



Socialdepartementet

Enheten för socialtjänst och funktionshinderspolitik,
Äldre- och funktionshindersgruppen
Linnéa Annetorp Melander

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

Remissinstanser

1. Almega Vårdföretagarna
2. Anhörigas riksförbund
3. Barnombudsmannen
4. Boden kommun
5. Borgholm kommun
6. Botkyrka kommun
7. Dorotea kommun
8. E-hälsomyndigheten
9. Eksjö kommun
10. Emmaboda kommun
11. Eskilstuna kommun
12. Fagersta kommun
13. Flen kommun
14. Folkhälsomyndigheten
15. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd
16. Fremia
17. Funktionsrätt Sverige
18. Fysioterapeuterna
19. Föreningen Sveriges Socialchefer

20. Förvaltningsrätten i Härnösand
21. Förvaltningsrätten i Malmö
22. Grums kommun
23. Göteborg kommun
24. Göteborgs universitet
25. Halmstad kommun
26. Hedemora kommun
27. Herrljunga kommun
28. Hudiksvall kommun
29. Härjedalen kommun
30. Inspektionen för vård och omsorg
31. Integritetsskyddsmyndigheten
32. Jämställdhetsmyndigheten
33. Jönköping kommun
34. Kalmar kommun
35. Kammarrätten i Stockholm
36. Karlshamn kommun
37. Kungsbacka kommun
38. Laxå kommun
39. Lerum kommun
40. Ljusnarsberg kommun
41. Ludvika kommun
42. Lunds universitet
43. Malmö kommun
44. Motala kommun
45. Myndigheten för delaktighet
46. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
47. Nacka kommun
48. Nationellt kompetenscentrum anhöriga
49. Pensionärernas riksorganisation

50. Region Blekinge
51. Region Dalarna
52. Region Gotland
53. Region Gävleborg
54. Region Halland
55. Region Jämtland-Härjedalen
56. Region Jönköping
57. Region Kalmar
58. Region Kronoberg
59. Region Norrbotten
60. Region Skåne
61. Region Stockholm
62. Region Sörmland
63. Region Uppsala
64. Region Värmland
65. Region Västerbotten
66. Region Västernorrland
67. Region Västmanland
68. Region Örebro
69. Region Östergötland
70. Riksdagens ombudsmän
71. Riksförbundet FUB
72. Riksförbundet för rörelsehindrade barn och ungdomar
73. Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering
74. Simrishamn kommun
75. Sobona
76. Socialstyrelsen
77. SPF Seniorerna
78. Staffanstorps kommun

79. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
80. Statskontoret
81. Stockholm kommun
82. Sundsvall kommun
83. Sunne kommun
84. Svenljunga kommun
85. Svensk sjuksköterskeförening
86. Svenska kommunalarbetsareföbundet
87. Svenska läkaresällskapet
88. Svenskt demenscentrum
89. Sveriges arbetsterapeuter
90. Sveriges Kommuner och Regioner
91. Sveriges läkarförbund
92. Söderhamn kommun
93. Sölvesborg kommun
94. Timrå kommun
95. Umeå kommun
96. Umeå universitet
97. Universitetskanslersämbetet
98. Upphandlingsmyndigheten
99. Uppsala kommun
100. Vetlanda kommun
101. Vindeln kommun
102. Vision
103. Vårdförbundet
104. Västerås kommun
105. Västra Götalandsregionen
106. Växjö kommun
107. Ydre kommun
108. Åstorp kommun

109. Äldrecentrum
110. Älmhult kommun
111. Örebro kommun
112. Östersund kommun
113. Östhammar kommun
114. Övertorneå kommun

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 12 mars 2025**. Svaren bör lämnas per e-post till s.remissvar@regeringskansliet.se och med kopia till s.sof@regeringskansliet.se. Ange diarienummer S2024/01966 och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Svaret bör lämnas i två versioner: den ena i ett bearbetningsbart format (t.ex. Word), den andra i ett format (t.ex. pdf) som följer tillgänglighetskraven enligt lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service. Remissinstansens namn ska anges i namnet på respektive dokument.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Betänkandet kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Remissinstanserna kan utan kostnad beställa tryckta exemplar av betänkandet via ett [beställningsformulär hos Elanders Sverige AB](#).

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria [Svara på remiss \(SB PM 2021:1\)](#). Den kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Tony Malmberg
Departementsråd

Kopia till

Elanders Sverige AB, e-postadress: betankande@elanders.com

Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård

*Betänkande av Utredningen om stärkt medicinsk
kompetens i kommunal hälso- och sjukvård*

Stockholm 2024



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2024:72

SOU och Ds finns på [regeringen.se](https://www.regeringen.se) under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2021:1.

Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på [regeringen.se/remisser](https://www.regeringen.se/remisser).

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet

Omslag: Elanders Sverige AB

Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2024

ISBN 978-91-525-1037-7 (tryck)

ISBN 978-91-525-1038-4 (pdf)

ISSN 0375-250X

Till statsrådet Anna Tenje

Regeringen beslutade den 22 juni 2023 att tillsätta en särskild utredare med uppdraget att analysera och lämna förslag som stärker kommunernas möjligheter att säkra tillgången till läkare i kommunal hälso- och sjukvård. Syftet är att stärka den medicinska kompetensen i kommunal hälso- och sjukvård (dir. 2023:98).

Regeringskansliet förordnade den 31 juli 2023 specialistläkaren och sjukvårdsdirektören Mikael Ohrling som särskild utredare. Utredningen har tagit namnet *Utredningen om stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård* (S 2023:07).

Som sakkunniga i utredningen förordnades den 29 november 2023 kanslirådet Louise A Andersson, departementssekreteraren Linnéa Annetorp Melander, departementssekreteraren Jonathan Fransson och kanslirådet Frédéricque Lémery.

Som experter i utredningen förordnades den 29 november 2023 affärsområdeschefen Anders Broberg, enhetschefen Maria Hilberth, styrelseledamoten Margareta Jansson, handläggaren Lena Karlsson, ordföranden Lise Lidbäck, enhetschefen Lennart Pettersson, specialistläkaren Nadja Schuten-Huitink och vårdstrategen Annika Wåhlin.

Som huvudsekreterare anställdes från och med den 10 oktober 2023 utredaren Sebastian Stålfors och som utredningssekreterare från och med den 13 november 2023 kammarrättsassessorn Philip Aspholm.

Som senior rådgivare förordnades den 8 januari 2024 docent Göran Stiernstedt.

Den 28 januari 2024 entledigades Frédéricque Lémery och som ny sakkunnig förordnades departementssekreteraren Åsa Karlsson.

Den 19 mars 2024 entledigades Lise Lidbäck.

Utredningen överlämnar härmed betänkandet *Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård* (SOU 2024:72). Uppdraget är därmed slutfört.

Stockholm i november 2024

Mikael Ohrling

/Sebastian Stålfors
Philip Aspholm

Innehåll

Sammanfattning	13
1 Författningsförslag	21
1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)	21
1.2 Förslag till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)	23
2 Utredningsuppdraget och dess genomförande	25
2.1 Direktiv och utredningsuppdrag.....	25
2.1.1 Stärk kommunernas möjlighet att säkra tillgång till läkare i kommunal hälso- och sjukvård	25
2.1.2 Skapa bättre förutsättningar för personal- och kompetensförsörjningen inom den kommunala hälso- och sjukvården	27
2.2 Utredningens arbete	28
2.3 Allmänna utgångspunkter	30
2.4 Definitioner, uttryck och begrepp.....	31
2.5 Betänkandets disposition.....	34
3 Bakgrund läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård	37
3.1 Kontext – den kommunala hälso- och sjukvården.....	37
3.1.1 Kort om patienterna i kommunal hälso- och sjukvård	37

3.1.2	Kort om den allmänna tillgången på läkare	38
3.1.3	Kort nordisk utblick	39
3.2	Principerna för läkarmedverkan – Ädelreformen	41
3.2.1	Gällande rätt avseende läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård.....	42
3.2.2	Kort om den rättsliga regleringen av kommuner och regioner	43
3.2.3	En kommun får inte lov att anställa läkare för patientnära kliniskt arbete	45
3.3	Läkarmedverkan i tidigare statliga utredningar	49
3.3.1	SOU 2000:114 – Samverkansutredningen	49
3.3.2	SOU 2004:68 – Sammanhållen hemvård	50
3.3.3	SOU 2011:55 – Kommunaliserad hemsjukvård	52
3.3.4	SOU 2015:20 – Trygg och effektiv utskrivning från slutna vård.....	52
3.3.5	SOU 2016:2 – Effektiv vård	53
3.3.6	SOU 2020:19 – God och nära vård	54
3.3.7	SOU 2020:80 – Äldreomsorgen under pandemin	55
3.3.8	SOU 2022:41 – Nästa steg.....	56
3.3.9	SOU 2023:94 – Förändring genom försök.....	60
3.3.10	Sammanfattande intryck av tidigare utredningar	63
3.4	Hur fungerar läkarmedverkan i dag?	63
3.4.1	Erfarenheterna av läkarmedverkan visar på brister i samverkan mellan region och kommun.....	63
3.4.2	Professionsföreträdarnas syn på läkarmedverkan	65
3.4.3	Patienternas upplevelser av läkarmedverkan	66
3.4.4	Brister i läkarmedverkan får negativa konsekvenser i flera led.....	66
3.4.5	Stora variationer i avtalen om läkarmedverkan	67
3.4.6	De enskilda vårdcentralerna har stor betydelse för hur läkarmedverkan utförs i praktiken	70
3.4.7	Kommunerna utnyttjar inte rätten att anlita läkare på regionens bekostnad.....	71

3.4.8	Kommunerna har en svag ställning när avtalen ska förhandlas med regionerna	74
3.4.9	Sammanfattande intryck av läkarmedverkan i dag.....	74
3.5	Befintliga möjligheter till stärkt samverkan mellan region och kommun.....	75
3.5.1	Redan genomförda initiativ för stärkt samverkan.....	75
3.5.2	Andra exempel på initiativ för ökad samverkan	79
4	Stärkt läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård	81
4.1	Läkarmedverkan bör stärkas inom ramen för befintliga strukturer.....	81
4.1.1	Genomför redan lämnade förslag om lagkrav på tillgång till medicinsk bedömning dygnet runt.....	83
4.1.2	Innebörden av de redan lämnade förslagen från SOU 2022:41.....	84
4.1.3	Vår utrednings överväganden avseende förslagen från SOU 2022:41.....	85
4.1.4	Vår utrednings syn på innebörden av ett krav på tillgång till medicinsk bedömning dygnet runt.....	87
4.1.5	Den fortsatta betydelsen av ett proaktivt arbetssätt	90
4.2	Avtalen om läkarmedverkan behöver stärkas.....	91
4.2.1	Stora behov av tydligare regler för läkarmedverkan.....	92
4.2.2	Hur kan avtalen mellan kommun och region stärkas?	93
4.2.3	Avtalen bör stärkas genom ett bemyndigande att meddela föreskrifter om läkarmedverkan.....	94
4.2.4	Vilken myndighet ska vara ansvarig för den förstärkta avtalsstyrningen?	95
4.2.5	Vår utrednings syn på föreskrifternas innehåll.....	95
4.3	Stärkt möjlighet för kommuner att anlita läkare på regionens bekostnad	100

4.3.1	Stärkt avtalsstyrning gör det enklare för kommuner att anlita läkare på regionens bekostnad.....	101
4.3.2	Det kvarstår praktiska hinder för läkare som anlitas på uppdrag av en kommun.....	102
4.4	Behovet av sanktioner inom ramen för läkarmedverkan....	105
4.4.1	Befintliga sanktionsmodeller i hälso- och sjukvården.....	105
4.4.2	Möjliga modeller för ett system med sanktioner inom läkarmedverkan	108
4.4.3	Det bör inte införas sanktioner inom läkarmedverkan	111
4.5	Andra frågor med anknytning till en välfungerande läkarmedverkan.....	112
4.5.1	Praktiska problem relaterat till journalföring.....	112
4.5.2	Parternas önskemål om en tydligare ansvarsfördelning mellan kommun och region ...	117
4.6	Stärkt medicinsk kompetens på ledningsnivå.....	119
4.6.1	Befintliga förslag för stärkt medicinsk kompetens på ledningsnivå.....	119
4.6.2	Befintliga initiativ för stärkt medicinsk kompetens på ledningsnivå.....	120
4.6.3	Andra aktuella bedömningar avseende behovet av stärkt medicinsk kompetens på ledningsnivå ...	123
4.6.4	Genomför redan lämnade förslag om lagkrav på medicinsk kompetens på ledningsnivå	124
4.6.5	Vår utrednings syn på förslaget från SOU 2022:41 om krav på en ledningsansvarig för kommunal hälso- och sjukvård i alla kommuner	125
4.6.6	Vår utrednings syn på förslaget från SOU 2022:41 om krav på en regionalt ledningsansvarig för kommunal hälso- och sjukvård	126

5	En ordning där kommunerna kan anställa läkare	129
5.1	Synen på eventuella kommunala läkare	129
5.1.1	Hinder och utmaningar för kommunala läkare ...	130
5.1.2	Möjlighet och potential för kommunala läkare ...	132
5.2	Möjliga modeller för kommunala läkare.....	134
5.2.1	En modell baserad på ren frivillighet.....	135
5.2.2	En modell där kommunerna frivilligt finansierar extra läkarresurser som levereras av regionerna	136
5.2.3	En modell där ansvaret för läkarinsatser överförs från region till kommun efter överenskommelse	137
5.2.4	En modell där kommunen blir leverantör av läkarmedverkan i ett vårdvalssystem.....	140
5.3	Våra överväganden avseende val av modell för en ordning med kommunala läkare	143
5.3.1	Avgörande att vald modell ger kommunerna egen makt över läkarinsatserna	143
5.3.2	Ett organisatoriskt särskiljande av insatsen läkarmedverkan är inte en ändamålsenlig reform ...	144
5.3.3	En frivillighetsmodell uppfyller direktivets målsättning.....	145
5.3.4	Vi lämnar inget förslag om försöksverksamhet, men uppmuntrar till innovationer och samarbeten.....	146
5.4	Det ska inte vara förbjudet för kommuner att anställa läkare för patientnära kliniskt arbete	146
5.4.1	Kommunerna bör ges möjlighet till självbestämmande även avseende läkarinsatser....	147
5.4.2	En frivillig möjlighet – inte en skyldighet.....	148
5.4.3	Hur bör friheten att anställa läkare regleras?.....	149
5.4.4	Det måste inte vara fråga om en formell anställning	149
5.4.5	Rätten att anställa läkare ska endast avse den kommunala hälso- och sjukvården	149
5.4.6	Vissa praktiska frågor för kommunala läkare	150

6	Bakgrund kompetensförsörjning i kommunal hälso- och sjukvård	153
6.1	Den pågående omställningen till en god och nära vård	153
6.1.1	Primärvården är navet i omställningen	154
6.1.2	Kommun och region ansvarar för att det finns personal med rätt kompetens	155
6.1.3	Staten ansvarar för den högre utbildningen	155
6.2	Personalkategorier inom kommunal hälso- och sjukvård..	156
6.3	Utmaningar när det gäller kompetensförsörjningen	159
6.3.1	Bristen på sjuksköterskor är som störst i kommunal hälso- och sjukvård.....	160
6.3.2	Personalrörligheten bland anställda i kommun och region ökar över tid.....	161
6.3.3	Andelen sjuksköterskor per invånare minskar, men är relativt hög i ett internationellt perspektiv	164
6.4	Allt fler söker till utbildningar inom hälso- och sjukvård....	165
6.4.1	Det försämrade arbetsmarknadsläget är en förklaring till det ökade intresset	166
6.4.2	Behoven ökar snabbare än utbudet av utbildade studenter	167
6.4.3	Läkare i kommunal hälso- och sjukvård	168
6.5	Behovet av utveckling och nya arbetssätt i kommunal hälso- och sjukvård.....	171
7	Nya karriär- och utbildningsmöjligheter i kommunal hälso- och sjukvård.....	173
7.1	Gör det mer attraktivt för läkare att arbeta i den kommunala hälso- och sjukvården	173
7.1.1	Tillsätt en nationell samordnare för att nå riktvärdet om 1 100 invånare per specialistläkare i allmänmedicin	174
7.2	Gör det mer attraktivt för legitimerade yrkesgrupper att arbeta i den kommunala hälso- och sjukvården	180

7.2.1	Utveckla en nationell ledarskapsutbildning för chefer inom den kommunala hälso- och sjukvården	180
7.2.2	Genomför försöksverksamhet med Magnetmodellen i kommunal hälso- och sjukvård	186
7.2.3	Fler specialistsjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård	191
7.2.4	Avancerad specialistsjuksköterska kan stärka kompetensen och karriärmöjligheterna	195
7.2.5	Förbättra möjligheterna till kontinuerlig fortbildning i kommunal hälso- och sjukvård.....	200
7.2.6	Inför ett breddat VULF-avtal.....	203
7.2.7	Stimulera utvecklingen av en akademiskt präglad kommunal hälso- och sjukvård.....	221
8	Konsekvensutredning.....	227
8.1	Konsekvenser av förslagen om stärkt läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård och en ordning med kommunala läkare	227
8.1.1	Särskilt om konsekvenser relaterade till genomförande av redan lämnade förslag från annan utredning.....	227
8.1.2	Allmänt om konsekvenser av de sedan tidigare lämnade förslagen	228
8.1.3	Särskilt om vår syn på hur förslagen om krav på tillgång till medicinsk bedömning dygnet runt påverkar finansieringsprincipen.....	229
8.1.4	Konsekvenser av förslaget om bemyndigande att meddela föreskrifter om läkarmedverkan.....	231
8.1.5	Konsekvenser av förslaget om en ordning där kommunerna kan anställa läkare	234
8.2	Konsekvenser av förslagen om stärkt kompetensförsörjning i kommunal hälso- och sjukvård	237
8.2.1	Allmänna konsekvenser av förslagen	237
8.2.2	Konsekvenser av förslaget om tillsättandet av en samordnare för att nå riktvärdet om 1 100 invånare per allmänläkare i primärvården.....	238

8.2.3	Konsekvenser av förslaget om en nationell ledarskapsutbildning för chefer inom den kommunala hälso- och sjukvården.....	239
8.2.4	Konsekvenser av förslaget om att genomföra försöksverksamhet avseende Magnetmodellen ...	240
8.2.5	Konsekvenser av förslaget om fler specialistsjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård.....	242
8.2.6	Konsekvenser av bedömningarna avseende avancerad specialistsjuksköterska, kontinuerlig fortbildning respektive akademisk präglad kommunal hälso- och sjukvård	243
8.2.7	Konsekvenser av förslaget om att införa ett VULF-avtal	244
8.2.8	Övriga konsekvenser av samtliga förslag om stärkt kompetensförsörjning.....	251
8.3	Ikraftträdande	251
8.3.1	Förslagen om stärkt läkarmedverkan och en ordning där kommunerna kan anställa läkare.....	252
8.3.2	Förslagen om stärkt kompetensförsörjning i kommunal hälso- och sjukvård.....	252
9	Författningskommentar	253
9.1	Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)	253
9.2	Förslaget till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)	254
	Referenser.....	255
	Bilaga	
Bilaga 1	Kommittédirektiv 2023:98.....	267

Sammanfattning

Kommunal hälso- och sjukvård utgör en central del av den samlade primärvården. Den pågående omställningen till en god och nära vård med primärvården som nav medför att kommunal hälso- och sjukvård kommer att få en allt större betydelse framöver.

Ansvaret för den kommunala hälso- och sjukvården ligger i grunden på kommunerna, men det ansvaret omfattar inte sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare. Det är i stället regionerna som är ansvariga för att patienterna i kommunal hälso- och sjukvård får tillgång till läkarvård. Detta innebär att kommun och region måste samverka för att patienterna ska få hela den vård som de har rätt till. Erfarenheterna från bland annat coronapandemin visar tydligt att det finns brister i samverkan. För att patienterna ska få den vård som de har rätt till behöver den medicinska kompetensen i kommunal hälso- och sjukvård stärkas.

Den kommunala hälso- och sjukvården har också utmaningar när det gäller kompetensförsörjningen. Det är något som hälso- och sjukvården i Sverige har gemensamt med andra europeiska länder. Kommuner, regioner och staten kommer framöver att behöva rekrytera och utbilda ett stort antal personer till hälso- och sjukvården enbart för att behålla nuvarande nivå av verksamhet. Det är en utmaning eftersom det råder brist på allmänläkare och de flesta kommuner upplever redan i dag personalbrist inom de vanligaste legitimationsyrkena.

