulle underlätta omställningen till god och nära vård.

Bakgrund

Regeringen beslutade den 22 december 2020 om att tillsätta en utredning med uppdrag att föreslå en äldreomsorgslag som definierade vad äldreomsorg är samt lämna förslag på en nationell omsorgsplan för äldreomsorgen. **Utredningen skulle också lämna förslag som stärker tillgången till medicinsk kompetens inom äldreomsorgen och ta ställning till om kommunerna bör ta över huvudmannaskapet för läkarinsatserna** (dir. 2020:142). Uppdraget gavs mot bakgrund av framförallt tre rapporter och utredningar.

Coronakommissionens utvärdering av äldreomsorgen under pandemin lyfter flera brister som har varit kända under flera år med som blivit extra tydliga under pandemin. Kommissionen efterfrågar bättre styrning av äldreomsorgen, bättre samordning med regionerna, ökade

möjligheter till medicinska insatser, ökad kompetens inom äldreomsorgen, kommunanställda läkare och bättre förutsättningar för äldreomsorgens chefer.

Utredningen ”Vilja, välja vård och omsorg” (SOU XXX) lyfte vikten av goda förutsättningar för personal och chefer inom vård och omsorg samt rekommenderade att regeringen skulle inrätta ett nationellt kompetenscentrum för äldreomsorgen. Ett nationellt kompetenscentrum för äldreomsorgen invigdes vid Socialstyrelsen i augusti 2022.

Utredningen ”En hållbar socialtjänst” fick i uppdrag och modernisera socialtjänstlagen och åter göra den till mer av en ramlag. Utredningen skulle också ta ställning till en särlagstiftning för äldreomsorgen och avstyrkte ett sådant förslag. Utredning lämnade sitt slutbetänkande 2020 och har genomgått en remissrunda, men det har ännu inte resulterat i en färdig proposition.

Sammanfattning

Definitionen för äldreomsorg är inte ändamålsenlig. Utredningen föreslår att äldreomsorg ska definieras som *”stöd och hjälp i den dagliga livsföringen på grund av nedsatt funktionsförmåga som förvärvats eller kvarstår i samband med åldrande för personer som fyllt 65 år”*. Vidare föreslår utredningen att äldreomsorg även kan omfatta personer under 65 om när det är ändamålsenligt.

Att ha en åldersgräns som ändå inte ska gälla som åldersgräns fyller ingen funktion och **åldersgränsen bör slopas**. Utan åldersgräns stämmer utredningens definition in på begreppet ”skörhet” som används inom hälso- och sjukvården och som ska fånga biologiskt åldrande till skillnad från kronologiskt åldrande. **Skörhet har betydligt starkare korrelation till behov av insatser inom äldreomsorg och död än ålder.**

Det vore bra att kunna definiera den äldre befolkningen för att särskilt kunna rikta förebyggande, funktionsbevarande och hälsofrämjande åtgärder mot denna population och på så sätt undvika eller fördröja behovet av äldreomsorg. Därför bör en definition av begreppet ”äldre” införas. Begreppet ”äldre” kommer fortfarande förekomma i socialtjänstlagen. Definitionen bör omfatta en åldersgräns på 65-67 år. Att definiera en äldre person eller den äldre befolkningen är viktigt, och bör fortsatt vara en av de särskilda grupperna som definieras i 5 kap socialtjänstlagen. **Denna grupp har högre risk att utveckla ohälsa, vid övergången från arbetsliv till pensionärliv samt i samband med ett kronologiskt åldrande.**

En särlagstiftning tycks inte ändamålsenlig. Många av föreslagna formuleringar bör tas tillvara i utformningen av en ny socialtjänstlag och det bör även övervägas om en del av dem borde gälla socialtjänsten i stort. Det saknas dock förslag på hur det hälsofrämjande arbetet på befolkningsnivå ska bedrivas i samverkan med region, äldreomsorg och övrig socialtjänst vilket är en viktig del i omställningen till en nära vård. Lagstiftaren bör överväga om **socialtjänsten ska dela mål med hälso- och sjukvården i att arbeta för att förebygga ohälsa, då hälsa definieras som fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande**, och inte endast frånvaro av sjukdom eller skada. Samarbete över huvudmannagränser underlättas av gemensamma mål.