Om uppdraget och dess genomförande

Utredningens uppdrag är dels att lämna förslag som kan stärka kommunernas möjlighet att säkra tillgången till läkare i den egna hälso- och sjukvården, dels att lämna förslag som kan skapa bättre förut-

sättningar för personal- och kompetensförsörjningen i den kommunala hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvårdens organisation och kompetensförsörjning är en fråga som löpande är föremål för offentliga utredningar och myndighetsuppdrag. Bara de senaste åren har det lämnats ett stort antal förslag som har direkt bäring på den kommunala hälso- och sjukvården. Frågan om kommunerna ska få lov att anställa egna läkare har berörts i flera olika utredningar.

Vår utredning har genomfört intervjuer och samtal med ett brett urval myndigheter, organisationer, professioner och individer som är verksamma i eller i övrigt har direkt koppling till den kommunala hälso- och sjukvården. Deras praktiska erfarenheter har varit vägledande för de förslag som vi nu lämnar. Fokus i förslagen ligger på en hög praktisk genomförbarhet med patientnytta. I möjlig mån har vi sökt förslag som inte driver tillkommande administration.

Stärkt läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård

Utredningens grundläggande bedömning är att den största potentialen till en bättre och mer välfungerande läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård finns i att stärka de befintliga strukturerna för samverkan mellan region och kommun. Att genomföra stora organisatoriska förändringar eller inleda en generell översyn av huvudmannskapet för läkarinsatser i kommunal hälso- och sjukvård anser vi inte vara ändamålsenligt. Det har inte heller framförts från någon aktör att en större omorganisation skulle underlätta dagens utmaningar. Den enklaste och snabbaste vägen för att säkra tillgången till läkare i den kommunala hälso- och sjukvården är att genomföra ett antal riktade åtgärder.

Lagkrav på tillgång till medicinsk bedömning dygnet runt

Både region och kommun är redan i dag skyldiga att tillhandahålla hälso- och sjukvård dygnet runt. Erfarenheterna från coronapandemin talar ändå för att det i den kommunala hälso- och sjukvården finns brister i tillgången till såväl sjuksköterskor som läkare. Regionerna prioriterar inte läkarmedverkan tillräckligt och ansvaret för läkarinsatserna har delegerats långt ut i organisationerna. Den bristande

tillgången till medicinska bedömningar leder till sjukhusinläggningar och akutbesök som hade kunnat undvikas.

Vi anser därför att det ska införas ett formellt lagkrav på tillgång till medicinsk bedömning dygnet runt i den kommunala hälso- och sjukvården. Det handlar dels om att kommunerna ska kunna garantera tillgång till medicinsk bedömning av en sjuksköterska, dels att regionerna ska garantera tillgång till medicinsk bedömning av läkare. Det primära syftet med samverkan inom den kommunala hälso- och sjukvården är ett proaktivt förhållningssätt med ett gemensamt ansvar där varje patient får sina behov av vård och omsorg tillgodosett med rätt tillgänglighet, delaktighet och självbestämmande.

Stärkta avtal om läkarmedverkan

Det är sedan 2007 obligatoriskt för kommun och region att ingå formella avtal om omfattning och former för läkarmedverkan. Vår utredning visar att det finns brister i dessa avtal. Avtalen är ofta alltför allmänt hållna för att såväl kommun som region ska kunna förstå vad ansvaret för läkarmedverkan innebär. Dessutom är många av avtalen gamla.

Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet har kommunen i dag rätt att på regionens bekostnad anlita en egen läkare. Vår utredning visar att denna möjlighet inte utnyttjas i praktiken. En anledning till att möjligheten inte utnyttjas är att det i flera av avtalen förekommer villkor som oskäligt försvårar kommunernas möjlighet att utnyttja den lagstadgade rätten att anlita en egen läkare. 12 av 21 regioner har över huvud taget inte reglerat vad som ska hända om avtalet om läkarmedverkan inte följs.

För att komma till rätta med bristerna i avtalen anser vi att det ska införas en rätt för regeringen, och i förlängningen Socialstyrelsen, att utforma föreskrifter om avtalen om läkarmedverkan. Genom mer enhetliga avtal utan oskäliga villkor bedömer vi att samarbetet mellan kommun och region kan stärkas till patienternas fördel.

Stärkt medicinsk kompetens på ledningsnivå

Eftersom ansvaret för den kommunala hälso- och sjukvården är delat mellan region och kommun ställs det höga krav på en fungerande samverkan mellan parterna. Våra och andras observationer visar att det finns brister i samverkan mellan parterna. Detta beror bland annat på att det saknas medicinsk kompetens på ledningsnivå både i region och kommun. Det finns i dag inga formella krav på medicinsk kompetens på ledningsnivå, varken på kommunal eller regional nivå.

På regional nivå saknas det en tydligt ledningsansvarig för regionernas insatser i den kommunala hälso- och sjukvården. Därmed har kommunerna inte någon naturlig motpart att vända sig till på den regionala nivån om det skulle förekomma brister i läkarmedverkan. Vi anser att det ska införas ett lagkrav på att en region ska ha en särskilt utsedd ledningsansvarig för planering, uppföljning och samordning av regionens hälso- och sjukvårdsinsatser i kommunerna. Det är fråga om en roll som inte bara ska beakta regionernas intressen, utan ta ett samlat ansvar för hela den regionala insatsen i kommunal hälso- och sjukvård.

Även på kommunal ledningsnivå saknas det medicinsk kompetens. Visserligen finns det lagkrav som innebär att det i kommunerna ska finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), eller i förekommande fall en medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Men det är ovanligt att MAS/MAR deltar i det formella ledningsarbetet. Vi anser att det ska införas ett krav på att även kommunerna ska ha en särskild ledningsansvarig för kommunal hälso- och sjukvård. Utredningen uppmärksammar möjligheten att till denna roll använda sådan kompetens som redan finns i kommunerna.

En ordning där kommuner kan anställa läkare

Frågan om ansvarsfördelningen för läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården har länge varit föremål för debatt. Det har även diskuterats i vilken utsträckning som kommunerna enligt befintligt regelverk får lov att anställa egna läkare. Vår utredning bedömer att det i dag inte är tillåtet för kommunerna att anställa eller anlita egna läkare för patientnära kliniskt arbete.

Vårt utredningsdirektiv innebär att vi ska lämna förslag på en ordning där kommunerna kan anställa läkare. Vi har studerat flera olika

tänkbara modeller för en sådan ordning. Utredningen visar att den modell som är praktiskt genomförbar utan omfattande ingrepp i hälso- och sjukvårdens grundstruktur är en modell som baseras på frivillighet. Vi föreslår därför att det inte längre ska vara förbjudet för kommunerna att anställa, anlita eller finansiera läkare för patientnära kliniskt arbete i den egna kommunala hälso- och sjukvården.

Det ska inte finnas någon skyldighet för kommunerna att anställa läkare. Tvärtom innebär förslaget inte någon inskränkning i regionernas grundläggande ansvar för läkarmedverkan. Regionerna kommer även framöver ha det fullständiga huvudmannaansvaret för läkarinsatser i kommunal hälso- och sjukvård. Men vårt förslag medför en ny frihet för kommunerna att anställa läkare och därmed en flexibilitet att kunna agera vid behov, särskilt i tider av extraordinära händelser eller vid förhöjd beredskap.

Stärkt kompetensförsörjning i kommunal hälso- och sjukvård

Den kommunala hälso- och sjukvården har utmaningar när det gäller kompetensförsörjningen och enligt tillgängliga prognoser kommer utmaningarna att bestå en längre tid. När det gäller legitimerade yrkesgrupper har den kommunala hälso- och sjukvården i dag störst brist på grundutbildade och specialistutbildade sjuksköterskor. Därefter följer arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Bristen på allmänläkare är ytterligare en begränsande faktor. Det mesta talar för att bristen kommer att kvarstå eller öka på fem års sikt.

Även om antalet förstahandssökande till hälso- och sjukvårdsutbildningar har ökat något under senare år behövs fler åtgärder för att stärka förutsättningarna för att säkra kompetensförsörjningen i kommunal hälso- och sjukvård. Det krävs fler och tydligare karriärvägar samt fler fortbildnings- och utbildningsmöjligheter för de legitimerade yrkesgrupperna i syfte att göra det mer attraktivt för både läkare och andra legitimerade yrkesgrupper att arbeta i den kommunala hälso- och sjukvården.

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

Vår utredning visar att arbetssituationen generellt är mycket ansträngd för specialistläkare i allmänmedicin inom primärvården, vilket påverkar deras arbetsmiljö negativt. För att komma till rätta med situationen behöver antalet listade invånare per läkare vara på en rimlig nivå. Om arbetssituationen för läkare är god i primärvården ökar attraktiviteten för läkarna att göra insatser i kommunerna.

För att stötta regionerna att nå Socialstyrelsens riktvärde om 1 100 invånare per specialistläkare i allmänmedicin behövs ett ökat nationellt och regionalt fokus. Vi föreslår att det ska tillsättas en särskild utredare, som ska fungera som en nationell samordnare för att nå riktvärdet. Denna samordnare ska tillsammans med primärvårdsansvariga i regionerna planera för åtgärder och insatser utifrån prognosläget när det gäller tillgång och efterfrågan på läkare, och sätta upp mål och delmål för hur och när riktvärdet ska kunna nås. Uppdraget innebär att fler patienter får tillgång till en fast läkarkontakt och varje enskild specialistläkare i allmänmedicin får utrymme för tillkommande uppdrag inom kommunal hälso- och sjukvård.

I utredningen resonerar vi om två ytterligare faktorer som vi menar påverkar attraktiviteten för läkare att arbeta i den kommunala hälso- och sjukvården.

En sådan faktor är att göra patientjournaler lättare åtkomliga än i dag. Avsaknaden av en samlad tillgång till patientjournaler är ett väsentligt praktiskt hinder för läkare som ska göra insatser i den kommunala hälso- och sjukvården. En annan faktor är att i ökad utsträckning arbeta teambaserat, det vill säga i multiprofessionella team. Detta kräver ökade kunskaper om teamens sammansättning och arbetssätt, vilket på sikt kan leda till en bättre arbetssituation för läkare i primärvården. Tryggheten i teamet påverkar samtliga medarbetares möjligheter att utföra sina uppgifter på bästa möjliga sätt.

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

Kompetensförsörjningen av legitimerade yrkesgrupper i kommunal hälso- och sjukvård har varit en utmaning under många år. Om kommunerna ska lyckas vända utvecklingen och om det ska bli mer attrak-

tivt för alla yrkeskategorier att arbeta i kommunal hälso- och sjukvård behöver nya åtgärder prövas. Vi lämnar därför följande förslag:

- Vi föreslår att Socialstyrelsen ska utveckla en *nationell ledarskapsutbildning* anpassad för chefer inom den kommunala hälso- och sjukvården. Vi menar att en god ledning och styrning bidrar till lägre personalomsättning och högre kontinuitet, vilket i sig leder till ökad patientsäkerhet och kvalitet i vården. Vidare bör utbildningen vara nationell och enhetlig men samtidigt anpassas efter lokala förutsättningar.
- Vi föreslår att en försöksverksamhet med *Magnetmodellen* i kommunal hälso- och sjukvård ska genomföras och följas upp. Magnetmodellen handlar om att sjuksköterskors kompetens tillvaratas genom att omvårdnadskompetens finns i arbetsledningen, personaltätthet prioriteras och teamarbetet fungerar. Regeringen bör överväga att ge Socialstyrelsen, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys eller någon annan lämplig myndighet i uppdrag att utarbeta en plan för en sådan försöksverksamhet.
- Vi föreslår att särskilda medel ska avsättas till kommuner för *vidareutbildning av specialistsjuksköterskor* i kommunal hälso- och sjukvård. I dag får sjuksköterskor många gånger söka tjänstledigt för att utbilda sig till specialist och själva bekosta sin utbildning. För att möjliggöra för fler att utbilda sig till specialistsjuksköterska behöver därför förutsättningarna för att genomgå en specialistutbildning förbättras. För specialistsjuksköterskor med inriktning mot distriktssköterska respektive psykiatrisk vård finns det risk att dagens bristsituation förstärks på sikt eftersom tillgången bedöms vara relativt oförändrad samtidigt som efterfrågan ökar.
- Vi föreslår att det redan framlagda förslaget om ett *Nationellt avtal för vårdvetenskaplig utbildning, lärande och forskning i sjuksköterskeutbildningen* (VULF) ska genomföras, men med tillägget att avtalet även bör omfatta arbetsterapeututbildningen och fysioterapeututbildningen. Det övergripande syftet med avtalet är att långsiktigt säkerställa utbildningar av god kvalitet med tillgång till fler platser för verksamhetsförlagd utbildning. Därigenom möjliggörs fler utbildningsplatser och fler legitimerade yrkesutövare.

- Vi analyserar frågorna om införandet av *avancerad specialistsjuksköterska* respektive *ökade möjligheter till kontinuerlig fortbildning*. Vi menar att båda frågorna är viktiga för att skapa fler karriärvägar, förstärka den medicinska kompetensen och öka attraktiviteten för att arbeta i kommunal hälso- och sjukvård. Vi lämnar inget förslag på områdena utan bedömer att de ryms inom den pågående utredningen om behörighet och yrkesreglering inom hälso- och sjukvård och tandvård (dir. 2023:148).
- Vi analyserar också frågan om *utvecklingen av en akademiskt präglad kommunal hälso- och sjukvård*. Vi anser att kunskapsutveckling och forskning bör bli en naturlig del för de legitimerade yrkesutövarna även i den kommunala hälso- och sjukvården, på samma sätt som den i dag är inom andra delar av hälso- och sjukvården. Forskningsmiljöer i kommunal hälso- och sjukvård skulle inte bara kunna utveckla och förbättra kvaliteten i vården utan även skapa utvecklingsmöjligheter för professionerna. Det skulle i sig göra det mer attraktivt att arbeta i verksamheterna för både framtida kommunala läkare och befintliga sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Vi lämnar inget förslag på området utan bedömer att åtgärder för att stärka akademiska miljöer bör hanteras inom regeringens myndighetsstruktur för forskning och innovation.

1 Författningsförslag

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

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) dels att 16 kap. 1 § ska ha följande lydelse, dels att det i lagen ska införas en ny paragraf, 12 kap. 3 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

12 kap.

3 a §

Kommunen får erbjuda sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare i de verksamheter som avses i 1 och 2 §§.

16 kap.

1 §

Regionen ska till kommunerna inom regionen avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet enligt 12 kap. 1 §. Detsamma gäller hemsjukvård i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), om en kommun ansvarar för vården enligt 14 kap. 1 §.

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

Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från regionen.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om läkarmedverkan.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2026.

1.2 Förslag till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) att det ska införas en ny paragraf, 8 kap. 4 §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

8 kap.

4 §

Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om sådan läkarmedverkan som avses i 16 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2026.

2 Utredningsuppdraget och dess genomförande

I detta kapitel beskriver vi utredningens direktiv och hur vi tagit oss an uppdraget.

2.1 Direktiv och utredningsuppdrag

Den 22 juni 2023 beslutade regeringen att ge en särskild utredare i uppdrag att analysera och föreslå åtgärder för att stärka den medicinska kompetensen i kommunal hälso- och sjukvård (se bilaga 1, dir. 2023:98). I direktiven anges att utredaren ska lämna förslag inom två huvudsakliga områden:

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

2.1.1 Stärk kommunernas möjlighet att säkra tillgång till läkare i kommunal hälso- och sjukvård

Det första utredningsområdet består av att analysera och redogöra för kommunernas nuvarande förutsättningar att anlita läkare på regionernas bekostnad och effektiviteten i nuvarande system.

I direktivet konstaterar regeringen att den kommunala hälso- och sjukvården möter många äldre patienter med sammansatta vårdbehov, personer med kroniska sjukdomar samt multisjuka personer. Kommunernas ansvar och roll i det samlade hälso- och sjukvårdssystemet har ökat, samtidigt som den demografiska utvecklingen talar för ett

ökande vårdbehov framöver. Det behövs medicinsk kompetens för att möta detta behov. Flera utredningar och rapporter har visat på brister i tillgången till och medverkan av läkare. Frågan om kommunernas möjlighet att själva anställa läkare har återkommande utretts, men utredningarna har kommit till olika slutsatser. Sammantaget finns det skäl att ifrågasätta om nuvarande system fungerar på ett effektivt sätt. Utredaren ska därför:

- analysera och redogöra för kommunernas nuvarande förutsättningar att anlita läkare på regionernas bekostnad samt effektiviteten i nuvarande system,
- vid behov föreslå åtgärder som stärker kommunernas möjligheter att anlita läkare på regionernas bekostnad,
- vid behov föreslå åtgärder som skärper regionernas skyldighet att tillhandahålla läkare till kommunal hälso- och sjukvård,
- föreslå en ordning där kommuner kan anställa läkare, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Utgångspunkten ska vara ett oförändrat huvudmannaskap. Utredaren är dock inte förhindrad att även lämna andra förslag.

Vår tolkning

Vi bedömer att frågan om stärkt tillgång till läkare i kommunal hälso- och sjukvård bör delas upp i två huvudfrågor. Vi använder följande samlade begrepp:

- Stärkt läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård.
- En ordning där kommuner kan anställa läkare.

Utredningen har således var sitt kapitel för respektive fråga.

2.1.2 Skapa bättre förutsättningar för personal- och kompetensförsörjningen inom den kommunala hälso- och sjukvården

Det andra utredningsområdet avser kompetensförsörjningen i den kommunala hälso- och sjukvården. I denna del anför regeringen i direktivet att det är avgörande för kvaliteten och patientsäkerheten att det finns personal som har rätt kompetens för att kunna utföra arbetsuppgifterna. Rapporter och utredningar beskriver återkommande en bristsituation för de flesta legitimerade yrkesutövare i den kommunala hälso- och sjukvården. Sammantaget behöver förutsättningarna för kompetensförsörjningen inom den kommunala hälso- och sjukvården stärkas. Utredaren ska därför:

- analysera och föreslå åtgärder som stärker kommunernas förutsättningar att säkra kompetensförsörjningen inom den kommunala hälso- och sjukvården, och
- analysera och föreslå åtgärder för hur det ska bli mer attraktivt för läkare och andra relevanta legitimerade yrkesutövare att arbeta inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Vår tolkning

Kommuner och regioner har ett delat ansvar för hälso- och sjukvården. Enligt direktivet ska vi analysera hur kompetensförsörjningen kan stärkas inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Med kommunal hälso- och sjukvård avser vi vård och behandling som genom kommunens åtagande och ansvar ges i särskilda boendeformer, i dagverksamhet och som hemsjukvård i ordinärt boende. Ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende och i så kallat biståndsbedömt trygghetsboende förutsätter att kommunen har kommit överens med regionen om att ta över sådant ansvar. Ett sådant övertagande har i dag skett i samtliga regioner förutom Stockholm.

Det betyder att vi inte ska analysera kompetensförsörjningen i hela primärvårdssektorn, och inte heller hela den kommunala vård- och omsorgssektorn.

Vårt direktiv anger att det är de yrken inom den kommunala hälso- och sjukvården som kräver legitimation som i första hand bör omfattas av utredningen. Av patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår

vilka 22 yrken inom hälso- och sjukvården som omfattas av legitimationsbestämmelser.¹ I kommunal hälso- och sjukvård finns flera av dessa representerade. De största yrkena utgörs av sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Läkare tillhör också de största legitimerade yrkena i kommunal hälso- och sjukvård.

2.2 Utredningens arbete

Vårt arbete har präglats av det stora antalet befintliga utredningar och myndighetsuppdrag som har beröringspunkter med vårt uppdrag. Hälso- och sjukvården och dess organisation är en fråga som i det närmaste löpande är föremål för olika former av statliga utredningar. Flera olika statliga myndigheter och intresseorganisationer lämnar löpande ett flöde av rapporter och förslag på hur hälso- och sjukvården kan förbättras. Studier av detta relativt omfattande material har således varit en central utgångspunkt för utredningens arbete. Som särskilt centrala för vårt arbete bedöms de senaste årens utredningar vara, bland annat *Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner* (SOU 2022:41), *Coronakommissionen* (SOU 2020:80), *Vilja välja vård och omsorg* (SOU 2021:52) samt *Utredningen om ett samordnat arbete för fler platser för verksamhetsförlagd utbildning i sjuksköterskeutbildningen* (SOU 2024:9). Vi har även hämtat och delat kunskap och erfarenheter med relevanta nu pågående utredningar.

För att få en bättre förståelse för hur läkarmedverkan respektive kompetensförsörjningen fungerar i dag och vilken potential som finns till förbättringar har vi varit i kontakt med ett urval av kommuner, regioner, myndigheter, universitet, högskolor, intresseorganisationer, enskilda utförare, experter och individer.