Det är bra om verksamhetschefen får ett helhetsansvar men det bör även ske anpassningar i socialtjänstlagen vad gäller organisationsstruktur då den som är verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen också bör vara motsvarande enligt socialtjänstlagen. I socialtjänstlagen finns inga andra organisatoriska enheter definierade inom äldreomsorg än ”socialnämnden”.

I övrigt bör lagstiftaren eftersträva mindre detaljreglering kring de föreslagna ledningsfunktionerna. Principen bör vara att ansvarig på vårdgivar- eller huvudmannanivå själv får avgöra vilka ledningsfunktioner som behövs för att kunna fullgöra ansvaret som följer enligt gällande lagar och förordningar.

Förslag till ställningstagande:

- **avstyrker** förslaget 7.3.1 *Det behövs en särskild lag*
- **tillstyrker delvis** förslaget 7.3.2 *Lagens tillämpningsområde beskriver vad som utgör äldreomsorg*
- **avstyrker delvis** förslaget 7.3.3 *Lagens förhållande till socialtjänstlagen*
- **tillstyrker** förslaget 7.3.4 *Lagens syfte*
- **tillstyrker med tillägg** förslaget 7.3.5 *Äldreomsorgens mål*
- **tillstyrker** förslaget 7.3.6 *En personcentrerad äldreomsorg med individens behov i centrum*
- **tillstyrker** förslaget 7.3.7 *Ett personcentrerat perspektiv vid utförandet av insatserna*
- **tillstyrker delvis** förslaget 7.3.8 *De beviljade insatserna behöver följas upp för att säkerställa att insatserna tillgodoser behoven*
- **tillstyrker** förslaget 7.3.9 *Delaktighet, inflytande och information*
- **tillstyrker** förslaget 7.3.10 *En samordnad vård och omsorg*
- **tillstyrker** förslaget 7.3.11 *Kontinuitet, trygghet och säkerhet*
- **tillstyrker** förslaget 7.3.12 *Fast omsorgskontakt*
- **tillstyrker med tillägg** förslaget 7.3.13 *Uppföljning för kvalitetsutveckling*
- **tillstyrker med tillägg** förslaget 7.3.14 *Ledarskap*
- **tillstyrker** förslaget 7.3.15 *Personal, bemanning och kompetens*
- **avstyrker** förslaget 7.3.16 *Stöd till anhöriga och andra närstående*
- **avstyrker** förslaget 7.3.17 *Nationella minoriteter och minoritetsspråk*
- **avstyrker delvis** förslaget 7.3.18 *En nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen*
- **delar** bedömningen i 7.4.2 *Förslag på områden som en nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen bör omfatta*
- **tillstyrker med tillägg** förslaget 8.2 *Gränsdragning mot specialiserad hälso- och sjukvård i hemmet*
- **delar** bedömningen i 8.4 *Ansvar för läkarinsatser*
- **tillstyrker** förslaget 8.5.1 *Det kommunala primärvårdsansvaret*
- **tillstyrker med tillägg** förslaget 8.5.2 *En gemensam plan för primärvården*
- **avstyrker delvis** förslaget 8.5.3 *Kommunens primärvård ska ges nära patienten*
- **tillstyrker** förslaget 8.6.1 *Medicinsk bedömning av sjuksköterska dygnet runt*
- **tillstyrker** förslaget 8.6.2 *Individuell planering*
- **delar med tillägg** bedömningen i 8.6.2 *Individuell planering*
- **tillstyrker** förslaget 8.6.3 *Fast vårdkontakt i kommuner*
- **tillstyrker** förslaget 8.7.1 *Styrning för ökad likvärdighet och tillgänglighet*