När det gäller läkarmedverkan har utredningen fokuserat på att få en så klar bild som möjligt av hur denna fungerar i dag. En viktig del i det arbetet har varit att studera avtalen om läkarmedverkan som slutits mellan region och kommun. Vi har dels hämtat in samtliga 21 regionalt övergripande avtal om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård för att kunna studera avtalens innehåll, dels har vi samtalat med parter och individer som arbetar med avtalen för att få en bild av deras praktiska upplevelser.

¹ 4 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

En annan central fråga är den om en ordning där kommunerna kan anställa läkare. Utredningen har i genomförda intervjuer försökt ta reda på vilket intresse och vilka förutsättningar som finns hos kommunerna för att själva anställa läkare. Vi har i möjlig mån sökt få inspel från parterna om hur en sådan ordning bäst skulle kunna utformas.

När det gäller kompetensförsörjningen har vi undersökt vilka utmaningar som kommunerna upplever när det gäller personalförsörjning, hur de arbetar med att göra sina arbetsplatser mer attraktiva och vilka åtgärder de anser behövs framöver för att säkra kompetensförsörjningen.

Vad gäller urvalet av kommuner och regioner har utredningen beaktat bland annat geografisk spridning, andel köp av särskilt boende inom äldreomsorgen samt andel av befolkningen som lever i områden med socioekonomiska utmaningar. För att få geografisk spridning har vi utgått från de sex befintliga sjukvårdsregionerna.

Utredningen har haft enskilda samtal med kommunerna Örebro, Solna, Vetlanda, Luleå, Malmö, Växjö, Stockholm, Falkenberg, Karlshamn, Uddevalla och Övertorneå. Därutöver har representanter för de 13 kommunerna i Göteborgsregionen träffats i storgrupp vid två olika tillfällen. Utredningen har även haft ett särskilt samtal med Socialförvaltningen i Stockholms kommun. Utredningen har typiskt sett talat med förvaltnings-, HR-, äldre- eller socialchefer. Många av kommunföreträdarna har haft mångårig praktisk erfarenhet av kommunal hälso- och sjukvård, inte sällan i roller som sjuksköterska eller medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

Vad gäller regionerna har utredningen haft strukturerade intervjuer med Region Jämtland Härjedalen, Region Uppsala och Västra Götalandsregionen. Därutöver har vi haft kompletterande dialogsamtal med regionerna Kronoberg, Norrbotten och Värmland. Samtalen har huvudsakligen skett med regionala hälso- och sjukvårdsdirektörer.

Organisationer som vi haft kontakt med är Sveriges kommuner och regioner² (SKR), Svensk sjuksköterskeförening, Vårdförbundet, Svenska läkaresällskapet, Praktikertjänst, Sveriges Arbetsterapeuter, Fysioterapeuterna, Psykologförbundet, Riksföreningen Medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering MAS-MAR, Föreningen Sveriges socialchefer samt Svensk förening för allmänmedicin.

² Sjukvårdsdelegationen, Beredningen för primärvård och äldreomsorg.

Myndighetskontakter har vi haft med Socialstyrelsens kompetenscentrum för äldreomsorg, Socialstyrelsens arbetsgrupp för fler vårdplatser, Vårdansvarskommittén³ och Utredningen om en uppdaterad nationell cancerstrategi. Vi har haft nära samråd med Utredningen om behörighet och yrkesreglering inom hälso- och sjukvård och tandvård⁴ och Nationella vårdkompetensrådet. Vår utredning har även haft kontakt med den nationella samordnaren för digital infrastruktur i hälso- och sjukvården.

Individuella kontakter har skett med Johan Herlin Ejerhed, verksamhetschef Capio med ansvar för läkarinsatser i särskilda boenden, Dag Salaj som arbetar som äldreomsorgsöverläkare i Region Örebro, Per-Ola Sundin som arbetar som läkarstrateg i Örebro kommun, Lena Pomerleau, ordförande för Svensk Förening för Allmänmedicins råd för sköra äldre, Ulrika Winblad, professor vid Uppsala universitet, Marie Häggström, professor vid Mittuniversitetet, enskilda brukare, patienter och närstående samt medarbetare inom kommunal hälso- och sjukvård.

I utredningens expertgrupp har det som sakkunniga funnits representanter för Socialdepartementet, Utbildningsdepartementet och Finansdepartementet. I expertgruppen har det som experter funnits representanter för Socialstyrelsen, SKR, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Sveriges läkarförbund, Vårdförbundet, Pensionärernas riksorganisation (PRO), Vårdföretagarna samt under del av utredningstiden Funktionsrätt Sverige.

Expertgruppen har haft tre fysiska heldagsmöten som kompletterats med digitala träffar. Gruppen har vid dessa möten fått skrivna underlag och även i övrigt haft möjlighet att löpande komma med synpunkter. Därutöver har utredningen haft individuella kontakter med utredningens sakkunniga och experter vid behov.

2.3 Allmänna utgångspunkter

Under utredningsarbetet har det blivit uppenbart att frågan om den samlade hälso- och sjukvårdens organisation är en sedan länge aktuell fråga som löpande är föremål för debatt och som återkommande utretts i olika former. Även om många av utredningarna har lett till

³ S 2023:04.

⁴ S 2023:10.

förslag som genomförts noterar vi att flera av de mer ingripande förslagen från tidigare utredningar inte har kommit att genomföras. Detta gäller särskilt sådana förslag som påverkar den grundläggande strukturen och ansvarsuppdelningen för vården. Detsamma gäller för förslag om förändringar i den grundläggande begreppsanvändningen i de lagar och regler som styr hälso- och sjukvården. Mot denna bakgrund har vi ställt upp ett antal grundprinciper för vårt utredningsarbete. Utredningen har därför fokuserat på:

- förslag med hög praktisk genomförbarhet,
- förslag som ger direkt patientnytta, samt
- förslag som inte driver tillkommande administration.

Utredningsuppdraget avser den kommunala hälso- och sjukvården. Särskilt under coronapandemin har fokus ofta kommit att handla om förhållandena inom den del av den kommunala hälso- och sjukvården som avser vården av äldre, och då särskilt de patienter som vistas i särskilt boende. Även om de äldre ofta har särskilda och mer omfattande vårdbehov menar vi ändå att behov av förbättringar finns i hela den kommunala hälso- och sjukvården. I utredningen gör vi därför inte någon grundläggande skillnad mellan de många olika kategorier av patienter som får vård genom den kommunala hälso- och sjukvården. Förslagen riktar sig således både till den traditionella äldrevården i särskilt boende, och till övriga delar av den kommunala hälso- och sjukvården som exempelvis hemsjukvården, LSS- och funktionshinderområdet.

2.4 Definitioner, uttryck och begrepp

Nedan återges några vanliga begrepp och hur dessa används i vår utredning.

Kommunal hälso- och sjukvård

Med detta uttryck avses hela den kommunala hälso- och sjukvården så som den är definierad i 12 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Det är således fråga om all den vård på primärvårdsnivå som

kommunerna bedriver. Vi gör ingen skillnad på vem vården riktar sig till. Vården kan ges både i det egna hemmet och i olika former av kommunala boenden eller verksamheter.

Läkarmedverkan

Med detta uttryck avses hela den verksamhet där regionerna i olika former tillhandahåller läkare till den kommunala hälso- och sjukvården. Läkarmedverkan är den verksamhet som regionerna bedriver tillsammans med kommunerna och som grundas på reglerna i 16 kap. 1 § HSL. Vi gör ingen skillnad på om läkarmedverkan ges i särskilt boende eller i någon annan verksamhet inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Kommunala läkare

Med detta begrepp menas i denna utredning en läkare i patientnära kliniskt arbete där det är kommunen och inte regionen som är den direkta uppdrags- eller arbetsgivaren. Motsatsvis är en läkare som arbetar i kommunen genom läkarmedverkan från regionen *inte* en kommunal läkare.

Inte heller en läkare som kommunen anlitat med stöd av reglerna i 16 kap. 1 § HSL är en kommunal läkare. För den gruppen kan i stället begreppet *kommunalt anlitad läkare* användas.

Primärvård

Begreppet primärvård är definierat i 2 kap. 6 § HSL:

Med primärvård avses i denna lag hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.

I dag ges primärvård både av kommuner och regioner. I 13 a kap. 1 § HSL finns även sex definierade grunduppdrag inom primärvården.⁵

Vård på specialiserad nivå

Med vård på specialiserad nivå avses all hälso- och sjukvård som inte är primärvård.

Hemsjukvård

Begreppet har inte någon fast definition men förekommer i HSL.⁶ Med detta begrepp avser vi hälso- och sjukvård som ges i hemmet. Ansvaret för hemsjukvården har överförs från region till kommun i samtliga regioner utom i Stockholm. Det kommunala ansvaret för hemsjukvården avser hela hemsjukvårdsinsatsen med undantag bara för sådan vård som ges av läkare.⁷ Hemsjukvård ges både i ordinärt boende eller i olika former av särskilt boende. Hemsjukvård är vård på primärvårdsnivå.⁸

Hälso- och sjukvård

Begreppet hälso- och sjukvård omfattar åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, sjuktransporter, och omhändertagande av avlidna.⁹ I 2 kap. HSL finns även definitioner på olika vårdformer som ingår i begreppet hälso- och sjukvård, exempelvis öppen och sluten vård, primärvård, habilitering, rehabilitering och nationell högspecialiserad vård.

⁵ Se även SOU 2022:41 s. 341 f.

⁶ Exempelvis 12 kap. 2 § och 14 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

⁷ Jfr 14 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

⁸ Prop. 1990/91:14 s. 59 f.

⁹ 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Kompetensförsörjning

Kompetensförsörjning betyder att *på kort och lång sikt säkerställa att verksamheten har tillgång till medarbetare med rätt kompetens*.¹⁰ Kompetensförsörjning är ett brett begrepp och omfattar även att analysera kompetensbehov, utbilda, rekrytera och behålla medarbetare med rätt kompetens samt analysera hur medarbetarnas tid och kompetens används.¹¹

Kompetens är en individs förmåga och vilja att utföra en uppgift genom att tillämpa kunskaper och färdigheter. Genom det formella utbildningssystemet, informellt och livslångt lärande skapas och upprätthålls tillgång till legitimerad yrkespersonal.¹² Ansvaret för kompetensförsörjningen av hälso- och sjukvården är förenklat uppdelat enligt följande:

- Kommun och region ansvarar för att det finns personal med rätt kompetens inom sina verksamheter.
- Staten ansvarar för den högre utbildningen av relevanta yrkesgrupper.

2.5 Betänkandets disposition

Vår tolkning av direktivet innebär att utredningen avser två distinkta frågor. Således har utredningen disponerats på ett sådant sätt att kapitel 3–5 berör frågan om stärkt möjlighet att säkra tillgång till läkare i kommunal hälso- och sjukvård, medan kapitel 6–7 berör stärkt personal- och kompetensförsörjning i kommunal hälso- och sjukvård.

I kapitel 3 ges en bakgrund till frågan om läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården. Vi berör kort den allmänna tillgången till läkare och ger en nordisk utblick. Därefter redogörs för principerna för läkarmedverkan och gällande rätt. Vi redogör för statliga utredningar som berört frågan tidigare och går därefter igenom vad vi funnit i våra egna studier av saken.

¹⁰ Rikstermbanken, <https://www.rikstermbanken.se/search?q=kompetensf%C3%B6rs%C3%B6rjning&s=termer> (hämtad 2024-07-29).

¹¹ Socialstyrelsen, *Framtidens vårdkompetens – Stärkt samverkan för att möta hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjningsbehov*, 2019, s. 9.

¹² SOU 2017:21, Del 1, s. 255.

I kapitel 4 redogör vi för våra överväganden och förslag till stärkt läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård.

I kapitel 5 redovisas våra överväganden och förslag avseende möjligheten till en ordning där kommunerna kan anställa läkare.

I kapitel 6 beskriver vi bakgrunden till de utmaningar som den kommunala hälso- och sjukvården står inför när det gäller kompetensförsörjningen.

I kapitel 7 presenterar vi våra överväganden och förslag på åtgärder som vi bedömer stärker kompetensförsörjningen i den kommunala hälso- och sjukvården och som bidrar till att göra det mer attraktivt för läkare och andra relevanta legitimerade yrkesutövare att arbeta inom den kommunala hälso- och sjukvården.

I kapitlen 8–9 redovisar vi vår konsekvensutredning och ger kommentarer till våra författningsförslag.

3 Bakgrund läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård

I detta kapitel tecknar vi en bakgrund till hur läkarmedverkan fungerar i dag. Vi redogör för de grundläggande principerna för läkarmedverkan så som de kommit till uttryck efter ädelreformens genomförande. Vi studerar också den grundläggande frågan om det är tillåtet för en kommun att anställa läkare som arbetar patientnära samt sammanfattar hur frågan om läkarmedverkan berörts i tidigare statliga utredningar. Därefter följer en redogörelse för de observationer som vi har gjort i våra samtal och avtalsstudier. Avslutningsvis redogör vi för hur parterna redan i dag arbetar med stärkt samverkan mellan region och kommun.

3.1 Kontext – den kommunala hälso- och sjukvården

Inledningsvis vill vi kort beröra den aktuella kontext som den kommunala hälso- och sjukvården verkar inom genom att kort återge något om patienterna som vårdas där, den allmänna tillgången till läkare samt ge en nordisk utblick.

3.1.1 Kort om patienterna i kommunal hälso- och sjukvård

Under 2022 fick omkring 412 000 personer i Sverige insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Av dessa var drygt 82 procent, eller 338 700 personer, 65 år och äldre. Knappt 18 procent, eller 73 300 personer, var under 65 år. Kommunal hemsjukvård gavs till 235 100 personer över 65 år. De flesta patienter fick sina insatser i sitt ordinarie

boende.¹ Den kommunala hälso- och sjukvården har alltså en volymmässig tonvikt på äldre patienter.

Behoven inom den kommunala hälso- och sjukvården har förändrats över tid. Andelen av ålderskategorin 80+ som bor i särskilt boende har mellan 2000 och 2019 minskat från 20 till 12 procent.² I särskilt boende för äldre uppskattas medianvårdtiden till 24 månader, men det finns lokala variationer över landet. Det är exempelvis känt att vårdtiden är betydligt kortare i Stockholm. Det är också känt att den tiondel som har den allra kortaste vårdtiden i särskilt boende minskade från 85 dagar till endast 8 dagar mellan 2006 och 2012.³ Av de som bor på särskilt boende för äldre uppgav 45 procent att de inte alls kan förflytta sig själva eller hade stora svårigheter att förflytta sig.⁴

Vården i särskilt boende för äldre är resurskrävande. 57 procent av kommunernas totala kostnader för vård och omsorg av äldre kommer från patienter i särskilt boende. 42 procent av kostnaderna kommer från patienter med hemtjänst.⁵

Kortare vårdtider och snabbare utskrivning från sjukhus leder till att åtgärder för rehabilitering och habilitering i större utsträckning behöver utföras i den kommunala hälso- och sjukvården. Den tekniska utvecklingen gör att även patienter med svårare hälsoproblem kan vårdas i hemmet i stället för på sjukhus. Patienterna behöver ofta både hälso- och sjukvård och socialtjänstinsatser samtidigt.⁶ Utvecklingen i särskilt boende för äldre har inneburit ett ökat fokus på patienter med stor vårdtyngd och omfattande behov av både sjukvård och omsorg.

3.1.2 Kort om den allmänna tillgången på läkare

I en europeisk kontext har Sverige förhållandevis gott om såväl läkare som sjuksköterskor. I tidigare utredningar har det uppmärksammats att antalet läkare per capita ökat över tid och att Sverige ligger högt i ett internationellt perspektiv.⁷ Trots detta rapporterar flera regioner om en bristsituation, särskilt för allmänläkare. Andelen läkare inom

¹ Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre, Lägesrapport*, 2024, s 42 f.

² Szebehely, *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden*, 2020, s. 59.

³ Szebehely, *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden*, 2020, s. 61–62.

⁴ Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre, Lägesrapport*, 2024, s. 42.

⁵ Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre, Lägesrapport*, 2024, s. 95.

⁶ Socialstyrelsen, *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård, Förstudie*, 2019, s. 7.

⁷ SOU 2016:2 s. 84–85.

allmänmedicin är även lägre i Sverige än i jämförbara länder.⁸ Ur ett kommunalt patientperspektiv finns det en relativt samstämmig bild av att tillgången till läkare i kommunala särskilda boenden är otillräcklig.⁹

Socialstyrelsen har genom ett regeringsuppdrag fastställt ett nationellt riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården:

- 1 100 invånare per specialist i primärvården
- 550 invånare per läkare i specialisttjänstgöring (ST) i allmänmedicin, i mitten av sin specialistutbildning.

Riktvärdet baseras på en sammanvägd bedömning utifrån vetenskaplig litteratur på området, uppföljning av regionernas arbete med fast läkarkontakt och dialoger med professionsorganisationer och patientföreningar. Socialstyrelsen konstaterar att det behövs fler specialistläkare och ST-läkare i primärvården för att kunna svara upp mot det nationella riktvärdet.¹⁰ Beräkningar visar att det år 2022 saknades cirka 3 400 specialistläkare i allmänmedicin i förhållande till målet om 1 100 invånare per tillgänglig läkare. Bristen kvarstår även framöver, år 2035 beräknas bristen uppgå till cirka 2 200 läkare.¹¹

3.1.3 Kort nordisk utblick

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har nyligen genomfört en jämförande kartläggning av äldreomsorgen i de nordiska länderna.¹² Av särskilt intresse för vår utredning är hur de olika länderna organiserar sina medicinska insatser inom äldreomsorgen. Rent generellt är det i samtliga nordiska länder kommunerna som ansvarar för vårdinsatser på boenden och för hemsjukvården utifrån nationella och regionala regelverk. I samtliga länder gäller att det är sjuksköterskor som står för större delen av den medicinska kompetensen på vård- och omsorgsboenden och i hemsjukvården. Vad gäller läkarinsatser har Danmark och Norge system med fasta läkarkontakter där samverkan fokuseras på direkt kontakt med dessa enskilda läkare. I Sverige och Fin-

⁸ Jfr Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Sweden Health system review*, 2023, s. 87 f. och <https://healthpolicy.se/generellt-sett-rader-ingen-brist-pa-personal-i-svensk-halso-och-sjukvard/> (hämtad 2024-08-13).

⁹ Se vidare SOU 2022:41 s. 359 och där angivna referenser.

¹⁰ Socialstyrelsen, *Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården*, 2022-04-28.

¹¹ Nationella vårdkompetensrådet och Socialstyrelsen, *Kompetensförsörjning inom primärvården – Slutrapport*, 2022, s. 40.

¹² Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Den nordiska äldreomsorgen*, 2021, s. 117 f.

land är det i stället vårdcentralen, och en eventuell fast vårdkontakt där, som är den samlande punkten.

I samtliga länder finns en organisatorisk gräns mellan primärvård och sjukhusvård, men i Danmark, Norge och Sverige är detta dessutom en huvudmannagräns. Särskilt i Sverige har det uppmärksammats att det delade huvudmannskapet mellan region och kommun försämrar samordningen och tillgången till läkare. En skillnad mellan Sverige och övriga nordiska länder är att där är alla primärvårdsinsatser som ges på vård- och omsorgsboenden, inklusive läkarinsatser, ett kommunalt ansvar. Det kan också noteras att Norge och Danmark har infört system med kommunal respektive regional läkarjour för att hantera behovet av medicinska bedömningar på jourtid.

I Danmark pågår sedan 2016 även ett projekt där ansvaret för läkarinsatserna i särskilt boende flyttas från patientens egen fasta läkare till en läkare som i stället är knuten till boendet där patienten vistas. Reformarbetet är pågående men 2019 hade en tredjedel av landets kommuner infört ett system med boendeknutna läkare. Utvärderingar talar för att en fast boendeläkare underlättade kommunikationen mellan läkaren och boendets personal.

I Norge har man sedan 2001 ett system med fast läkarkontakt i en primärvård som i grunden tillhör den kommunala hälso- och sjukvården. Det är kommunerna som ansvarar för att det finns avtal med tillräckligt många läkare för att täcka invånarnas behov. De fasta läkarna har det medicinska ansvaret för personer med äldreomsorg i eget boende, och enligt sina avtal med kommunen ska dessa läkare göra hembesök vid behov.

En annan uppmärksam reform i Norge är systemet med legevakt där primärvården ansvarar för att det finns läkare som kan bedöma och behandla akuta tillstånd utanför ordinarie öppettider. För att komma till sjukhusets akutmottagning krävs det normalt en remiss från legevakten. Systemet är utformat med en central kontaktpunkt, den som är i behov av vård behöver således inte själv ta reda på vilken legevakt som man tillhör.¹³

¹³ SOU 2016:2 s. 391–392.