- **tillstyrker** förslaget 8.7.2 *Möjlighet att lista sig hos en vårdgivare med ett särskilt uppdrag*
- **tillstyrker med tillägg** förslag 8.7.3 *Innehållet i det särskilda läkaruppdraget*
- **tillstyrker** förslaget 8.7.4 *Uppgifter för alla fasta läkarkontakter*
- **tillstyrker delvis** förslaget 8.7.5 *Medicinsk bedömning av läkare dygnet runt*
- **delar delvis** bedömningen i 8.8.1 *Den medicinska kompetensen behöver stärkas*
- **tillstyrker delvis** förslaget 8.8.2 *Stärkt medicinsk kompetens inom omvårdnad på vårdgivarnivå*, 8.8.3 *Stärkt medicinsk kompetens inom rehabilitering på vårdgivarnivå*
- **avstyrker** förslaget 8.8.4 *Stärkt medicinsk kompetens på huvudmannanivå*
- **tillstyrker delvis** förslaget 8.8.5 *Medicinsk ledningsfunktion i regionen*

Kommentarer

7.3.1 Det behövs en särskild lag

En lag som särskilt reglerar äldreomsorg enligt föreslagen definition exkluderar alla äldre som inte har ett behov av äldreomsorgens insatser. När äldre inte längre finns definierad som särskild grupp i SoL 4 kap och tidigare bestämmelser överförs till en äldreomsorgslag innebär det minskade lagkrav på socialtjänsten gällande proaktiva insatser för äldre utan behov av äldreomsorg.

Den äldre befolkningen är en heterogen grupp men där vissa gynnas av proaktiva insatser för att undvika eller skjuta upp behovet av äldreomsorg. Dessa grupper av äldre omfattas inte av den nya äldreomsorgslagen utan faller fortsatt inom socialtjänstlagen. Det blir således två olika lagar för den äldre befolkningen där de i behov av äldreomsorg kan omfattas av två olika lagar.

Målgruppen i äldreomsorgslagen skulle kunna utökas till att omfatta alla äldre, såsom i den **finländska Lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre**. Det skulle ge en mer sammanhållen lagstiftning kring den äldre befolkningen, även om hälso- och sjukvårdsinsatser inte bör ingå, vilket utredningen påpekar. De personer som inte definieras som "äldre" men ändå är i behov av äldreomsorgens insatser bör beaktas i ett sådant förslag. Detta gäller särskilt grupper som är aktuella för andra insatser inom socialtjänstens område och kan ha ett biologiskt åldrande som föregår det kronologiska åldrandet, såsom personer som omfattas av LSS-lagstiftningen.

En del som gäller i lagstiftningen för äldre idag föreslås i en ny socialtjänstlag gälla hela socialtjänsten, såsom värdegrunden. Det finns dessutom flera formuleringar i den föreslagna äldreomsorgslagen som bör tas tillvara i arbetet med en ny socialtjänstlag, vilket minskar behovet av en särslagstiftning med särskilda bestämmelser för äldre. Samtidigt efterfrågar behovs en harmonisering vad gäller äldreomsorgens organisering som tar hänsyn till att den som är ansvarig inom äldreomsorgen har ett ansvar både utifrån SoL och HSL.

Sammanfattningsvis är en särslagstiftning i sin nuvarande form inte ändamålsenlig men det kan finnas skäl för en särslagstiftning beroende på lagens innehåll och utformningen av en ny socialtjänstlag.

7.3.2 Lagens tillämpningsområde beskriver vad som utgör äldreomsorg

Åldersgränsen på 65 år i definitionen för äldreomsorg bör slopas. Den saknar relevans då lagen även gäller personer som inte fyllt 65 men som gagnas av äldreomsorgens insatser. Utan åldersgräns stämmer definitionen väl in på begreppet ”skörhet” som används inom hälso- och sjukvården och som ska fånga biologiskt åldrande till skillnad från kronologiskt åldrande. Skörhet har betydligt starkare korrelation till behov av insatser inom äldreomsorg och död än ålder.

Det saknas en definition av begreppet ”äldre”. Begreppet ”äldre” kommer fortfarande förekomma i socialtjänstlagen. Definitionen bör omfatta en åldersgräns på 65-67 år. Att definiera en äldre person eller den äldre befolkningen är viktigt, och bör fortsatt vara en av de särskilda grupperna som definieras i 5 kap socialtjänstlagen. Denna grupp har högre risk att utveckla ohälsa, vid övergången från arbetsliv till pensionärliv samt i samband med ett kronologiskt åldrande.