3.2 Principerna för läkarmedverkan – Ädelreformen

Den nuvarande fördelningen av ansvaret för hälso- och sjukvård mellan kommuner och regioner etablerades i samband med Ädelreformens införande i början av 1990-talet.¹⁴ Reformen innebar att kommunerna tog över det samlade ansvaret för service och vård till äldre och personer med funktionsnedsättning. Målet var att stärka de äldres möjligheter att kunna bo kvar hemma och få hjälp av hemtjänst och hemsjukvård i hemmet i större utsträckning.¹⁵ Genom reformen lades grunden för dagens kommunala hälso- och sjukvård och dess förhållande till den regionala hälso- och sjukvården. I dag är således ansvaret för den samlade hälso- och sjukvården delat mellan kommun och region.

Den ansvarsöverföring som Ädelreformen innebar hade dock ett viktigt undantag. Kommunernas skyldigheter omfattade inte läkarinsatser i patientnära kliniskt arbete. Sådan vård skulle i stället regionen fortsätta att ansvara för. I förarbetena angavs motiveringen att det var naturligt att läkarinsatserna hölls samman inom den regionala primärvården.¹⁶ Det kan noteras att det av Socialutskottets betänkande framgick att ansvarsfördelningen mellan region och kommun inte skulle betraktas som en slutgiltig lösning och att det på sikt var angeläget att kunna hålla ihop all hemtjänst och hemsjukvård.¹⁷

Den grundläggande ansvarsuppdelningen mellan kommun och region har inte ändrats sedan Ädelreformen genomfördes. I dag framgår ansvarsuppdelningen huvudsakligen av regler i 12 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Rent praktiskt innebär denna uppdelning att kommunerna inom sina hälso- och sjukvårdsverksamheter ska få behoven av läkarinsatser tillgodosedda av regionerna genom läkarmedverkan.

¹⁴ Namnet Ädelreformen kommer av att reformen föreslogs av Äldredelegationen (Ä-DEL).

¹⁵ SOU 2020:80 s. 57 f.

¹⁶ Prop. 1990/91:14 s. 57 f.

¹⁷ Bet 1990/91:SoU9, rskr 1990/91:97, *Ändrad ansvarsfördelning inom äldreomsorgen m.m.*

3.2.1 Gällande rätt avseende läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård

På hälso- och sjukvårdens område är ansvaret delat mellan region och kommun. Regionen har det grundläggande ansvaret för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen, detta framgår av 8 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.

Kommunens ansvar som huvudman är avgränsat till vissa specifikt utpekade grupper. Enligt 12 kap. 1 § HSL ska varje kommun således erbjuda en god hälso- och sjukvård i:

- särskilda boendeformer för äldre människor som behöver särskilt stöd
- bostäder med särskild service för personer med funktionsnedsättning
- motsvarande boendeformer som ovan även om de bedrivs enskilt, samt i
- sådan dagverksamhet som avses i socialtjänstlagen.

Därutöver får kommunen enligt 12 kap. 2 § HSL även erbjuda den som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i ordinärt boende (hemsjukvård) samt i biståndsbedömt trygghetsboende. Vad särskilt gäller hemsjukvård framgår det av 14 kap. 1 § HSL att regionen får överlåta skyldigheten att erbjuda denna typ av vård till en kommun, om man är överens om det. I dagsläget har hemsjukvården överlåtit till samtliga kommuner utom i Region Stockholm.

I vår utredning använder vi begreppet *kommunal hälso- och sjukvård*. Med detta begrepp avser vi den del av hälso- och sjukvården som ankommer på kommunerna enligt reglerna i 12 kap. 1–2 §§ HSL, inklusive hemsjukvården.

Kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård har ett viktigt undantag. Av 12 kap. 3 § HSL framgår således att kommunens ansvar enligt 12 kap. 1–2 §§ HSL inte avser sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare. I 14 kap. 1 § HSL noteras samtidigt att inte heller kommunal hemsjukvård får avse sådan vård som ges av läkare.

Reglerna i 12 kap. HSL har senare kompletterats med vissa förtydliganden som i dag återfinns i 16 kap. HSL.¹⁸ Dessa förtydligande

¹⁸ Prop. 2005/06:115 s. 12.

regler infördes efter att man sett brister i tillgängligheten till läkare för personer som inte själva kan uppsöka vård.¹⁹

Av 16 kap. 1 § HSL framgår således att regionen ska avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i kommunala verksamheter. Det finns även ett krav på att regionen ska sluta avtal med kommunerna om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan. Slutligen klargörs att om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare på regionens bekostnad.

Sammantaget innebär detta att det grundläggande ansvaret för läkarinsatser i den samlade hälso- och sjukvården ligger på regionerna.

3.2.2 Kort om den rättsliga regleringen av kommuner och regioner

Sverige är indelat i kommuner och regioner där regionerna normalt omfattar samma område som ett län.²⁰ Förvaltningsnivåerna kommun respektive region behandlas ur lagstiftningshänseende på samma nivå, båda omfattas således av reglerna i kommunallagen (2017:725). I äldre lagstiftning talades det om kommuner respektive landstingskommuner.²¹ På en och samma plats kan det således finnas dels en kommun, dels en region. Dessa har i sin tur ansvar för några av de mest centrala välfärdstjänsterna som hälso- och sjukvård, socialtjänst och utbildning. Det är obligatoriska uppgifter som ålagts kommuner och regioner genom bestämmelser i lag. Kommuner och regioner agerar i många olika roller samtidigt, exempelvis som myndighetsutövare, arbetsgivare och marknadsaktörer.

För kommuner och regioner gäller ett antal grundläggande principer. *Lokaliseringsprincipen* innebär att kommuner och regioner själva får ha hand om angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till kommunens eller regionens område eller deras medlemmar. Samtidigt får kommuner och regioner inte ha hand om sådana angelägenheter som enbart staten, en annan kommun, en annan region eller någon annan ska ha hand om.²² *Likställighetsprincipen* innebär att kommuner och regioner ska behandla sina medlemmar lika, om det inte

¹⁹ Prop. 2005/06:115 s. 40 f.

²⁰ 1 kap. 1 § kommunallagen (2017:725).

²¹ 1 kap. 1 § kommunallagen (1977:179).

²² 2 kap. 1–2 § kommunallagen (2017:725).

finns sakliga skäl för något annat.²³ För *näringsverksamhet* gäller att kommuner och regioner får driva sådan verksamhet, om den drivs utan vinstsyfte och syftar till att tillhandahålla allmännyttiga anläggningar eller tjänster åt medlemmarna.²⁴

Lokaliseringsprincipens betydelse

Lokaliseringsprincipen är i många fall avgörande för vad kommuner och regioner får lov att göra. Det kan noteras att man skiljer på kommun och region på så sätt att en kommun inte får göra det som ankommer på en region och vice versa. Möjligheten till undantag från lokaliseringsprincipen är mycket begränsad.²⁵

I dag finns ett mindre antal undantag reglerade i lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter. Ett undantag som kan noteras är undantaget för sjuktransporter.²⁶ Det undantaget tillkom på grund av den kompetenskonflikt som finns mellan region och kommun på området för sjuktransporter och räddningstjänst. Det är kommunen som är ansvarig för räddningstjänsten.²⁷ Sjuktransporterna är i stället en del av hälso- och sjukvården, för vilken regionerna ansvarar.²⁸ Trots detta har kommunerna traditionellt varit utförare av sjuktransporter genom att dessa samorganiserats med räddningstjänsten. När frågan blev aktuell för rättslig prövning kom Högsta förvaltningsdomstolen fram till att det inte låg inom kommunernas kompetens att ta hand om driften av sjuktransporter för regionernas räkning.²⁹ Det därefter införda undantaget motiverades huvudsakligen med att kommunerna haft en lång tradition av att ansvara för driften av sjuktransporter samt att det fanns ett stort behov av fortsatt samverkan mellan kommun och region på området.³⁰

²³ 2 kap. 3 § kommunallagen (2017:725).

²⁴ 2 kap. 7 § kommunallagen (2017:725).

²⁵ Prop. 2008/09:21 s. 24 f.

²⁶ 3 kap. 2 § lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter.

²⁷ 7 § lagen (2003:778) om skydd mot olyckor.

²⁸ 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

²⁹ RÅ 2003 ref. 98.

³⁰ Prop. 2004/05:17 s. 13 f.

Det kommunala självstyret

Självstyre är en stark grundläggande princip på det kommunalrättsliga området. Principen är inskriven i regeringsformen och innebär att kommunerna sköter lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund.³¹ Inskränkningar av den kommunala självstyrelsen är visserligen möjliga men bör inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranlett inskränkningen.³² Det måste alltså undersökas om det ändamål som regleringen avser att tillgodose kan uppnås på ett mindre ingripande sätt. Om olika möjligheter finns för att nå samma mål bör riksdagen med hänsyn till den kommunala självstyrelsen välja den reglering som utgör minst inskränkning i den kommunala självbestämmanderätten.³³

Finansieringsprincipen

En grundprincip för statens styrning av kommuner och regioner är finansieringsprincipen. Principen innebär att kommunerna inte ska åläggas nya uppgifter utan att de samtidigt får möjlighet att finansiera dessa med annat än höjda skatter. Principen omfattar statligt beslutade åtgärder som direkt tar sikte på den kommunala verksamheten. Frivillig verksamhet omfattas som huvudregel inte av principen. Principen är i formell mening ingen lag, men tillämpas i praktiken sedan 1993.³⁴

3.2.3 En kommun får inte lov att anställa läkare för patientnära kliniskt arbete

Utredningens bedömning: Det är i dag inte tillåtet för en kommun att anställa, anlita eller i övrigt finansiera läkare som arbetar i patientnära kliniskt arbete. Detta oavsett om läkaren ska arbeta i kommunal eller regional hälso- och sjukvård.

³¹ 1 kap. 1 § och 14 kap. 2 och 3 §§ regeringsformen.

³² 14 kap. 3 § regeringsformen.

³³ Prop. 2009/10:80 s. 212.

³⁴ Prop. 1993/94:150, bilaga 7 s. 30 f.

Skälen för utredningens bedömning

En grundläggande kommunalrättslig princip är att en kommun inte får ha hand om sådana angelägenheter som enbart staten, en annan kommun, en annan region eller någon annan ska ha hand om. Denna lokaliseringssprincip framgår av 2 kap. 2 § kommunallagen (2017:725).

Den etablerade tolkningen av reglerna i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, tillsammans med principerna för Ädelreformen är att läkarvård i patientnära kliniskt arbete i grunden är något som endast ankommer på regionerna att utföra.³⁵ Således skulle det strida mot lokaliseringssprincipen om en kommun skulle anställa läkare som arbetar patientnära. I litteraturen har det formulerats som att en kommun är förhindrad att inom ramen för regleringen i HSL *anställa eller på något annat sätt i egen regi disponera över läkare som deltar i vården av enskilda individer inom äldreomsorgen*.³⁶

Rättsfall

I sammanhanget är följande rättsfall intressant. Högsta förvaltningsdomstolens avgörande RÅ 1996 ref. 95 avser ett fall där kommunfullmäktige i Falköpings kommun hade gett kommunstyrelsen i uppdrag att använda kommunala medel för att behålla en viss specialistläkare vid det lokala sjukhuset och därigenom säkra tillgången till titthålskirurgi på orten. Men beslutet kom att upphävas av Högsta förvaltningsdomstolen efter ett överklagande. I avgörandet lyfter domstolen fram kompetensreglerna i 2 kap. 2 § kommunallagen och uttalar att kommuner inte får ha hand om sådana angelägenheter som enbart ska handhas av en region. Domstolen lyfter vidare grunderna för Ädelreformen och de ovan återgivna lagreglerna på området. Domstolens sammantagna bedömning var att beslutet om ekonomiskt stöd till en viss kirurgisk specialitet på det regionalt drivna sjukhuset föll utanför den avgränsade del av hälso- och sjukvården som utgör kommunens ansvarsområde. Kommunen ansågs därmed ha överskridit sin kompetens varför beslutet upphävdes.

Även om rättsfallet inte direkt avser en fråga om att anställa eller finansiera läkare i patientnära kliniskt arbete i den kommunala hälso-

³⁵ Se exempelvis SOU 2000:114 s. 191–192.

³⁶ Se Sverna Arvill m.fl., Hälso- och sjukvårdslagen (1 nov 2023, JUNO), kommentaren till 12 kap. 5 §.

och sjukvården ligger utgången ändå i linje med den etablerade tolkningen att kommunerna är förhindrade att anställa läkare för patientnära arbete.

Äldre lagstiftning

Det kan noteras att det i den äldre hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) fanns en skrivelse om att regionernas ansvar för hälso- och sjukvård inte skulle utgöra hinder för någon annan att bedriva hälso- och sjukvård.³⁷ Skrivelsen har ibland tolkats som att den skulle kunna ge stöd för att kommuner får lov att anställa läkare för patientnära kliniskt arbete.³⁸ När den nya hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) infördes 2017 överfördes inte skrivelsen från den gamla till den nya lagen. Regeringens motivering till detta var att bestämmelsen inte var nödvändig.³⁹ Att bestämmelsen numera tagits bort har gjort den tidigare möjliga tolkningen om att kommunerna skulle kunna anställa läkare för patientnära arbete inaktuell.

Sammantaget är vår bedömning att det i dag inte är tillåtet för en kommun att anställa läkare för patientnära kliniskt arbete till den egna kommunala hälso- och sjukvården.

Läkare som inte arbetar patientnära får anställas

Att kommunerna inte får lov att anställa läkare för patientnära kliniskt arbete innebär inte något generellt förbud för kommunerna att överhuvudtaget anställa professionen läkare i sig. Det är känt att det finns kommuner som har, eller har haft, läkare anställda i samordnande och strategiska roller. Exempelvis anställde Stockholms kommun en läkarstrateg i samband med coronapandemin. I dag finns det en läkarstrateg anställd inom Örebro kommun och utredningen känner till att Uddevalla och Trollhättans kommuner gemensamt har anställt en läkarstrateg under 2024, se även avsnitt 4.6.2.

³⁷ 3 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

³⁸ SOU 2000:114 s. 191–192.

³⁹ SOU 2013:44 s. 210 och Prop. 2016/17:43 s. 83.

För elevhälsan gäller särskilda regler

Skolornas elevhälsa utgör ett undantag där kommunerna får lov att anställa läkare som arbetar i patientnära kliniskt arbete. Att elevhälsan är nära knuten till skolverksamheten har en lång tradition. De första skolläkarna anställdes redan på 1800-talet.⁴⁰ När skolorna blev en kommunal angelägenhet kom således även skolläkarna att bli en del av det kommunala uppdraget. Den rättsliga grunden för kommunernas ansvar för elevhälsan framgår i dag av 2 kap. 25 § skollagen (2010:800).⁴¹ Enligt skollagen omfattar elevhälsan medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. För dessa insatser ska det finnas tillgång till bland annat skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator. Även om elevhälsan främst ska vara förebyggande och hälsofrämjande ska man vid behov samverka med hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Av 23 kap. 25 § skollagen framgår att kommunerna kan överlåta stora delar av elevhälsan till en annan kommun eller till en region. Dessa regler innebär även att elevhälsan kan bedrivas på entreprenad.

Att kommunerna får lov att anställa läkare för patientnära arbete inom elevhälsan är alltså i grunden en effekt av skollagens regler. Men reglerna i skollagen innebär inte något medgivande för kommunerna att anställa läkare för patientnära arbete i den kommunala hälso- och sjukvård som regleras i HSL.

Specialfallet Gotland

Avslutningsvis noterar vi att Gotland utgör en så kallat regionfri kommun. Inom denna organisation finns det inget hinder mot att anställa läkare. De gotländska läkarna tillhör i formell mening organisationens hälso- och sjukvårdsförvaltning.⁴²

⁴⁰ SOU 2000:19 s. 230 f.

⁴¹ Se även Prop. 2009/10:165 s. 274 f.

⁴² Se Sverna Arvill m.fl., Hälso- och sjukvårdslagen (1 nov 2023, JUNO), kommentaren till 1 kap. 5 §

3.3 Läkarmedverkan i tidigare statliga utredningar

Frågan om läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården uppmärksammades ganska snart efter införandet av Ädelreformen. Genom åren har frågan om ansvarsfördelningen mellan kommun och region återkommande varit föremål för utredningar och förslag. Utredningarnas slutsats i sak har varierat. En återkommande bedömning är att kommunerna visserligen upplever brister i läkarmedverkan, men samtidigt antas en förändrad ansvarsfördelning kunna leda till oklara ansvarsförhållanden mellan kommuner och regioner.

Nedan återges sammanfattningar av de statliga utredningar som efter Ädelreformens införande har berört frågan om formerna och villkoren för läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården.

3.3.1 SOU 2000:114 – Samverkansutredningen

Efter Ädelreformens genomförande uppmärksammades ganska omgående brister i de medicinska insatserna inom den kommunala hälso- och sjukvården varför en utredning fick i uppdrag att analysera brister i samverkan mellan region och kommun.⁴³ Utredningen tog namnet *Samverkansutredningen* (SOU 2000:114) och lämnade år 2000 bland annat förslag om att göra det möjligt för kommunerna att anställa egna läkare.⁴⁴

Ja till kommunala läkare

Utredningen konstaterade att det efter Ädelreformens genomförande fanns en samstämmig bild av ett behov av ökade läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården.⁴⁵ Utredningen ansåg att det var orimligt att kommunerna i praktiken var förhindrade att på eget initiativ genomföra förbättringar inom den egna verksamheten. En kommun som önskar lägga ytterligare resurser på sin hälso- och sjukvård borde därför få lov att göra det. Utredningen bedömde att riskerna för otydlig ansvarsfördelning inte borde överdramatiseras. I stället såg utredningen framför sig att kommunerna i första hand skulle utnyttja möjligheten att exempelvis anställa läkare på timmar för att komplet-

⁴³ SOU 2000:114 s. 43 f.

⁴⁴ SOU 2000:114 s. 191 f.

⁴⁵ SOU 2000:114 s. 193.

tera tryggheten och undvika onödiga akutinläggningar.⁴⁶ Anställningarna skulle ske i samråd med regionerna och man såg framför sig att läkarna skulle kunna ges fortbildning genom regionernas försorg. Möjligheten för en kommun att anställa läkare skulle vara frivillig och ske på kommunens egen bekostnad.⁴⁷ I dessa delar lämnade utredningen även konkreta lägsförslag.⁴⁸

Utredningen berörde även frågor om kommuner och regioner borde få lov att bedriva vård- och omsorg på entreprenad åt varandra och om det borde införas en generell möjlighet att efter överenskommelse överlåta huvudmannaskap mellan kommun och region. I båda fallen bedömde utredningen att sådana möjligheter inte borde införas.⁴⁹ En annan aspekt som berördes i utredningen var frågan om sekretess och gemensamma journaler mellan kommun och region. På dessa områden lämnade utredningen inga förslag.⁵⁰

Utredningens förslag om att kommunerna skulle få möjlighet att anställa läkare kom aldrig att genomföras.⁵¹

3.3.2 SOU 2004:68 – Sammanhållen hemvård

Tio år efter Ädelreformen utsåg regeringen en särskild utredare för att göra en ny översyn av vården och omsorgen av de äldre. Betänkandet gavs namnet *Sammanhållen hemvård*. Med begreppet *hemvård* avsåg utredningen de integrerade sociala och medicinska insatser inklusive rehabilitering och hjälpmedel som den enskilde behöver i sitt boende. I hemvården skulle även dagverksamhet och korttidsplatser ingå.⁵² Utredningen fokuserade på hur hemvården borde organiseras, men även på frågan om samverkan mellan kommun och region. Utredningens huvudförslag var att ansvaret för hemvården borde ligga på kommunerna, undantaget läkarinsatser. Utredningens slutsatser utgör bland annat grunden för de regler om samverkan som i dag återfinns i 16 kap. HSL.⁵³

⁴⁶ SOU 2000:114 s. 197.

⁴⁷ SOU 2000:114 s. 199.

⁴⁸ SOU 2000:114 s. 37 f.

⁴⁹ SOU 2000:114 s. 201 f. och 221 f.

⁵⁰ SOU 2000:114 s. 235 f. och 253 f.

⁵¹ Prop. 2002/03:20 s. 37 f.

⁵² SOU 2004:68 s. 9.

⁵³ Se även Prop. 2005/06:115.