7.3.3 Lagens förhållande till socialtjänstlagen

Flera lagrum är speglingar av socialtjänstlagen och i vissa fall innebär en flytt av bestämmelser från socialtjänstlagen till äldreomsorgslagen att rättigheter fräntas äldre utan behov av äldreomsorg. Det handlar om stöd till närstående, i de fall där närstående vårdar en person utan äldreomsorgens insatser, och förebyggande insatser på minoritetsspråk till personer utan insatser inom äldreomsorgen.

7.3.4 Lagens syfte

Lagens syfte är välmenande och särskilt formuleringen ”hjälp för att för tillgång till den hälso- och sjukvård de har behov av”. Detta skulle innebära lagkrav på goda möjligheter för hemtjänsten att få kontakt med primärvården, när behov uppstår.

7.3.5 Äldreomsorgens mål

De föreslagna målen, (förebyggande perspektiv, hälsofrämjande, stödja funktionsförmåga, tillgänglig) är relevanta för hela socialtjänsten liksom värdegrunden.

HSL 3 kap 2 § anger att ”Hälso- och sjukvården ska arbeta med att förebygga ohälsa.” Socialstyrelsens termbank definierar hälsa som ”fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och inte endast frånvaro av sjukdom eller skada”. Det bör därför i socialtjänstlagen införas en bestämmelse som lyder ”**Socialtjänsten ska arbeta med att förebygga ohälsa.**” Ett gemensamt mål för socialtjänst och hälso- och sjukvård skulle sannolikt underlätta samverkan och underlätta omställningen till god och nära vård.

7.3.7 Ett personcentrerat perspektiv vid utförandet av insatserna

Formuleringen ”...och personen den gäller inte motsätter sig det.” föreslås bytas mot ”...om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta.” Denna formulering stämmer överens med likande formulering i patientlagen.

7.3.8 De beviljade insatserna behöver följas upp för att säkerställa att insatserna tillgodoser behoven

Formuleringen att det är socialnämnden som ska följa upp beviljade insatser innebär en otydlighet kring vem som ska följa upp insatser och om det är på individnivå. Det bör framgå

att det är biståndsbedömaren eller, ”den som beslutar om insatser” som också ska ansvara för att insatserna följs upp.

7.3.9 Delaktighet, inflytande och information

Ombuds tillgång till elektronisk information är en prioriterad fråga då det skulle underlätta delaktighet, inflytande och information för närstående.

7.3.13 Uppföljning för kvalitetsutveckling

Det är olyckligt att ”vårdgivare” inte är definierade i Socialtjänstlagen och att det därför åligger socialnämnden att upprätta kvalitetsberättelsen. Alla verksamheter som upprättar en patientsäkerhetsberättelse bör också upprätta en kvalitetsberättelse.

Det skulle kunna förtydligas att inom de verksamheter som har att upprätta både en kvalitetsberättelse och en patientsäkerhetsberättelse kan göra så i ett samlat dokument.

7.3.14 Ledarskap

Första linjens chefs ansvar för att nå målet med äldreomsorgen bör förtydligas med följande tillägg:

Första linjens chef ska säkerställa att medarbetarna har den kompetens och det stöd de behöver för att kunna uppfylla de mål och krav som gäller för verksamheten enligt denna lag, socialtjänstlagen (2001:453) och i förekommande fall hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Med ”det stöd de behöver” inkluderar även handledning från andra professioner och personer än just den närmsta chefen.

7.3.16 Stöd till anhöriga och andra närstående

En flytt av denna bestämmelse från SoL skulle kunna tolkas som att närstående som vårdar sköra äldre utan beviljade insatser inom äldreomsorgen inte längre omfattas av bestämmelsen.

7.3.17 Nationella minoriteter och minoritetsspråk

En flytt av denna bestämmelse från SoL skulle innebära att endast de personer som faller inom definitionen för äldreomsorg omfattas. Vitala äldre inom en nationell minoritet kan gagnas av proaktiva förebyggande insatser på det egna språket och borde inte exkluderas av lagen.