Nej till kommunala läkare

När det gäller läkarmedverkan gjorde utredningen en annan bedömning än den som gjordes i SOU 2000:114. Utredningen ansåg att det inte borde införas en möjlighet för kommuner att anställa läkare. Utredningens motivering kan sammanfattas med att man ansåg att ansvarsfördelningen mellan kommuner och regioner skulle bli oklar. Vidare menade utredningen att redan existerande rekryteringsproblem riskerade att förvärras ytterligare, särskilt i glesbygd och på mindre orter. I små kommuner bedömdes det inte heller finnas underlag för en läkare som enbart arbetar med hemvård och att en sådan organisation skulle kunna bli sårbar.⁵⁴

Förstärkta regler om samverkan

När det gäller samverkan mellan kommun och region ansåg utredningen att ett skriftligt avtal skulle reglera omfattningen av, och innehållet i, läkarinsatserna. Utredningen förutsåg att avtalet skulle vara konkret utformat och bland annat precisera omfattningen av läkarmedverkan i tid liksom formerna för insatserna. Vidare skulle avtalen uppdateras årligen. För det fall att regionerna inte skötte sitt åtagande föreslogs att kommunerna skulle få lov att på regionens bekostnad själva köpa in en läkare.⁵⁵ Det kan i detta sammanhang noteras att varken utredningen i sig eller den efterföljande propositionen beskriver närmare eller mer utförligt om hur ett sådant inköp av läkare skulle gå till i praktiken.⁵⁶

För att samarbetet mellan kommunen och regionen skulle fungera så bra som möjligt uppmärksammade utredningen även behovet av gemensamma journaler. Därför förordade utredningen att det vid en kommande översyn av reglerna om journalföring borde övervägas att införas en gemensam vård- och omsorgsjournal.⁵⁷

Förslagen om ett krav på skriftligt avtal mellan region och kommun, liksom reglerna som gör det möjligt för kommunerna att själva köpa in läkare vid brister i läkarmedverkan, kom senare att genomföras och återfinns i dag i 16 kap. HSL.

⁵⁴ SOU 2004:68 s. 61–62.

⁵⁵ SOU 2004:68 s. 84.

⁵⁶ Prop. 2005/06:115 s. 40 f. och 178 f.

⁵⁷ SOU 2004:68 s. 87 f.

3.3.3 SOU 2011:55 – Kommunaliserad hemsjukvård

Regeringen tillsatte sommaren 2010 utredningen *En nationell samordnare för hemsjukvård* (SOU 2011:55) i syfte att stödja en frivillig process att föra över ansvaret för hemsjukvården från region till kommun. Processen att föra över ansvaret hade inletts efter de regeländringar som genomfördes efter utredningen SOU 2004:68, men behövde nu stimuleras vidare. Av direktiven framgick även att frågan om kommunerna skulle ges möjlighet att anställa läkare skulle utredas.⁵⁸

Nej till kommunala läkare

Vad gäller frågan om läkarmedverkan och kommunala läkare bedömde utredningen att kommunerna inte borde ges någon befogenhet att anställa egna läkare.⁵⁹ Ett huvudsakligt argument för denna bedömning var att ansvarsfördelningen mellan kommun och region skulle bli oklar. En annan motivering var att man såg oklarheter och regelkonflikter relaterade till patienternas rätt att själva göra vårdval.⁶⁰ Vidare hade ingen intervjuad representant från vare sig kommun eller region ansett att kommunala läkare skulle vara en lösning på problemet med otillräcklig medicinsk kompetens och brister i läkarmedverkan. Slutligen lyfte utredningen att kommunala läkare skulle riskera att förvärra rekryteringsproblemen, särskilt i glesbygd och på mindre orter. Sammantaget menade utredningen att kommunala läkare bara kunde bli aktuellt om man samtidigt överförde huvudmannaskapet för primärvården från regionerna till kommunerna.⁶¹

3.3.4 SOU 2015:20 – Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård

En återkommande fråga i samverkan mellan region och kommun har varit förekomsten av långa utskrivningstider i samband med att patienter skrivs ut från slutenvård till kommunal hälso- och sjukvård. Utredningen *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård* (SOU 2015:20) gav i första hand förslag om hur kommunernas betalningsansvar för

⁵⁸ SOU 2011:55 s. 11.

⁵⁹ SOU 2011:55 s. 80 f.

⁶⁰ SOU 2011:55 s. 82 f.

⁶¹ SOU 2011:55 s. 82.

utskrivningsklara patienter borde utformas i framtiden. Utredningen berör även betydelsen av en fungerande läkarmedverkan även om några konkreta lagförslag på området inte lämnades.⁶²

3.3.5 SOU 2016:2 – Effektiv vård

Utredningen *Effektiv vård* (SOU 2016:2) hade i uppdrag att analysera hur hälso- och sjukvården kan använda sina resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt. Utredningen lämnade ett stort antal förslag på detta område.

Ja till kommunala läkare

När det gäller läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård föreslog utredningen att kommunerna skulle ges möjlighet att få överta regionernas ansvar för läkarinsatser, om parterna var överens om det.⁶³ I denna del anfördes framför allt att tidigare utredningar inte låtit patienternas behov av god vård få ett tillräckligt genomslag och att oron för oklara ansvarsförhållanden varit större än oron för att patienterna skulle få en dåligt sammanhållen vård.⁶⁴ För att ansvarsfördelningen inte skulle bli otydlig föreslog utredningen att en överföring av läkarinsatser från region till kommun bara skulle kunna bli aktuellt om parterna var överens om detta. På så vis skulle inte heller parallella organisationer uppstå. Vad gäller det förväntade intresset för att ta över ansvaret för läkarinsatserna ansåg utredningen att detta sannolikt var ytterst marginellt. Samtidigt ansåg utredningen att förbudet för kommuner att anställa läkare i patientnära kliniskt arbete var onödigt.⁶⁵ Utredningen lämnade konkreta lagförslag med innebörden att kommunerna skulle kunna ta över ansvaret för läkarmedverkan efter överenskommelse.⁶⁶ Dessa förslag har dock inte genomförts.

⁶² SOU 2015:20 s. 107 f. och 157 f.

⁶³ SOU 2016:2 s. 459 f.

⁶⁴ SOU 2016:2 s. 461.

⁶⁵ SOU 2016:2 s. 462.

⁶⁶ SOU 2016:2 s. 45 f. och 628 f.

Övriga förslag

Bland de många övriga förslag som utredningen lämnade finns det anledning att uppmärksamma att utredningen samtidigt lämnade förslag på en relativt omfattande omorganisering av primärvården. Utredningen föreslog att primärvården skulle förstärkas och tydligt bli patienternas huvudsakliga första vårdkontakt.⁶⁷ Bland annat föreslogs att primärvården skulle få ett särskilt akutuppdrag och att det därmed skulle krävas primärvårdsremiss till sjukhusens akutmottagningar.⁶⁸ Vidare föreslogs att primärvården organisatoriskt skulle delas in i en allmän del och en separat del riktad särskilt mot äldre med omfattande vårdbehov. Den riktade primärvården skulle undantas från det obligatoriska vårdvalet i syfte att skapa en mer sammanhållen insats för patienterna med de allra största behoven.⁶⁹ Vi noterar att förslaget om att göra det möjligt för kommunerna att ta över ansvaret för läkarinsatser från regionerna byggde på att det var den organisatoriskt separerade riktade primärvården som kommunerna skulle få lov att ta över från regionerna.

Förslagen från utredningen har inte genomförts. Det kan noteras att arbetet med en proposition om en ny hälso- och sjukvårdslag var långt framskridet när utredningen överlämnade sina förslag.⁷⁰

3.3.6 SOU 2020:19 – God och nära vård

Eftersom utredningen SOU 2016:2 lämnade många nya förslag bedömdes att dessa behövde följas upp på ett strukturerat sätt. Därför tillsattes utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* (SOU 2020:19) som kom att lämna flera delbetänkanden.

Nej till kommunala läkare

Vad gäller läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård gjorde utredningen bedömningen att en generell möjlighet för kommuner att överta ansvaret för läkarvård inte borde införas. Den huvudsakliga grunden för denna bedömning var att utredningen i sina samtal med

⁶⁷ SOU 2016:2 s. 384 f.

⁶⁸ SOU 2016:2 s. 390 f.

⁶⁹ SOU 2016:2 s. 394.

⁷⁰ Prop. 2016/17:43 s. 77.

kommunerna inte stött på något fall där kommunerna utnyttjat sin befintliga lagstadgade möjlighet att anlita läkare på regionens bekostnad, samtidigt som ingen kommun uttryckt något önskemål om att tydligare få möjlighet att själva anställa läkare eller överta ansvaret för läkarmedverkan. I stället hänvisade utredningen till att ett tidigare förslag om att patienter ska ges möjlighet till en fast läkarkontakt i primärvården var under beredning i Regeringskansliet.⁷¹

3.3.7 SOU 2020:80 – Äldreomsorgen under pandemin

Med anledning av coronapandemin tillsattes *Coronakommissionen* (SOU 2020:80) sommaren 2020 med uppdraget att utvärdera regeringens, myndigheternas, regionernas och kommunernas åtgärder för att begränsa spridningen av covid-19. Kommissionen såg brister framför allt relaterat till äldreomsorgen och lämnade därför flera olika förslag på konkreta åtgärder. Bland annat uppmärksammades behovet av en patientcentrerad sammanhållen journalföring mellan regional och kommunal hälso- och sjukvård.⁷² Vidare ansåg utredningen att den medicinska kompetensnivån generellt behövde höjas inom kommunerna genom till exempel utbildningskrav och krav på tillgång till sjuksköterska dygnet runt.⁷³ Kommissionen ansåg också att det var oacceptabelt att läkarbedömningar gjorts på distans även i situationer då läkaren saknat tidigare kännedom om patienten. Kommissionen ansåg vidare att ett beslut om övergång till palliativ vård i livets slutskede i regel inte borde fattas på distans.⁷⁴

Ja till kommunala läkare

Vad gäller läkarmedverkan ansåg kommissionen att kommunerna borde ges möjlighet att anställa egna läkare för patientnära kliniskt arbete.⁷⁵ Kommissionen uppmärksammade att den svenska uppdelningen av ansvaret för läkarinsatser saknar motsvarighet i de nordiska grannländerna. Man pekade vidare på att även Folkhälsomyndigheten ansett att det borde övervägas om inte kommunerna skulle kunna anställa

⁷¹ SOU 2020:19 s. 152.

⁷² SOU 2020:80 s. 246 f.

⁷³ SOU 2020:80 s. 250 f.

⁷⁴ SOU 2020:80 s. 273 f.

⁷⁵ SOU 2020:80 s. 259 f.

egna läkare. Sammantaget ansåg kommissionen att den svenska ansvarsuppdeleningen inte framstår som en lämplig lösning. Kommunerna behöver därför ges möjlighet att anställa läkare även om huvudansvaret för läkarinsatserna fortsatt ska ligga på regionerna. Något konkret lagförslag i saken lämnades dock inte.

3.3.8 SOU 2022:41 – Nästa steg

Hösten 2020 tillsattes *Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner* (SOU 2022:41) med uppdraget att föreslå en särskild äldreomsorgslag. Utredningen skulle även lämna förslag på hur den medicinska kompetensen kunde stärkas inom äldreomsorgen, både på verksamhets- och ledningsnivå. Utredningen fick även ett uppdrag att överväga och ta ställning till om det fanns behov av och var ändamålsenligt att ge kommuner möjlighet att utföra läkarinsatser och, om det fanns ett sådant behov, lämna de förslag som krävdes för att reglera en sådan ordning.⁷⁶

Läkarmedverkan

Vad gäller läkarmedverkan konstaterade utredningen att regionerna brustit i sitt ansvar för läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården.⁷⁷ Det råder generellt brist på läkare med geriatrisk kompetens och det är svårt att rekrytera erfarna medarbetare, särskilt i glesbygdsområden. Utredningen bedömde att avtalen om läkarmedverkan mellan regioner och kommuner lämnar ett för stort utrymme för tolkning och utformning av uppdragets utförande.⁷⁸ Läkarmedverkan är oftast förlagd till dagtid på vardagar och det kan vara otydligt hur den kommunala sjuksköterskan ska komma i kontakt med läkaren utanför dessa tider.⁷⁹ I praktiken utnyttjar inte kommunerna den lagstadgade möjligheten att själva anlita läkare på regionens bekostnad.⁸⁰

⁷⁶ Dir. 2020:142.

⁷⁷ SOU 2022:41 s. 359 f.

⁷⁸ SOU 2022:41 s. 362 f.

⁷⁹ SOU 2022:41 s. 366.

⁸⁰ SOU 2022:41 s. 366 f.

Nej till kommunala läkare

Trots de många utmaningar som noterats gällande läkarmedverkan bedömde utredningen att kommunernas möjlighet att själva anställa läkare och utföra läkarinsatser inte borde ändras.⁸¹ Utredningen ansåg att en sådan ordning inte skulle vara ändamålsenlig. Om kommunerna ändå skulle ges utökade befogenheter ansåg utredningen att huvudmannskapet borde ändras i grunden. Utredningens lösning blev i stället att föreslå att den nationella styrningen av läkarmedverkan i sin befintliga form borde förtydligas.

Tre prövade modeller för kommunala läkare

För att komma fram till sin bedömning prövade utredningen tre olika modeller för hur kommunerna skulle kunna ta ett utökat ansvar för läkarinsatser.⁸² Följande modeller övervägdes:

- En möjlighet att anställa läkare på egen bekostnad.
- En möjlighet att ta hela vårdgivaransvaret för läkarinsatser för patienter i kommunal primärvård.
- En möjlighet att ta över huvudansvaret för läkarinsatser på primärvårdsnivå.

När det gäller möjligheten att anställa läkare på egen bekostnad noterade utredningen att det inte kommit fram något intresse från kommunerna för en sådan lösning. Utredningen såg risker för otydlighet i ansvarsfördelningen och att kommuner skulle få kompensera för brister hos regionerna utan att få någon ersättning för det.⁸³

När det gäller alternativet att ta över hela vårdgivaransvaret för läkarinsatser för de patienter som är inskrivna i kommunal primärvård såg utredningen hinder i förhållande till reglerna om offentlig upphandling. För att undvika sådana hinder skulle kommunerna behöva erbjuda läkartjänster på primärvårdsnivå till hela befolkningen, vilket utredningen inte bedömer vara aktuellt.⁸⁴

⁸¹ SOU 2022:41 s. 368 f.

⁸² SOU 2022:41 s. 371 f.

⁸³ SOU 2022:41 s. 371–372.

⁸⁴ SOU 2022:41 s. 372–373.

Det sista alternativet skulle innebära en möjlighet, men ingen skyldighet, att ta över ansvaret för läkarinsatser på primärvårdsnivå på ett motsvarande sätt som redan gäller för primärvård i ordinärt boende (hemsjukvård). Praktiskt taget samtliga kommuner i Sverige har i dag tagit över ansvaret för hemsjukvården på detta sätt.

Utredningen bedömde att detta skulle vara den mest ändamålsenliga lösningen av de tre olika alternativen. Samtidigt bedömde man att alternativet förutsätter förändringar i huvudmannaskapet. Men att ändra i huvudmannaskapet skulle enligt utredningen i sin tur innebära stora utmaningar. Utredningen ansåg att särskilt de mindre kommunerna sannolikt inte skulle ha förutsättningar för att kunna bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet med läkarinsatser på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt. En sådan ordning skulle också innebära att kommuner och regioner konkurrerade om samma personal. Utredningen bedömde att en kommunal läkare skulle bli relativt ensam i sin profession och systemet skulle vara sårbart vid sjukdom eller semester. Det finns inte heller ekonomiska möjligheter för kommunerna att hålla sig med en överkapacitet av läkare. Även med en kommunal läkare skulle det fortsatt finnas stora krav på samverkan och samordning mellan kommun och region. Sammantaget ansåg utredningen att det mest ändamålsenliga vore att kommuner och regioner i stället fortsatte att samverka inom ramen för befintligt regelverk.⁸⁵

Övriga förslag

Vid sidan om utredningens bedömning när det gäller läkarmedverkan lämnades även flera andra förslag med syftet att stärka primärvården i kommunerna. Flera av dessa förslag berör direkt eller indirekt formerna för läkarmedverkan.

Det borde vara möjligt att få en medicinsk bedömning av sjuksköterska respektive läkare dygnet runt

Utredningen konstaterade att patienterna i den kommunala hälso- och sjukvården har vårdbehov dygnet runt och att det är de kommunala sjuksköterskorna som i praktiken har det samordnande ansvaret för de medicinska insatserna. Utredningen bedömde att det är rimligt

⁸⁵ SOU 2022:41 s. 373–378.

att det ska finnas en struktur som möjliggör att alla patienter som är inskrivna i den kommunala primärvården vid behov kan få en medicinsk bedömning av en sjuksköterska dygnet runt. En reglering för detta borde därför införas i hälso- och sjukvårdslagen. Det handlar inte om att varje enskilt boende ska ha egna sjuksköterskor dygnet runt. I stället handlar det om att det ska finnas en praktisk möjlighet för sjuksköterskor att vid behov inställa sig fysiskt även på kvällar, helger och nätter. Digital teknik skulle också kunna användas.⁸⁶

Även om de flesta läkarinsatserna kan lösas på dagtid bedömde utredningen vidare att det på samma sätt som för sjuksköterskor finns ett behov av tillgång till läkare för medicinsk bedömning dygnet runt. Utredningen ansåg att det inte var acceptabelt att regionerna hänvisar till ett växelnummer eller till sjukhusens akutmottagningar under jourtid. På samma sätt som för sjuksköterskorna kan dock den praktiska organisationen av läkartillgången lösas på olika sätt, inklusive digitala lösningar. Det centrala är att den kommunala hälso- och sjukvården behöver en praktisk möjlighet att få en läkarbedömning dygnet runt.⁸⁷

Stärkt styrning av avtalen om läkarmedverkan

Utredningen menade vidare att de övergripande avtalen om läkarmedverkan mellan kommun och region lämnar ett för stort utrymme för tolkningar. Därför föreslog utredningen att det i hälso- och sjukvårdslagen borde införas grundläggande krav på läkarinsatserna i den kommunala hälso- och sjukvården. Utredningen föreslog att ett sådant grundläggande krav var att regionen skulle säkerställa att enskilda som är inskrivna i den kommunala primärvården ges möjlighet att lista sig hos en viss vårdgivare som ansvarar för läkarinsatserna där patienten är inskriven, både i särskilt och i ordinarie boende, och där få en fast läkarkontakt.⁸⁸ Vidare föreslog utredningen att regionen ska säkerställa att en sådan 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.⁸⁹ En fast läkarkontakt till en patient som är inskriven i kommunens primär-

⁸⁶ SOU 2022:41 s. 398 f.

⁸⁷ SOU 2022:41 s. 442 f.

⁸⁸ SOU 2022:41 s. 430 f.

⁸⁹ SOU 2022:41 s. 436 f.

vård 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.⁹⁰ Detta skulle gälla alla fasta läkar-kontakter, även de som inte finns hos vårdgivare med särskilt utpekat uppdrag.

Gemensam plan för primärvården

Utredningen bedömde att det borde införas ett förtydligande krav på att region och kommun ska samverka med varandra vid planering och utveckling av sjukvården. Det borde, enligt utredningen, upprättas en gemensam plan som anger formerna för och utvecklingen av primärvården. Planen borde dessutom följas upp varje år.⁹¹

En reglerad ledningsstruktur

Avslutningsvis lämnar utredningen flera olika förslag för att stärka den medicinska kompetensen även på ledningsnivå. Det handlar bland annat om en stärkt roll för verksamhetschefen.⁹² Vidare föreslår utredningen att det i kommunerna ska införas ett krav på en kommunalt ledningsansvarig för primärvård. Normalt ska denna position innehas av en sjuksköterska eller en läkare.⁹³ Till sist föreslog utredningen att det även på regionnivån borde finnas en regionalt ledningsansvarig för kommunal primärvård. På denna position föreställde sig utredningen normalt en läkare.⁹⁴

3.3.9 SOU 2023:94 – Förändring genom försök

I detta sammanhang finns det även anledning att uppmärksamma den nyligen slutförda utredningen *Förändring genom försök* (SOU 2023:94). Syftet med denna utredning är att kommuner och regioner genom

⁹⁰ SOU 2022:41 s. 440 f.

⁹¹ SOU 2022:41 s. 385 f.

⁹² SOU 2022:41 s. 454 f.

⁹³ SOU 2022:41 s. 468 f.

⁹⁴ SOU 2022:41 s. 479 f.

olika former av försöksverksamhet ska få ökad kapacitet att hantera de samhällsutmaningar som de står inför.⁹⁵

Svårt för kommuner och regioner att fullt ut samverka om vård på specialiserad nivå

Utredningen uppmärksammar att det är svårt att dra en exakt gräns mellan kommunernas respektive regionernas ansvar för den samlade hälso- och sjukvården.⁹⁶ För primärvården gäller ett delat ansvar, men den specialiserade vården ankommer endast på regionerna. En grundläggande kommunalrättslig princip är samtidigt att en kommun inte får utföra uppgifter som ankommer på andra.⁹⁷ Därmed kan ett kompetensproblem uppstå om regionen vill delegera uppgifter från regionens specialiserade vård till den kommunala hälso- och sjukvården, som alltså bara omfattar vård på primärvårdsnivå. Eftersom vården i dag utförs alltmer nära patienten och inte sällan i det egna hemmet, blir problemet mer framträdande med tiden.

Det görs olika tolkningar av hur långtgående utrymmet för samverkan är mellan kommuner och regioner när det gäller vård på specialiserad nivå.⁹⁸ Den vanligaste formen av samverkan är avtalssamverkan. Men även om parterna har ett samverkansavtal får kommunerna alltså inte utföra uppgifter som inte ankommer på dem. Avtalssamverkan får således bara ske gällande uppgifter som alla samverkande parter har kompetens för. Detta innebär att avtalssamverkan inte är möjligt på flera områden.⁹⁹

Försök med avtalssamverkan om vård på specialiserad nivå

Utredningen föreslår att det genom en särskild försökslag ska bli möjligt för kommuner och regioner att sluta avtal om samverkan även om sådan vård på specialiserad nivå som i dag inte ligger inom båda parternas kompetens. Utredningsförslaget baseras i grunden på ett förslag från Sveriges kommuner och regioner.¹⁰⁰ Förslaget avser inte

⁹⁵ SOU 2023:94 s. 39.

⁹⁶ SOU 2023:94 s. 216.

⁹⁷ 2 kap. 2 § kommunallagen (2017:725).

⁹⁸ SOU 2023:94 s. 221–222.

⁹⁹ Prop. 2018/19:151 s. 29.

¹⁰⁰ SOU 2023 :94 s. 230.

patientnära kliniska läkarinsatser, i den delen lämnas i stället ett kompletterande förslag som återges nedan.¹⁰¹

Bakgrunden till förslaget är att kommunerna i grunden arbetar närmare patienternas hem än vad regionerna normalt gör. Det finns en växande grupp patienter i hemsjukvården med komplexa vårdbehov som inkluderar vård på specialiserad nivå. För dessa patienter är tanken att kommunernas hälso- och sjukvårdspersonal inom ramen för försöksverksamheten ska kunna utföra vissa åtgärder i hemsjukvården, även om insatsen är en del av den specialiserade vården. Det uppmärksammas att många regioner inte har någon sådan organisation som krävs för att kunna utföra hemsjukvård på specialiserad nivå i den utsträckning som behövs för att uppnå målen med en god och nära vård.¹⁰²

Utredningsförslaget utgår från att regionerna ska kompensera kommunerna ekonomiskt om ett försök inleds.¹⁰³ En annan aspekt som uppmärksammas är att även om kommunerna ges kompetensen att utföra viss specialiserad vård måste gällande regler för upphandling beaktas.¹⁰⁴

Försök med kommunalt huvudmannaskap för patientnära kliniska läkarinsatser

Vad gäller läkarmedverkan noterar utredningen att det tidigare genomförts vissa försök med kommunal primärvård där ett antal kommuner prövade att ta över ansvaret även för patientnära kliniska läkarinsatser. Vad som är känt om dessa försök är att de inte påvisade några direkta effekter, varken positiva eller negativa.¹⁰⁵

Utredningen konstaterar att frågan om formerna för läkarmedverkan varit under diskussion under en lång tid och anser att tiden är mogen för ett nytt försök med ett förändrat huvudmannaskap. Men utredningen anser att ett eventuellt sådant förslag bättre kan hanteras genom den redan tillsatta *Utredningen om stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård*, det vill säga vår utredning.

Vidare anser försöksverksamhetsutredningen att direktivet till vår utredning om stärkt medicinsk kompetens inte hindrar ett förslag om försök där kommunerna får möjlighet att ta över huvudmannaskapet

¹⁰¹ SOU 2023:94 s. 231 f.

¹⁰² SOU 2023:94 s. 225–226 och 232.

¹⁰³ SOU 2023:94 s. 234.

¹⁰⁴ SOU 2023:94 s. 226–229 och 234–235.

¹⁰⁵ SOU 2023:94 s. 240 f. och lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård.

även för patientnära läkarinsatser. Försöksverksamhetsutredningen ser framför sig att försöket praktiskt ska regleras genom avtal mellan region och kommun samt att detta avtal ska beröra frågor om till exempel ansvars- och kostnadsfördelning.¹⁰⁶

3.3.10 Sammanfattande intryck av tidigare utredningar

Sedan Ädelreformens genomförande på 1990-talet har formerna för läkarmedverkan utvärderats av åtminstone sju statliga utredningar. Tre av dessa utredningar har på olika sätt ansett att kommunerna borde ges någon form av möjlighet att i en eller annan form anställa egna läkare för patientnära kliniskt arbete. Fyra utredningar har i sin tur avfärdat att en sådan möjlighet borde införas. Sammantaget kan vi konstatera att frågan om hur läkarmedverkan ska organiseras är omdiskuterad och den har inte någon självklar lösning.

3.4 Hur fungerar läkarmedverkan i dag?

Under utredningstiden har vi samtalat med ett brett urval av representanter för de parter som i dag är verksamma inom den kommunala hälso- och sjukvården eller på annat sätt har koppling till frågan om läkarmedverkan. Vi har studerat rapporter, utredningar och uppsatser där frågan berörs. Syftet har varit att få en bild av hur läkarmedverkan i dag fungerar i praktiken. I detta avsnitt presenterar vi våra mest centrala observationer från dessa samtal.

3.4.1 Erfarenheterna av läkarmedverkan visar på brister i samverkan mellan region och kommun

Det samlade intrycket från samtalen om dagens läkarmedverkan är blandat. Flera av de intervjuade kommunerna uppger att samarbetet med regionen i grund och botten fungerar relativt bra. I dessa kommuner får patienterna väsentligen den läkarvård som de är i behov av och det finns ett etablerat och relativt välfungerande samarbete mellan kommunen och regionen om läkarmedverkan. Även om samarbetet i flera kommuner fungerar bra finns det ändå problem och hinder i den

¹⁰⁶ SOU 2023:94 s. 245–246.

vardagliga verksamheten. En återkommande synpunkt är att vårdtyngden i den kommunala hälso- och sjukvården generellt har ökat de senaste åren. De inskrivna patienterna i den kommunala hälso- och sjukvården har ofta mer allvarliga medicinska tillstånd än vad de typiskt sett hade för 10 eller 20 år sedan. Det innebär att alltmer avancerade insatser sköts i hemmet och därigenom av den kommunala hälso- och sjukvården.

En tendens som vi noterat i samtalen är att samarbetet mellan kommun och region verkar fungera något bättre i mindre eller mer glest befolkade regioner. En teori kan vara att samarbete är enklare i mindre organisationer och i miljöer där det i praktiken inte finns något alternativ än att få till ett fungerande samarbete. De kommuner som beskriver ett fungerande samarbete har också ofta en mer tydlig arena för samverkan, exempelvis genom återkommande samarbetsmöten mellan kommun och region där företrädare för flera olika professioner både inom den kommunala och regionala vården finns representerade. En stor kommun som skiljer sig är Stockholms kommun där man generellt uppfattar att den egna vårdvalsmodellen för läkarinsatser i särskilda boenden i stort fungerar väl.

Alla kommuner har inte goda erfarenheter av samarbetet kring läkarmedverkan. Flera av de kommuner som vi talat med beskriver i stället en ständig dragkamp med regionen om resurserna för läkarmedverkan. De beskriver vidare en avsaknad av en fungerande arena för samverkan. Till följd av detta uppstår i praktiken brister i läkarmedverkan.

En aspekt som uppmärksammas i flera av samtalen är frågan om vad som egentligen ska anses utgöra kommunal primärvård. Flera kommuner upplever att gränserna löpande förskjuts och att vårdtyngden i den kommunala hälso- och sjukvården därigenom ökar. Kommunerna upplever att regionerna ofta förväntar sig att kommunerna har kapacitet och är förberedda för att kunna ta emot patienter med förhållandevis stora vårdbehov. Det kan exempelvis handla om patienter med behov av andningsstöd, trakeostomi eller svår diabetes. Samtidigt upplever kommunerna att de har svårt att i praktiken svara upp mot dessa förväntningar.

En annan problematik är att själva läkarinsatsen i sig har brister eller att viktiga uppgifter som egentligen faller på läkare inte blir utförda eller får utföras av någon annan. En brist som återkommande nämns är uteblivna brytpunktssamtal i livets slutskede.

Bristerna i läkarmedverkan förekommer löpande, men det är uppenbart att situationen är särskilt problematisk utanför ordinarie arbetstider. Rutinerna för läkarmedverkan under jourtid varierar över landet. Ibland finns det jourlösningar som är kopplade till patienternas ordinarie vårdcentral. Det kan även finnas olika former av mobila team där läkare kan ingå. I praktiken är det ändå inte ovanligt att det saknas en egentlig jourläkarresurs som kan göra insatser i den kommunala hälso- och sjukvården. I dessa fall är regionens akutmottagning ofta det enda praktiska alternativet för en patient som behöver få en läkarbedömning under jourtid.

3.4.2 Professionsföreträdarnas syn på läkarmedverkan

I våra samtal med professionsföreträdare som läkare och sjuksköterskor ges en delvis mer problematisk bild. Mer som regel än undantag anser professionsföreträdare att det är otydligt vilka krav som ställs på läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård. Det finns även en skillnad i hur läkarinsatser utförs för olika grupper inom den kommunala hälso- och sjukvården, exempelvis mellan äldreomsorg och LSS eller socialpsykiatri. För de två senare grupperna kan läkarinsatserna präglas av särskild otydlighet, inte minst eftersom detta är grupper som ofta har många olika vårdkontakter.

Professionsföreträdarna lyfter särskilt teamets betydelse för en god och säker vård. Det är viktigt att göra insatser med framförhållning så att det finns kända planer att agera utifrån både fortlöpande och vid akuta situationer. För att detta ska vara möjligt krävs tillräckligt med tid och tillgång till läkare. Detsamma gäller även för övriga yrkeskategorier så att trygga delegationer och handledning av omvårdnadspersonal kan bli möjlig. Professionsföreträdarna lyfter även fram goda exempel. Det uppmärksammas särskilt att användandet av digital teknik, ett gott samarbete och tydliga uppdrag kan vara viktiga vägar mot en bättre och mer välfungerande vård.

Sammanfattningsvis är ett genomgående tema i samtalen med professionsföreträdare att avsaknaden av tydlighet i uppdraget, tid för genomförandet samt bristen på legitimerad personal påverkar insatserna i den kommunala hälso- och sjukvården negativt.

3.4.3 Patienternas upplevelser av läkarmedverkan

Socialstyrelsen genomför regelbundet studier av vad de äldre tycker om äldreomsorgen. Även om äldreomsorgen inte omfattar hela den kommunala hälso- och sjukvården är det ändå av intresse hur denna grupp uppfattar att läkarmedverkan fungerar.

Socialstyrelsen har frågat äldre i särskilt boende hur lätt eller svårt de upplever att det är att vid behov få träffa läkare. 2013 uppgav 60 procent att det var mycket eller ganska lätt att få träffa läkare, men därefter har nöjdheten minskat löpande. 2022 svarade endast 45 procent att det var mycket eller ganska lätt att få träffa läkare.

Det är i sin tur stora skillnader i nöjdhet mellan olika kommuner. I den kommun som fick lägst resultat svarade endast 17 procent att det var mycket eller ganska lätt att få träffa läkare. I den kommun som fick högst resultat uppgav 79 procent att det var mycket eller ganska lätt att få träffa läkare. En total skillnad på 62 procentenheter mellan dessa olika kommuner. Samma undersökning har även tittat på hur lätt det upplevdes att få träffa en sjuksköterska. Även där noteras ett sjunkande resultat över tid, men sammantaget upplevs det ändå lättare att få träffa en sjuksköterska än en läkare. Under 2023 uppgav 72 procent av de tillfrågade att det var mycket eller ganska lätt att få träffa en sjuksköterska. Vad gäller möjligheten att överhuvudtaget få kontakt med någon i boendets personal i allmänhet uppgav 80 procent av patienterna att det var mycket eller ganska lätt att vid behov få tag på personalen.¹⁰⁷

3.4.4 Brister i läkarmedverkan får negativa konsekvenser i flera led

När läkarmedverkan inte fungerar får det snabbt konsekvenser i flera led. För patienten kan väntan på medicinsk bedömning innebära obehag och osäkerhet, men mest allvarligt är att en utebliven eller försenad medicinsk bedömning i sig kan innebära medicinska risker. För den kommunala sjuksköterskan och för övrig kommunal omsorgspersonal innebär fördröjd eller utebliven läkarkontakt ofta merarbete och medför otrygghet och stress i arbetet. Sjuksköterskor i kommunal verksamhet som vi talat med beskriver situationer där de ofrivilligt tvingas ta ett större medicinskt ansvar än vad deras utbildning egent-

¹⁰⁷ Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser 2023 – Resultat från undersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?"* s. 12–15.

ligen medger. Det kan även uppstå etiskt svåra situationer när den kommunala sjuksköterskan blir ställd inför valet att vänta på läkare eller att i stället välja att skicka patienten till regionens akutmottagning. I en sådan situation är det ibland viktigare att en läkarbedömning blir utförd än vilken läkare som utför den.¹⁰⁸ Om en patient skickas till akutmottagning innebär detta i sig en betydande arbetsbelastning för den regionala akutvården, samtidigt som vårdmiljön på akutmottagningen inte är optimal för äldre patienter med omfattande vårdbehov.

3.4.5 Stora variationer i avtalen om läkarmedverkan

Alla regioner och kommuner har någon form av grundläggande avtal om läkarmedverkan och uppfyller därmed det formella lagkravet på att ha ett sådant avtal.¹⁰⁹ Men villkoren i avtalen skiljer sig mellan de olika regionerna. Utredningen har gått igenom samtliga regionala grundavtal och kan konstatera att avtalens upplägg och innehåll varierar stort. Den vanligaste lösningen är att regionen slutit någon form av övergripande hemsjukvårdsavtal med samtliga kommuner i regionen. Till detta avtal finns det sedan en separat bilaga eller ett kompletterande avtal som berör frågan om läkarmedverkan mer specifikt. Det är även vanligt med andra former av kompletterande riktlinjer, vägledning eller krav- och kvalitetsböcker. I flera fall finns det även lokala avtal slutna direkt mellan regionen och enskilda kommuner. Där kan villkoren för läkarmedverkan variera från kommun till kommun inom en och samma region. Frågan om läkarmedverkan är också ofta en del av de enskilda utföraravtalen mellan regionen och vårdcentralerna. I några regioner saknas helt avtal på mellannivå. I dessa regioner regleras frågan om läkarmedverkan således endast i det generella och regionövergripande hemsjukvårdsavtalet och därefter direkt i enskilda avtal med vårdcentralerna.

¹⁰⁸ Anette Chikaonda och Stina Landgren, *Sjuksköterskors erfarenheter av läkarmedverkan på särskilt boende*, s. 15.

¹⁰⁹ 16 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Många avtal är gamla

En återkommande observation är att många av avtalen är förhållandevis gamla. Vår genomgång visar att 10 av 21 avtal är äldre än fem år. I vissa regioner pågår ett arbete med att uppdatera avtalen, men utredningen har fått tecken på att det är svårt att komma överens. I vissa regioner är läkarmedverkan endast en mindre del av ett större ramavtal. Om det inte är möjligt att komma överens om ett nytt övergripande ramavtal, kan inte heller avtalen uppdateras i de delar som avser läkarmedverkan.

Det förekommer både tidsatta och icke tidsatta avtal

Vad gäller avtalens innehåll i sig visar vår genomgång att 9 av 21 regioner har avtal med någon form av centralt beslutad riktlinje för hur mycket läkartid som de enskilda vårdcentralerna förväntas sätta av till läkarmedverkan. I vissa regioner saknas en centralt beslutad tidsättning, men det kan då förekomma tidsättning i de enskilda avtalen med vårdcentralerna. Tidsättningen kan variera mellan patienter i särskilt boende, patienter med korttidsplats och andra patienter i hemsjukvården. Om avtalet är tidsatt är tiden ofta beräknad som ett visst tidsmått per ett visst antal patienter. Spannet för den avsatta tiden varierar kraftigt. En ofta förekommande riktlinje är 1 timme läkartid per 10 boende i särskilt boende och vecka. Vi har identifierat 6 regioner som har denna tidsättning. Den region som avsatt minst tid hade avtalat om 30 minuter per 10 boende och vecka. Den region som avsatt mest tid hade avtalat om 1 timme per 6 boende i särskilt boende och 1 timme per 3 boende med korttidsplats och vecka.

I de regioner som har tidsatta avtal gäller typiskt sett att den avsatta tiden avser hela läkarinsatsen, det vill säga både eventuell rond, enskilda samtal, journalföring och övrig tillhörande administration. Den enda tid som inte brukar räknas med i läkarinsatsen är restid.

Från samtalen noteras att nöjdheten med läkarmedverkan rent generellt var förhållandevis god i den region som avsatte allra mest tid i sitt avtal. Samtidigt noterar vi att det fanns en betydande missnöjdhet avseende läkarmedverkan i den region som avsatte allra minst tid.

Våra observationer om hur mycket läkartid som typiskt brukar avsättas ligger i linje med vad tidigare utredningar funnit.¹¹⁰ Som en jämförelse är det känt att den genomsnittliga avsatta läkartiden på norska sjukhem uppgår till mer än 30 minuter per vecka och patient.¹¹¹

Många regioner har inte någon reglerad tid för läkarmedverkan i sina avtal. Dessa regioner kan i stället ha mer allmänt hållna målsättningar. Det kan exempelvis vara formuleringar om att läkarmedverkan ska ske en gång per vecka för patienter i särskilt boende. Sedan är det upp till de enskilda utförande vårdcentralerna att komma överens med de kommunala verksamheterna om formerna och därmed även omfattningen av läkarmedverkan. Det förekommer också avtal som inte är tidsatta, men där behoven i stället är mer detaljerat beskrivna.

Det är svårt att utforma effektiva avtal

Studier som genomförts av avtalen mellan kommun och region visar på svårigheterna att utforma effektiva avtal som aktivt kan driva utvecklingen mot en bättre och mer nära vård. I praktiken är det svårt att ställa kvalitetskrav inom den offentliga sektorn. Dagens avtal är oftast fokuserade på processuella och strukturella frågor såsom hur vården ska bedrivas eller när fasta besök ska genomföras. Avtalen fokuserar inte på formella kvalitetskrav. Även om kraven i avtalen kan vara uppföljningsbara är kraven oftast inte mätbara.¹¹²

En sammanfattande observation är att det finns en konsensus om att avtalen mellan kommun och region har brister, att avtalen inte är ändamålsenliga samt att de fungerar dåligt som styrinstrument. Konsekvenserna kan bli brister i tillgång och kontinuitet till god vård och sämre förutsättningar för ett nära samarbete med kommunens sjuksköterskor.¹¹³

¹¹⁰ Exempelvis SOU 2011:55 s. 74–75, SOU 2022:41 s. 444, Johanna Örtenhed Velthoen, *Är det möjligt att styra medicinsk kvalitet inom äldreomsorgen genom att reglera läkarmedverkan via avtal?*, 2022, s. 15 f. samt Szebehely, *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden*, 2020, s. 69 och där angivna referenser.

¹¹¹ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Den nordiska äldreomsorgen*, 2021, s. 122.

¹¹² Johanna Örtenhed Velthoen, *Är det möjligt att styra medicinsk kvalitet inom äldreomsorgen genom att reglera läkarmedverkan via avtal?*, 2022, s. 32 f.

¹¹³ SNS, *Samverkan kring multisjuka äldre: lärdomar från praktik och forskning*, 2024, s. 11 och 36.

3.4.6 De enskilda vårdcentralerna har stor betydelse för hur läkarmedverkan utförs i praktiken

I de flesta regioner utförs läkarmedverkan genom att de enskilda vårdcentralerna åläggs att tillhandahålla läkare till den kommunala hälso- och sjukvården som en del av det samlade uppdraget att driva vårdcentral. Kraven kring läkarmedverkan framgår ofta redan i förfrågningsunderlagen inför det att regionerna ska sluta avtal med enskilda vårdcentraler. Regionens krav blir sedan en del av avtalen med vårdcentralerna. Men de närmare praktiska aspekterna av läkarmedverkan är inte alltid utförligt reglerade, utan kan ankomma på överenskommelser och samarbete mellan den enskilda vårdcentralen och den kommunala hälso- och sjukvården.

Av våra samtal med kommunerna framgår att det ofta beror på den enskilda vårdcentralen, eller till och med enskilda anställda vid vårdcentralen, hur väl läkarmedverkan fungerar i praktiken. Olika vårdcentraler ser olika på uppdraget om läkarmedverkan. Ibland är uppdraget tydligt prioriterat. I våra samtal har vi sett exempel på vårdcentraler som prioriterar ronder och patientkontakter i särskilt boende före sina ordinarie mottagningstider. Vid andra vårdcentraler kan det finnas en annan kultur där vårdcentralen snarast ser uppdraget om läkarmedverkan som en belastning och där man ogärna medverkar i den kommunala hälso- och sjukvården utöver det formella avtalets minimum.