7.3.18 En nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen

Tanken med en nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen är god men modellen bör konkretiseras ytterligare innan en bestämmelse införs i lag. Nationellt kompetenscentrum för äldreomsorg vid Socialstyrelsen vore lämpliga att fortsätta utveckla modellen.

7.4.2 Förslag på områden som en nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen bör omfatta

Det är relevanta områden som utredningen bedömer bör ingå. För att det i verksamheterna ska kännas meningsfullt att arbeta utifrån dessa områden är det viktigt att de är relevanta även för personer med kognitiv svikt. Det finns en hög andel personer med kognitiv svikt även på

somatiskt inriktade särskilda boende och det kan annars finnas en risk att uppmärksamheten riktas bort från personer med uttalad kognitiv svikt.

8.2 Gränsdragning mot specialiserad hälso- och sjukvård i hemmet

Utredningen nämner i avsnitt 8.5.1 att den kommunala primärvårdens uppdrag är otydligt, trots ny definition för primärvården. Det finns alltså anledning att se över detta i den föreslagna utredningen. Det är då viktigt att utredningen inte bara ser till vilka enskilda åtgärder som är möjliga, såsom syrgas, utan vad som krävs för att åtgärden ska kunna utföras på ett patientsäkert sätt.

Utredningen behöver också ta ställning till vilka typer av specialistsjuksköterskor som en kommun förväntas stå för. **Det finns fler typer av specialistsjuksköterskor idag, jämfört med tiden för ädelreformens införande, och som förekommer inom regional primärvård, såsom inom diabetes, hjärtsjukvård och palliation.**

I samband med en utredning av den kommunala primärvårdens uppdrag bör en utvärdering av den kommunaliserade hemsjukvården göras utifrån hur det fungerar idag och inför de framtida utmaningarna med en åldrande befolkning. Utredningen bör komma med en rekommendation om kommunaliserad primärvård i hemmet ska bli obligatoriskt i lagen.

8.4 Ansvar för läkarinsatser

Att huvudmannaskapet för läkarinsatser ska kvarstanna i regionen är logiskt.

8.5.1 Det kommunala primärvårdsansvaret

Trots en förändrad benämning på vad kommunal sjukvård är behöver den förtydligas ytterligare, se kommentarer till 8.2.

8.5.2 En gemensam plan för primärvården

Den gemensamma planen bör även omfatta arbetet med att förebygga ohälsa och folkhälsoperspektivet samt ske i samverkan med socialtjänsten. Hemtjänsten är en viktig pusselbit för att personer med omsorgsinsatser ska få en tillgänglig hälso- och sjukvård. **Hemtjänstens ingångar till den regionala hälso- och sjukvården behöver förbättras,** också utifrån det angivna syftet med den föreslagna äldreomsorgslagen.

8.5.3 Kommunens primärvård ska ges nära patienten

Det finns ingen bredare kännedom kring vad begreppet ”nära” står för och därför bör det heller inte utan en förklaring inkluderas i en bestämmelse.

Ett möjligt alternativ är att komplettera HSL 4 kap 1 § som idag lyder ”*Offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet*”, med de ord som begreppet ”nära” står för.

8.6.1 Medicinsk bedömning av sjuksköterska dygnet runt

Bra utredningen ser möjligheter med välfärdsteknik och inte bara ser till fysisk bedömning.

8.6.2 Individuell planering

Utredningens kanske bästa förslag är utökning av innehållet i den individuella planeringen där rehabiliterande och förebyggande insatser ska dokumenteras liksom mål med insatserna utifrån patientens perspektiv och hur framtida förväntat vårdbehov ska hanteras.

Patientkontrakt kan vara bra, men viktigare för den äldre att det blir juridiskt och tekniskt möjligt för både patient och ombud att löpande ta del av dokumentationen.

8.7.2 Möjlighet att lista sig hos en vårdgivare med ett särskilt uppdrag

Bra att praxis på oklar rättslig grund får stöd i lagen.