Ett annat problem som beskrivs i samtalen är att de enskilda vårdcentralerna i sig kan sakna de läkarresurser som behövs för att kunna genomföra läkarmedverkan. Särskilt utanför större städer kan läkartjänster stå vakanta på vårdcentraler under längre tid. Om den enskilda vårdcentralen inte har tillräckliga läkarresurser är det svårt att få till en fungerande läkarmedverkan.

En annan viktig faktor som påverkar samverkansarbetet är patienternas rätt att själva välja vårdcentral och läkare. Rätten att välja innebär att varje enskild patient på ett särskilt boende kan ha var sin läkare som i sin tur kan vara knuten till var sin vårdcentral. I praktiken får den kommunala sjuksköterskan och övrig omsorgspersonal vid boendet ett stort samordnande ansvar med många samtidiga kontaktpunkter. I våra samtal med kommuner har de bland annat nämnt att situationen för de kommunala sjuksköterskorna i vissa fall kan vara sådan att de tvingas lägga en betydande del av sin samlade arbetstid enbart på att söka läkare i olika former. Konsekvensen blir att sjuksköterskorna i

praktiken hindras från att utföra sitt egentliga omvårdnadsarbete. Det bör i detta sammanhang samtidigt uppmärksammas att möjligheterna för att faktiskt kunna utnyttja rätten till vårdval varierar över landet. På mindre orter kan det ibland bara finnas en enda vårdcentral att välja på. Det är samtidigt känt att det i större kommuner med fler vårdcentraler förekommer att patienter som skrivs in i den kommunala hälso- och sjukvården under informella former ges information och möjlighet att välja en vårdcentral som boendet har en upparbetad kontakt med. Ett sådant val är dock alltid frivilligt för den enskilde. Denna boendeanknutna läkarinsats skapar enligt de danska erfarenheterna bättre förutsättningar för kontinuitet och teamarbete.

3.4.7 Kommunerna utnyttjar inte rätten att anlita läkare på regionens bekostnad

Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter att tillhandahålla läkare har kommunerna en rätt att på egen hand anlita läkare och då få ersättning för sina kostnader från regionen.¹¹⁴ Men i våra samtal med företrädare för kommuner, regioner och intresseorganisationer har ingen uppgett att de känner till något fall där en kommun faktiskt skulle ha utnyttjat denna lagstadgade möjlighet. Denna observation ligger i linje med vad tidigare utredning funnit.¹¹⁵

Många grunder för att inte anlita läkare på egen hand

I våra samtal uppger flera kommuner att någon situation där de övervägt att själv anlita läkare aldrig har uppkommit. Detta kan ha flera orsaker. En orsak kan vara att regionen faktiskt har levererat läkarinsatsen, om än med fördröjning. En annan orsak kan vara att kunskapen om möjligheten att anlita läkare på regionens bekostnad i allmänhet är låg. Det är därför vanligt att kommunerna aldrig ens övervägt möjligheten att anlita läkare på regionens bekostnad. Detta kan i sin tur bero på flera olika faktorer, exempelvis är det flera kommuner som ifrågasätter var de överhuvudtaget skulle kunna få tag på en läkare. Särskilt gäller detta för de kommuner där bristerna i läkarmed-

¹¹⁴ 16 kap. 1 § tredje stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

¹¹⁵ SOU 2022:41 s. 366 f.

verkan i sin tur beror på att de enskilda vårdcentralerna inte klarat av att bemanna upp läkarfunktionen.

En annan vanlig åsikt i både kommun och region är att det skulle skada samarbetet, kontinuiteten och de etablerade vårdstrukturerna om kommunerna på egen hand anlitade läkare. Här lyfter kommunerna att det finns många praktiska hinder för en tillfälligt anlitad läkare. Det anses exempelvis oklart hur en sådan tillfällig läkare skulle få kännedom om de enskilda patienternas journalhistorik. Det anses vidare oklart var läkaren i sin tur själv ska dokumentera sina fynd och hur läkaren, vid behov, ska kunna remittera patienten vidare. I praktiken väljer kommunerna därmed andra lösningar som att i första hand försöka trycka på hos vårdcentralen eller regionen alternativt att helt enkelt avvakta med läkarmedverkan till en senare tidpunkt. En vanlig lösning är också att kommunerna på eget initiativ tar patienten till sjukhusets akutmottagning. I samtalen efterfrågas framför allt lösningar som innebär att kommunerna inte ska behöva anlita egna läkare utan att man i stället ska få de resurser som behövs från regionerna inom ramen för befintligt system.

Avtalen om läkarmedverkan är ibland ett hinder i sig

Vår genomgång av avtalen om läkarmedverkan visar att endast 9 av 21 avtal överhuvudtaget berör frågan om vad som ska hända vid en eventuell brist i regionens läkarinsatser i kommunerna. Därmed är frågan om kommunernas rätt att anlita läkare på regionens bekostnad ofta helt oreglerad.

Om avtalen ändå berör frågan om möjligheten att anlita läkare på egen hand förekommer det olika former av villkor som kan göra det praktiskt svårt för kommunen att utnyttja möjligheten att anlita en egen läkare. Vanligast är att eventuella brister måste anmälas skriftligen till en utpekad ansvarig på regionen. Flera avtal innehåller villkor som innebär att regionen kan ha upp till tre veckor på sig att åtgärda den anmälda bristen innan kommunen tillåts anlita läkare på egen hand. Vi anser att sådana villkor framstår som oskäliga mot bakgrund av att behovet av läkarbedömning i de flesta fall är brådskande.

De lokala avtalen med enskilda utförare kan även innehålla villkor och rutiner gällande situationen att en kommun överväger att skicka in en patient från den kommunala hälso- och sjukvården till akutmot-

tagningen. Vi har stött på exempel där flera olika villkor måste vara uppfyllda för att kommunen ska få lov att skicka patienten till akuten. Exempelvis förväntas den kommunala sjuksköterskan först stämma av vårdbehovet med en läkare vid patientens vårdcentral. Att stämma av med läkare på vårdcentral kan i praktiken vara svårt eller ta mycket lång tid trots att den enskilda patienten kan befinna sig i en akut situation. I en av de intervjuade kommunerna hade man erfarenhet av en situation där en patient inom hemsjukvården hunnit avlida under den tid som den kommunala sjuksköterskan försökte följa regionens rutiner innan patienten kunde skickas till akutmottagningen.

Ett avtal som sticker ut i vår genomgång är Region Stockholm. Deras överenskommelse om vård och omsorg för äldre beskriver en förhållandevis utdragen process innan en kommun kan gå vidare och anlita en egen läkare. Vid utebliven läkarmedverkan förväntas en sjuksköterska först kräva en formell rättelse av ansvarig läkare. Om rättelse uteblir behöver sjuksköterskan skriva en formell avvikelserapport som ska lämnas till MAS och sedan vidare till vårdcentralens verksamhetschef. Om rättelse fortfarande inte sker ska frågan anmälas till hälso- och sjukvårdsförvaltningen innan det kan bli aktuellt att anlita läkare på egen hand. Sammantaget beskriver avtalet inte mindre än fem nivåer av begäran av rättelse innan det kan bli aktuellt att anlita läkare på egen hand. För det fall att en kommun når nivån där de kan anlita läkare på egen hand finns det dessutom regler om vilken typ av läkare som ska anlitas för att kommunen ska kunna få ersättning från regionen.¹¹⁶

Vi anser att denna typ av villkorade processer i praktiken innebär en oproportionerlig inskränkning av kommunernas möjlighet att utnyttja den lagstadgade rätten att på egen hand anlita läkare. Tidigare utredning har gjort liknande observationer.¹¹⁷ Denna ordning kan inte anses vara acceptabel, särskilt inte mot bakgrund av att behovet av läkarbedömning snarast brådskar när regionen inte uppfyller sina skyldigheter inom läkarmedverkan.

¹¹⁶ Region Stockholm, *Sammanhållen överenskommelse om vård och omsorg för äldre*, 2015.

¹¹⁷ SOU 2022:41 s. 367–368.

3.4.8 Kommunerna har en svag ställning när avtalen ska förhandlas med regionerna

En annan aspekt som uppmärksammas i våra samtal är att de enskilda 290 kommunerna i praktiken är förhållandevis svaga parter när avtalen ska förhandlas med de jämförelsevis större och starkare regionerna. I avtalsförhandlingarna upplevs regionerna ha ett övertag och kunna diktera villkoren för avtalen. Av våra samtal framgår vidare att avtalen i vissa fall är gamla och att de i flera fall inte har följts upp under lång tid. Ibland saknas det också etablerade samverkansarenor där avtalen kan följas upp och uppdateras.

I vissa regioner är avtalen omfattande och berör många fler frågor än bara läkarmedverkan. Detta kan få följdkonsekvenser. Inom Västra Götalandsregionen har man exempelvis arbetat med ett förnyat avtal sedan en längre tid men inte lyckats komma överens på politisk nivå. Det som parterna inte är överens om avser visserligen andra frågor än formerna för läkarmedverkan, men eftersom det grundläggande avtalet samtidigt berör många andra frågor kan inte delarna om läkarmedverkan uppdateras innan parterna är överens på samtliga punkter.

Samtidigt finns det kommuner och regioner som beskriver ett aktivt uppföljningsarbete kring avtalen och därmed ett relativt välfungerande samarbete. Hur väl uppföljningen av avtalen fungerar återspeglar ofta hur väl läkarmedverkan fungerar i praktiken. Att ha ett välfungerande grundavtal, och att detta avtal sedan löpande följs upp, är därför en viktig framgångsfaktor för en fungerande läkarmedverkan.

3.4.9 Sammanfattande intryck av läkarmedverkan i dag

Vår bedömning utifrån genomförda samtal, tidigare utredningar, rapporter och publikationer är att det i dag finns en fungerande struktur för läkarmedverkan mellan region och kommun. Samtidigt förekommer det brister som motiverar åtgärder. Tidigare utredningar har föreslagit relativt omfattande regeländringar, men som inte kommit att genomföras. En slutsats vi drar är att det finns anledning att gå fram med något mindre ingripande förslag som ändå kan göra så stor nytta som möjligt. Enligt vår uppfattning är det särskilt viktigt att stärka upp avtalen mellan region och kommun samt få till en starkare grundstruktur för läkarbedömningar både på och utanför ordinarie arbetstider.

3.5 Befintliga möjligheter till stärkt samverkan mellan region och kommun

Vi kan konstatera att det är en utmaning att få till en bra och välfungerande samverkan mellan kommun och region. De skilda förutsättningarna för regioner och kommuner leder allt för ofta till ett stuprörsperspektiv där parterna fokuserar på att isolera sin del av ansvaret för den samlade hälso- och sjukvården. Runt om i Sverige har det samtidigt tagits olika former av initiativ för att förbättra samverkan och få till en bättre och mer välfungerande hälso- och sjukvård.

3.5.1 Redan genomförda initiativ för stärkt samverkan

Norrtäljemodellen

Ett av de mer uppmärksammade initiativen är den så kallade *Norrtäljemodellen*. Detta projekt inleddes under 2006 och innebär att region och kommun har startat ett gemensamt bolag. I detta bolag har man samlat dels den regionala verksamheten med primärvård och det lokala sjukhuset, dels hela den kommunala omsorgsverksamheten. För att driva bolaget finns det ett kommunalförbund mellan Region Stockholm och Norrtälje kommun med ledamöter från båda dessa parter. Det gemensamt ägda vårdbolaget driver och utför i sin tur både den sjukvård som traditionellt ankommer på regionen och den omsorg som traditionellt ankommer på kommunen. Inledningsvis drevs modellen som ett projekt, men sedan 2016 är strukturen permanent.

Modellen har utvärderats och studerats vid flera tillfällen. Ett antagande är att modellen har underlättat samarbetet över huvudmannaskapsgränserna, men att effekterna ändå är svåra att uppskatta mer exakt. Genomförda studier har indikerat att ökningen av antalet akutbesök till sjukhus varit mindre stor i Norrtälje än vad det antas att den annars skulle ha varit. För en viss studerad patientgrupp noterades också att inläggningarna minskade mer i Norrtälje jämfört med övriga Stockholm.¹¹⁸

En av grundidéerna med modellen har varit att få en gemensam ekonomi och därigenom undvika att dela upp ekonomin i en regional och en kommunal del. Detta har i praktiken visat sig vara svårt. De båda medlemmarna bevakar sin del och när resurstillskott krävs har

¹¹⁸ Se SNS, *Samverkan kring multisjuka äldre: lärdomar från praktik och forskning*, 2024, s. 41–42 och där omnämnda referenser.

det ofta, men inte alltid, varit svårt att komma överens. En fråga som lätt uppstår är huruvida det är den regionala eller den kommunala delen som kräver resurstillskott. En risk med modellen är således att den kan bli administrativt tung.

Även om Norrtäljemodellen fått mycket uppmärksamhet och återkommande lyfts upp som ett positivt exempel på god samverkan mellan kommun och region kan vi samtidigt konstatera att modellen ännu inte har fått någon efterföljare i andra delar av landet, även om det både funnits och fortsatt finns intresse för modellen.¹¹⁹

En problematik relaterad till en modell med gemensam förvaltning mellan kommun och region är att själva införandet kan vara en komplex och lång process.¹²⁰

Skaraborgsmodellen

En annan uppmärksammasam samverkansform är *Skaraborgsmodellen*. Principen för denna modell bygger på mobila sjukvårdsteam med både kommunal och regional personal riktade mot de mest sjuka äldre och andra med sammansatta vårdbehov. Inom modellen bedrivs vård i patientens hem genom olika team. Det finns dels ett närsjukvårdsteam med kommunal vårdpersonal och läkare från vårdcentral som kan göra hembesök dygnet runt. Därutöver finns det även ett palliativt specialistteam och en mobil hemsjukvårdsläkare. Ett syfte har varit att med ett proaktivt arbetssätt avlasta sjukhusen och råda bot på bristen på vårdplatser.¹²¹ Erfarenheterna från modellen är generellt positiva, även om det beskrivs svårigheter när regionen velat skala upp verksamheten från att vara ett projekt i Skaraborg till att tillämpas i hela Västra Götaland. När modellen väl fungerar har man dock periodvis i det närmaste helt kunnat eliminera behovet av slutenvård för patienterna. Det handlar både om en förbättrad samverkan mellan kommun och region i allmänhet men även om mätbara förbättringar i form av minskad vårdkonsumtion och färre akutbesök.¹²²

¹¹⁹ Se exempelvis <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2024/07/ljungby-lasarett-kan-komma-att-drivas-enligt-norrtaljemodell/> (hämtad 2024-08-02) och <https://www.dagenssamhalle.se/styrning-och-beslut/kommunpolitik/tiohundra-modellen-inspirerar-fler-kommuner/> (hämtad 2024-08-02).

¹²⁰ SKR, *Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård*, 2020 s. 39.

¹²¹ SOU 2016:2 s. 230–233.

¹²² Se SNS, *Samverkan kring multisjuka äldre: lärdomar från praktik och forskning*, 2024, s. 39 och där omnämnda referenser.

Borgholmsmodellen

På Öland har den lokala vårdcentralen arbetat med en modell för ett slags hemsjukhus fokuserat mot de mest sjuka äldre patienterna. I denna modell har man bland annat låtit vårdcentralsläkarna avsätta en viss tid varje dag för att kunna göra akuta hembesök. Det har också satts ett tak för hur många listade patienter en vårdcentral kan ha utifrån tillgången på läkare och man har arbetat med enklare kontaktvägar mellan patient och läkare. I modellen har man också fokuserat på personalens arbetsmiljö, bland annat med särskilda medarbetarteam. En annan viktig komponent är digitalisering. Patienter med stora vårdbehov kan kontakta sitt vårdteam via en digital tjänst. Läkarna vid vårdcentralen får automatiskt information om någon av patienterna tagits in för slutenvård och kan vid behov kontakta sjukhuset för att bidra med värdefull information utifrån sin specifika patientkänedom.¹²³

Stockholmsmodellen med vårdval för läkarinsatser i särskilt boende för äldre

I Region Stockholm har man skapat ett separat uppdrag avseende läkarmedverkan i särskilt boende för äldre i formen av ett vårdvalssystem med fristående leverantörer. Det innebär att det finns utsedda leverantörer av läkarmedverkan kopplade till respektive särskilt boende. I dagsläget finns det totalt sex leverantörer i detta vårdval, varav tre agerar i hela regionen.¹²⁴

Patienten är fri att vara listad hos en egen vårdcentral men i samband med inflyttning till särskilt boende erbjuds patienten möjligheten att lista sig hos den leverantör av läkarmedverkan som finns knuten till det boende där man vistas. Om patienten listar sig hos boendets leverantör får patienten sin samlade primärvårdsinsats genom den leverantören på ett motsvarande sätt som att vara listad hos en viss vårdcentral. För de patienter som inte väljer att lista om sig bistår den till boendet knutna läkaren i akuta situationer.

För leverantörerna av läkarmedverkan finns en särskild uppdragsbeskrivning som bland annat beskriver krav på inskrivningssamtal med

¹²³ Se SNS, *Samverkan kring multisjuka äldre: lärdomar från praktik och forskning*, 2024, s. 38–39 samt SKR, *Nära vård i Borgholm*, 2018.

¹²⁴ <https://vardgivarguiden.se/avtal/avtalsomrade/lov-vardval-stockholm/lakarinsatser-i-sarskilda-boenden-for-aldre/> (hämtad 2024-08-02).

hälso- och läkemedelsgenomgång, möjlighet till fysiska besök vid behov samt en definierad processbeskrivning för den palliativa fasen.¹²⁵

En praktisk konsekvens av vårdvalet för läkarinsatser i särskilt boende är att insatsen som sådan blir organisatoriskt separerad från den övriga primärvårdsverksamheten. Detta är intressant mot bakgrund av att vår utredning observerat hur brister i läkarmedverkan kan kopplas till att uppdraget läkarmedverkan i många regioner utförs som en liten del av ett större samlat uppdrag att driva vårdcentral.¹²⁶ Vi noterar även att Region Stockholms uppdragsbeskrivning i sig är förhållandevis detaljerad, särskilt i jämförelse med hur de grundläggande avtalen om läkarmedverkan i region och kommun annars brukar vara utformade.

Vi observerar även att parterna i våra samtal återkommande beskriver en nöjdhet med hur modellen från Stockholm fungerar i praktiken och att den leder till att patienterna i särskilt boende får de läkarinsatser som de har rätt till. Men det bör samtidigt påpekas att Stockholm är den enda region som inte har tagit över hemsjukvården på kommunal nivå. För de delar av läkarmedverkan i Stockholm som ligger utanför särskilt boende, exempelvis LSS och funktionshinder, tyder våra samtal på att det finns likartade problem med läkarmedverkan på samma sätt som i andra kommuner.

Pågående initiativ för stärkt medicinsk kompetens på ledningsnivå

I detta sammanhang är det lämpligt att uppmärksamma att det på regional och kommunal nivå förekommer olika former av initiativ för att stärka den medicinska kompetensen på ledningsnivå. Dessa initiativ presenteras mer utförligt i avsnitt 4.6.2.

¹²⁵ Region Stockholm, *Uppdragningsbeskrivning – läkarinsatser i särskilda boenden för äldre*, 2022-09-01

¹²⁶ Se även avsnitt 3.4.6.

3.5.2 Andra exempel på initiativ för ökad samverkan

Förstärkta insatser kring hemgång

En situation som ofta orsakar praktiska problem är övergången mellan slutenvård och kommunal hälso- och sjukvård i hemmet eller på särskilt boende. I litteraturen lyfter man fram ett antal komponenter som särskilt betydelsefulla för en lyckosam vårdövergång:

- särskild utskrivningspersonal
- uppföljning av hälsotillståndet efter hemgång
- riskbedömning för återinskrivning innan patienten ut, samt
- läkemedelsgenomgångar.

Det finns forskningsstöd för att hembesök efter utskrivning är en effektiv metod för att skydda mot oplanerade återinskrivningar.¹²⁷

För att vårdövergångar ska fungera bättre förekommer det att vården samarbetar genom särskilda hemgångsteam i projekt för *trygg hemgång* eller *förstärkt utskrivning*. Ett hemgångsteam består normalt av erfarna undersköterskor som är utbildade i rehabilitering och som planerar och koordinerar hemgången från sjukhuset. Samarbete förekommer då mellan exempelvis hemtjänst, primärvård, rehabilitering, arbetsterapeut med flera. Det är vanligt att teamet står för de omsorgs- och serviceinsatser som behövs direkt efter hemkomsten. Insatsen kan sedan fasas ut eller övergå till exempelvis ordinarie hemtjänstinsatser. Modeller för förstärkta insatser kring hemgång har prövats i mer än 100 kommuner.¹²⁸

Gemensam samverkansnämnd

I Region Sörmland har det inrättats en gemensam nämnd mellan regionen och länets nio kommuner. Fokus för denna nämnd är att trygga en god, effektiv och lättillgänglig hjälpmedelsförsörjning. Nämnden ansvarar således för hjälpmedelsförsörjningen, men även för ett vård- och omsorgscollegie på lokal och regional nivå. Därutöver söker nämnden även följa upp och föreslå utveckling av samverkansmöjligheter

¹²⁷ SNS, *Samverkan kring multisjuka äldre: lärdomar från praktik och forskning*, 2024, s. 64–65.