8.7.3 Innehållet i det särskilda läkaruppdraget

Bra att vårdgivaren ska vara tillgänglig för både planerad och oplanerad bedömning. Regeringen bör även uppdra åt Socialstyrelsen att komma med en rekommendation för antal patienter i särskilt boende per läkare på samma sätt som rekommendationen för antalet patienter per primärvårdsläkare.

8.7.5 Medicinsk bedömning av läkare dygnet runt

Bra med möjligheten till medicinsk bedömning dygnet runt men formuleringen att det ska ske av en "läkare i primärvården" är inte ändamålsenlig. "I primärvården" bör slopas då de behov som uppstår akut jourtid även kan hanteras av andra läkare, och ibland till och med vara mer lämpade. Jourlinjer är kostsamma och det kan finnas bättre sätt att organisera jourläkare som till och med skulle öka möjligheterna till läkarbedömning såsom en organisation med jourläkarbilar. Lagen bör inte förhindra anpassade lokala lösningar.

8.8.1 Den medicinska kompetensen behöver stärkas

Bra med en tydligare ansvarsfördelning mellan huvudman och vårdgivare inom den kommunala hälso- och sjukvården men en likande uppdelning behöver även ske inom socialtjänsten, en verksamhetschef enligt HSL bör rimligen vara verksamhetschef även enligt SoL. Idag saknas dock definitionen verksamhetschef inom SoL. Den föreslagna äldreomsorgslagen definierar "första linjes chef" men ingen ytterligare chefsnivå.

Även vad som definieras som en vårdgivare och som ska anmälas till IVO:s register över vårdgivare är otydligt och behöver förtydligas och i samband med detta bör SoL och HSL harmoniseras. Det kan också ifrågasättas att kommuner och privata utförare har olika rapporteringsskyldigheter till registret. IVO:s register över vårdgivare bör även ses över i samband med en översyn av ledningsstrukturer inom socialtjänsten.

8.8.2 Stärkt medicinsk kompetens inom omvårdnad på vårdgivarnivå, 8.8.3 Stärkt medicinsk kompetens inom rehabilitering på vårdgivarnivå

Bra att verksamhetschefen får ett helhetsansvar och tar över de specificerade uppgifter som MAS och MAR hade i hälso- och sjukvårdsförordningen. De specificerade uppgifterna kan i och med det lyftas ur hälso- och sjukvårdsförordningen då verksamhetschefen ändå ha helhetsansvaret.

Det är en dålig idé att införa kvalitetsansvarig för omvårdnad och rehabilitering då verksamhetschefen bör ha mandat att själv kunna avgöra detta behov. Verksamhetschefen ges redan enligt HSF 4 kap 5 § möjlighet att "uppdra åt sådana befattningshavare inom

verksamheten som har tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullgöra enskilda ledningsuppgifter”.

Organiseringen av sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter skiljer sig dessutom åt mellan kommuner. I vissa fall kan de vara anställda på ett specifikt särskilt boende och i andra fall utgå från en mer central placering inom en kommun. Det kan då finnas mer lämpliga former för verksamhetschefen att få stöd än att ha en utsedd kvalitetsansvarig utanför den egna organisationen.

8.8.4 Stärkt medicinsk kompetensen på huvudmannanivå

Det bör inte finnas en ledningsansvarig på huvudmannanivå av flera orsaker. Den otydlighet som MAS- och MAR-rollen har inneburit för vilket ansvar som faktiskt vilar på huvudman och vårdgivare försvinner i och med att MAS och MAR försvinner som begrepp. I och med det blir det också tydligare vilket ansvar som vilar på huvudmannen.

Inom regionerna finns inga krav på ledningsansvariga men där har regionerna själv utsett chefsläkare och chefsjuksköterskor med olika ledningsfunktioner. På liknande sätt har MAS/MAR i vissa kommuner haft ett ansvar som motsvarar den föreslagna ledningsansvariga på huvudmannanivå. En person som fått ett ledningsansvar delegerat till sig har större möjlighet att lyckas i sitt uppdrag än en person som fått uppdraget genom en bestämmelse.

Att reglera den kompetens som en huvudman behöver för att säkerställa sitt ansvar innebär att lagstiftaren inte har tilltro till att huvudmannen har förmåga att utöva sitt huvudmannaskap och frågan bör då snarare vara om huvudmannaskapet ska fräntas kommunerna.

Med ett ökat krav på uppföljning i form av kvalitetsberättelse, ett ökat fokus på patientsäkerhetsberättelsen och den föreslagna bestämmelsen om en gemensam plan för primärvården, gärna utökat med det hälsofrämjande arbetet tillsammans med socialtjänsten, uppstår ett behov av att leda detta arbete. Det behöver inte att bara ledas av läkare och sjuksköterskor utan att även andra professioner kan vara lämpliga såsom socionomer, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och dietister.

8.8.5 Medicinsk ledningsfunktion i regionen

Bra att någon planerar, följer upp och samordnar de medicinska insatserna i den kommunala hälso- och sjukvården. Detta bör dock huvudmannen förstå utan lagreglering. Dessa insatser behöver också utvecklas tillsammans med övriga insatser inom den regionala hälso- och sjukvården. Kanske är det egentligen två roller, en verksamhetsnära styrning, likt en barnhälsovårdsöverläkare, och en som förhandlar på huvudmannanivå? Oavsett så borde det vara huvudmannen som tar ansvar och sätter en fungerande ledningsstruktur.

Avseende det digitala stödet instämmer eHälsokommittén i stort i rapporten.

Specifika kommentarer:

Sida 121:

Det måste säkerställas att nya lösningar inte skapar eller bidrar till exkludering, utan att de tvärtom bidrar till digital delaktighet. Utifrån vårt uppdrag är detta särskilt viktigt att

framhålla. Dels eftersom tekniska och digitala lösningar ofta inte är anpassade för dessa användargrupper, dels eftersom högre ålder samspelar med lägre tillgång till internet.

Kommentar: VIKTIG aspekt. Digitalisering får inte ske på bekostnad av människors möjlighet till delaktighet.

Sidan 123:

För att kunna dra nytta av de fördelar som digitaliseringen erbjuder behövs en gemensam digital infrastruktur för välfärden och den offentliga sektorn i sin helhet. Ett sådant arbete har påbörjats genom att regeringen och SKR i december 2020 undertecknade en avsiktsförklaring för en gemensam utveckling av en långsiktigt hållbar infrastruktur till stöd för välfärdens digitalisering.

Kommentar: Viktig aspekt att den digitala infrastrukturen bör vara gemensam.

På sidan 226 står följande stycke: Brister i kompetens har påpekats i rapporter från IVO, bl.a. anges att vården och omsorgen har stora utmaningar med kompetensförsörjningen av vård- och omsorgspersonal och att konsekvenserna av detta syns tydligt i deras ärenden. 67 Vård- och omsorgsgivare behöver aktivt främja en god arbetsmiljö för att utveckla och behålla personal, identifiera nya arbetssätt och **använda sig av digitaliseringens möjligheter**.

Kommentar: Vilka digitala möjligheter avses? Hur ska medarbetare tillgodogöra sig kunskap om de digitala möjligheterna om det redan sedan tidigare finns stora utmaningar med kompetensförsörjning? En tydligare förklaring avseende vilka möjligheter man avser.

På sidan 403 står följande: Vissa medicinska bedömningar kan göras med hjälp av digital teknik, men inte alla. Ny teknik kan bidra till en ökad tillgänglighet men aldrig helt ersätta behovet av att träffa de patienter som man ansvarar för

Kommentar: Instämmer helt.

På sidan 650 står följande: Den tekniska utvecklingen medför att vissa medicinska bedömningar och behandlingar kan ske digitalt. Om en patient t.ex. behöver tillgång till sjuksköterska på plats dygnet runt måste det finnas förutsättningar att få det. Vårdbehovet i varje enskilt fall avgör om den medicinska bedömningen bör ske genom fysiska eller digitala patientbesök.

Kommentar: Instämmer i att det digitala ska vara ett alternativ/möjlighet men att fysisk bedömning ALLTID ska finnas tillgänglig och erbjudas om så behövs.