¹²⁸ Se bland annat SKL, *Trygg hemgång*, 2017 och SNS, *Samverkan kring multisjuka äldre: lärdomar från praktik och forskning*, 2024, s. 43.

till huvudmännen. Det handlar således om en mer begränsad samverkan än den som förekommer inom Norrtäljemodellen.¹²⁹

Vårdcentraler med utbyggd kommunal samverkan

Ett annat exempel som förekommer är vårdcentraler som har utvecklat nya samarbetsformer med kommunerna. Exempel på detta förekommer inte minst i mer glest befolkade delar av landet. I praktiken kan samarbetet fungera så att den kommunala hemsjukvården samlokaliseras med den regionala vårdcentralen. Det finns även exempel på vårdcentraler som i samarbete med kommunen erbjuder olika former av vårdplatser där patienter kan läggas in tillfälligt i väntan på medicinsk bedömning eller på vidare transport till sjukhus.¹³⁰

Samordnat medicinskt mottagande av patienter med omfattande funktionsnedsättning

Inom Region Stockholm bedrivs ett projekt särskilt riktat mot vuxna med stora och bestående funktionsnedsättningar, *Samordnat medicinskt mottagande av patienter med omfattande funktionsnedsättning*, SMO. I våra samtal framgår att detta är en patientgrupp inom den kommunala hälso- och sjukvården som ofta upplever problem med läkarmedverkan. Målgruppen präglas av att de ofta har många vårdkontakter på flera olika mottagningar med flera olika specialiteter. Projektet i Region Stockholm innebär att vissa utpekade vårdcentraler ges ett särskilt uppdrag att samordna och anpassa insatserna i primärvården. Det handlar bland annat om tillgång till namngiven läkare och en fast vårdkontakt som tillhör ett särskilt SMO-team. Patienten erbjuds regelbunden hälsokontroll och fördjupad läkemedelsgenomgång minst en gång per år. Tiden för besök är utökad, väntetiderna förkortade och det är möjligt med bedömning i hemmet vid behov.¹³¹ Det centrala med insatsen är att patienter med ett särskilt stort behov av vård ges en förstärkt insats med syftet att minska behovet av slutenvård.

¹²⁹ SNS, *Samverkan kring multistjuka äldre: lärdomar från praktik och forskning*, 2024, s. 43–44.

¹³⁰ SNS, *Samverkan kring multistjuka äldre: lärdomar från praktik och forskning*, 2024, s. 44.

¹³¹ Region Stockholm, Informationsbroschyr, *Samordnat medicinskt mottagande av patienter med omfattande funktionsnedsättning*, SMO.

4 Stärkt läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård

I detta kapitel redogör vi för våra bedömningar och förslag om hur läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård bör stärkas. Våra huvudsakliga teman för förslagen är att förtydliga vad regionens ansvar för läkarmedverkan innebär, att förstärka avtalen mellan kommun och region samt att den medicinska kompetensen bör stärkas på ledningsnivå.

4.1 Läkarmedverkan bör stärkas inom ramen för befintliga strukturer

Utredningens bedömning: Den största potentialen till en bättre och mer välfungerande läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård finns i att stärka de befintliga strukturerna för samverkan mellan region och kommun. Förslag som förstärker och förbättrar redan befintliga strukturer bör prioriteras framför andra mer ingripande lösningar.

Skälen för utredningens bedömning

Ädelreformens genomförande har sedan det tidiga 1990-talet satt grundstrukturen för den kommunala hälso- och sjukvården och därmed även för samverkan mellan region och kommun. Genom åren har denna grundläggande struktur återkommande utretts och omprövats, men någon mer ingripande nyordning har inte genomförts. Direktiven till vår utredning utgår också från ett oförändrat huvudmannaskap.

Det sammanfattande intrycket från våra samtal är att den nuvarande ordningen i grunden har förutsättningar för att vara funktionell. Några

kommuner och regioner beskriver en i grunden fungerande samverkan. Att det i andra kommuner och regioner ändå finns problem kring läkarmedverkan är uppenbart och bristerna blev extra tydliga i samband med coronapandemin. Professionsföreträdare som vi talat med bekräftar att det finns många utmaningar i det dagliga praktiska arbetet. Orsaken till bristerna är mångfacetterade men de mest grundläggande problemen för läkarmedverkan kan enligt vår bedömning sammanfattas i följande punkter:

- Avtalen mellan kommun och region är otydligt utformade och det saknas strukturer för regelbunden uppföljning.
- Avtalen utgår allt för ofta från en lågt satt miniminivå för insatserna i läkarmedverkan.
- Ansvaret för läkarmedverkan delegeras långt ut i organisationerna utan tydliga mandat eller krav på insatsen.
- Det saknas en centralt reglerad grundberedskap för jourtid.
- Både region och kommun har allt för ofta ett stuprörsperspektiv på ansvaret för läkarmedverkan.

Vi bedömer att betydande delar av dessa brister är möjliga att åtgärda med förhållandevis begränsade insatser. De huvudsakliga åtgärderna kan sammanfattas enligt följande:

- Tydliggör vad regionernas respektive kommunernas ansvar för läkarmedverkan innebär.
- Ge både kommun och region stöd i utformandet och upprätthållandet av avtalen om läkarmedverkan.

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

Utredningens förslag:

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

Skälen för utredningens förslag

Sedan införandet av ädelreformen har patienterna i den kommunala hälso- och sjukvården fått ett mer omfattande och komplext vårdbehov. Behoven finns både hos patienter i ordinärt boende och hos dem som är inskrivna i särskilt boende. Att överhuvudtaget vara inskriven i den kommunala hälso- och sjukvården innebär normalt att man inte själv eller med assistans kan ta sig till en vårdinrättning.

Både kommun och region har redan i dag ett ansvar för att vård och omsorg kan ges dygnet runt.¹ Den vård och det stöd som patienterna behöver ska planeras och huvudsakligen tillgodoses på dagtid. Men i det praktiska arbetet uppstår löpande behov även utanför dagtid och det är typiskt sett i dessa situationer som det uppstår problem när tillgången till sjuksköterska och läkare brister.

De brister och problem som finns kring läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården är kända och har utretts vid flera tidigare tillfällen. I *Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner* (SOU 2022:41) gavs två centrala förslag som vi bedömer har stor betydelse för att stärka den medicinska kompetensen i den kommunala hälso- och sjukvården. Förslagen innebär att det ska införas ett formellt lagkrav på tillgång till medicinsk bedömning av sjuksköterska respektive läkare dygnet runt. Vi delar utred-

¹ Prop. 1990/91:14 s. 41 och Prop. 2005/06:115 s. 75.

ningens bedömning att det bör lagstadgas att det i kommunens uppdrag ska ingå att göra det möjligt för patienterna att få en medicinsk bedömning av sjuksköterska dygnet runt.² På motsvarande sätt bör det vara regionens ansvar att möjliggöra medicinsk bedömning av läkare dygnet runt.³

4.1.2 Innebörden av de redan lämnade förslagen från SOU 2022:41

De argument som utredningen SOU 2022:41 har för sina förslag kan sammanfattas enligt följande.

Förslaget om krav på tillgång till läkare dygnet runt

I utredningen SOU 2022:41 konstateras att patienterna i den kommunala hälso- och sjukvården har behov av vårdinsatser dygnet runt. Vad gäller läkare konstaterade utredningen att det finns behov av att öka tillgängligheten till läkare. Även om de flesta läkarbesök kan planeras och förläggas till vardagar, och då ske hos patientens fasta vårdkontakt, behöver det finnas en flexibilitet som medger även oplanerade läkarkontakter. Att det finns brister i läkartillgången bedöms vara en central orsak till onödiga akutbesök och sjukhusinläggningar. Utredningen uppmärksammar att regionerna behöver stärka upp sin jourorganisation så att läkare verkligen finns tillgänglig när behov uppstår. Det mest lämpliga sättet att åstadkomma detta bedömdes vara att införa ett formellt lagkrav på tillgång till läkarbedömning dygnet runt. Exakt hur en jourorganisation ska byggas upp måste regionerna bestämma själva, men att endast hänvisa till ett växelnummer eller till den ordinarie akutmottagningen ska inte anses vara tillräckligt.⁴

Förslaget om krav på tillgång till sjuksköterska dygnet runt

I den kommunala hälso- och sjukvården har sjuksköterskorna en central roll och leder oftast vårdteamets arbete. Patienternas tillstånd kan förändras snabbt och behoven av insatser kan därför komma plötsligt.

² SOU 2022:41 s. 398 f.

³ SOU 2022:41 s. 442 f.

⁴ SOU 2022:41 s. 442 f. och 645 f.

Det finns också ett stort behov från övrig omsorgspersonal att ha någon att kontakta och kunna fråga om råd. För att kunna undvika onödiga akutbesök och sjukhusinläggningar bedömde utredningen att tillgången till sjuksköterska behöver förbättras. Utredningen övervägde hur tillgången bäst skulle kunna förbättras och berörde därvid bland annat ett förslag om att införa en form av vårdgaranti. Utredningen landade i bedömningen att den rimligaste lösningen är att formalisera ett lagkrav med innebörden att det ska vara möjligt att få en medicinsk bedömning av sjuksköterska dygnet runt. Förslaget innebär inte att det alltid måste finnas en sjuksköterska fysiskt på plats i varje kommunal verksamhet. Men det måste finnas tillräckligt många sjuksköterskor, tillräckligt nära patienterna för att det ska finnas en praktisk möjlighet att vid behov inställa sig fysiskt även på kvällar, helger och nätter.⁵

4.1.3 Vår utrednings överväganden avseende förslagen från SOU 2022:41

Rent generellt delar vi både problembeskrivningen och lösningsförslagen från SOU 2022:41 i de delar som berör frågan om tillgång till medicinsk bedömning dygnet runt. Även tidigare utredningar har gjort bedömningen att tillgången till medicinska bedömningar behöver förbättras.⁶ Liknande krav har sedan tidigare införts i Danmark och Norge. I Norge är jouransvaret så starkt att det normalt krävs remiss från kommunläkare för att kunna skicka en patient till sjukhusets akutmottagning.⁷

För att stärka tillgången till medicinsk kompetens i den kommunala hälso- och sjukvården behöver det rent generellt förtydligas vilket ansvar som respektive vårdgivare har. Att i lag klargöra att det ska finnas tillgång till medicinsk bedömning dygnet runt anser vi vara en avvägd och ändamålsenlig lösning som har potential att göra en faktisk skillnad i verksamheterna och ge tydliga förbättringar för patienterna.

⁵ SOU 2022:41 s. 398 f. och 649 f.

⁶ SOU 2020:80 s. 250 f.

⁷ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Den nordiska äldreomsorgen*, 2021, s. 121–122 och s. 127 f.

Krav bör ställas både på kommuner och regioner

Vi anser att det är motiverat att ställa tydligare krav både på kommuner och på regioner. Vår utredning anser att eventuella regelförändringar bör fokusera på att stärka det patientnära arbetet. På den kommunala nivån är sjuksköterskorna nyckelkompetens i det patientnära arbetet. För att komma till rätta med bristerna bör det göras klart för kommunerna vad ansvaret för den kommunala hälso- och sjukvården innebär genom att formalisera ett krav på tillgång till medicinsk bedömning av sjuksköterska dygnet runt. Aktuell statistik visar också att tillgången till sjuksköterska i kommunal hälso- och sjukvård är särskilt låg under jour- och helgtid.⁸

Vad gäller regionens ansvar för att tillse att det finns möjlighet till läkarbedömning dygnet runt anser vi att behovet av förtydligade krav är uppenbart. Ansvaret för läkarmedverkan är i dag ofta delegerat långt ut i organisationerna och regionerna saknar ofta en grundstruktur för tillgång till läkare under jourtid. Vi bedömer att ett krav på tillgång till läkarbedömning dygnet runt har stor potential att förbättra läkarmedverkan.

Vi noterar att förslagen från SOU 2022:41 om stärkt tillgång till medicinsk bedömning dygnet runt hade brett stöd från remissinstanserna, och det går även att finna stöd för bedömningen i aktuella rapporter.⁹

Krav på tillgång till medicinsk bedömning dygnet runt ger bättre tillgång till vård även på dagtid

I grunden är det samarbetet mellan region och kommun som behöver förbättras, men det är inte möjligt att i lag reglera att parterna i allmänhet borde samverka närmare och mer effektivt. Ett viktigt argument för att ställa krav på tillgång till medicinska bedömningar dygnet runt är därför att markera betydelsen av läkarmedverkan för parterna. För regionerna ligger det en besparingspotential i att inte behöva ta emot patienter från den kommunala hälso- och sjukvården på sjukhusens akutmottagningar i onödan. Vår förhoppning är således att ett förtydligat krav på vad ansvaret för läkarmedverkan innebär ska leda till att

⁸ Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser 2023 – Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård*, s. 3.

⁹ SNS, *Samverkan kring multisjuka äldre: lärdomar från praktik och forskning*, 2024, s. 78.

både kommun och region tar ett större ansvar för att läkarmedverkan ska fungera så bra som möjligt under ordinarie verksamhetstider.

4.1.4 Vår utrednings syn på innebörden av ett krav på tillgång till medicinsk bedömning dygnet runt

Vi bedömer att de motiveringar som lämnats till förslagen i SOU 2022:41 är välgrundade. Vi anser ändå att det finns anledning för oss att kort beröra vad ett krav på tillgång till medicinsk bedömning dygnet runt innebär och hur ett sådant krav bör omsättas i praktiken.

Inget generellt krav på fysisk närvaro

Vi anser i linje med SOU 2022:41 att medicinsk bedömning dygnet runt inte ska innebära att vare sig läkare eller sjuksköterska alltid måste finnas fysiskt på plats dygnets alla timmar. Det handlar i stället om att kommuner och regioner ska ha en infrastruktur som möjliggör att patienterna i den kommunala hälso- och sjukvården får de medicinska bedömningar som de behöver. Hur detta rent praktiskt ska organiseras måste vara upp till varje kommun respektive region att slutligt bestämma. Formerna för den medicinska bedömningen kan variera och utredningen utgår från att till exempel digitala lösningar kan vara en naturlig del av såväl beredskap som ordinarie verksamhet.

Både sjuksköterska och läkare ska alltså finnas tillgängliga dygnet runt för medicinska bedömningar. Men detta ska inte tolkas som att det behövs likadana lösningar för sjuksköterskor som för läkare. Det måste vara upp till varje kommun respektive region att slutligt bestämma hur beredskapen ska utformas i praktiken.

Det ligger i sakens natur att medicinska bedömningar på jourtid kommer att utföras av sjuksköterskor eller läkare som inte är patientens ordinarie läkare eller sjuksköterska. Det kan även vara fråga om bedömningar på distans. För att sådana bedömningar ska vara effektiva och ändamålsenliga finns det anledning att betona betydelsen att det upprättas individuella vårdplaner för patienterna som jourbedömningarna sedan kan utgå ifrån. Det finns rent generellt anledning att arbeta mer proaktivt i den kommunala hälso- och sjukvården.

Krav på tillgång till läkarbedömning dygnet runt påverkar hur regionerna fullgör sitt ansvar för läkarmedverkan

Våra samtal visar att läkarmedverkan i många regioner praktiskt utförs av de enskilda vårdcentralerna. Ansvaret för läkarmedverkan är då en del av uppdraget att driva vårdcentral. Villkoren för, och kraven på, denna verksamhet regleras i avtalen mellan region och de enskilda vårdcentralerna. Detta innebär att vårdcentralerna har en nyckelroll i hur läkarmedverkan utförs i dag.¹⁰

Vi bedömer att denna ordning inte är oproblematiske. Läkarmedverkan blir i praktiken beroende av hur den enskilda vårdcentralen tolkar sitt uppdrag och vilka praktiska förutsättningar som vårdcentralen har för att utföra uppdraget. Exempelvis finns det vårdcentraler som av olika skäl har svårt att nå upp till avsedd läkarbemanning. Om allt för få läkare är knutna till en enskild vårdcentral påverkar detta förutsättningarna för att kunna erbjuda en fungerande läkarmedverkan. De enskilda vårdcentralerna tolkar också uppdraget om läkarmedverkan på olika sätt och detta påverkar hur uppdraget prioriteras av vårdcentralerna. Det är uppenbart att det finns vårdcentraler som inte prioriterar uppdraget tillräckligt tydligt. Omvänt finns det vårdcentraler som prioriterar läkarmedverkan mer än vad som egentligen är avtalat med regionen, ibland utan att få ersättning för det arbete som de utför.

Vi konstaterar att en enskild vårdcentral i praktiken inte ensamt kan tillhandahålla läkarmedverkan dygnet runt. Ett lagstadgat krav på tillgång till läkarbedömning dygnet runt innebär enligt vår mening därför att regionerna, vid sidan om vårdcentralerna, måste tillhandahålla en viss grundstruktur för läkarmedverkan dygnet runt. Exakt hur denna struktur ska utformas måste det ankomma på regionerna att bestämma utifrån lokala förutsättningar men vi vill nedan beröra några möjliga lösningar.

Mobila team och förstärkt ambulansverksamhet

En redan i dag vanligt förekommande lösning är olika former av mobila team. Dessa team kan bestå av olika kompetenser och utformas på olika sätt. Vår bedömning är att det finns regioner som redan tillhandahåller lösningar med mobila team som kan anses uppfylla kravet på att ordna tillgång till läkarbedömning dygnet runt. En väg framåt kan

¹⁰ Se även avsnitt 3.4.6.

vara att fler regioner tar efter andra som redan har fungerande modeller.¹¹

I våra samtal har vi kommit i kontakt med regioner och kommuner som har erfarenhet av mobila team där bemanningen samordnats mellan kommun och region på så vis att det i teamen har funnits både kommunalt och regionalt anställda sjuksköterskor. Vi bedömer att denna typ av lösning har fördelar och är en möjlig väg till ett förbättrat samarbete. Det är också tänkbart att verksamhet med mobila team kan utvecklas ytterligare. En möjlighet är en förstärkt ambulansverksamhet där hänsyn tagits till behoven i den kommunala hälso- och sjukvården. En sådan lösning skulle förutom läkarbedömningar även kunna omfatta exempelvis provtagning på plats hos patienten. Vi har även kommit i kontakt med lösningar för mobil röntgen vilket kan vara en attraktiv lösning i den kommunala hälso- och sjukvården.

Central kontaktfunktion och digitala lösningar

En annan möjlig lösning för en grundstruktur för läkarmedverkan är en centraliserad funktion dit kommunerna inom regionen kan vända sig för läkarmedverkan, särskilt under jourtid. Inspiration skulle exempelvis kunna hämtas från det norska systemet med en central legevakt.¹²

Kontakten med en centraliserad läkarjour kan självklart ske genom en telefonlösning, men i detta sammanhang bör även möjligheten till digitala lösningar uppmärksammas. Vi känner till att man inom vårdkoncernen Capio arbetat med en digital plattform där omsorgspersonalen kan ha löpande kontakt med läkare. En sådan typ av lösning kan sannolikt vara attraktiv för en fungerande läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård. Erfarenheterna från coronapandemin talar för att digitala lösningar ofta fungerar förhållandevis bra.¹³ Men det finns situationer då digitala lösningar inte är tillräckligt för att åstadkomma en fullgod medicinsk bedömning. Det handlar då särskilt om situationer där tidigare kännedom om patienten saknas, där en vårdplan ännu inte har upprättats eller vid beslut om övergång till palliativ vård.¹⁴

¹¹ Se exempel i SKR, *Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård*, 2020, s. 24 f.

¹² Se exempelvis SOU 2016:2 s. 391–392.

¹³ SOU 2020:80 s. 217 och 222 f.

¹⁴ SOU 2020:80 s. 273 f.

Det centrala med ett krav på tillgång till medicinsk bedömning dygnet runt är att det måste finnas en förberedelse och organisation på plats som kan kliva in när behov av medicinsk bedömning föreligger.

Att hänvisa till akutmottagning eller växeltelefon är inte att erbjuda läkarbedömning dygnet runt

Det finns sammantaget många olika tänkbara sätt att organisera en grundläggande struktur som kan garantera tillgång till medicinska bedömningar dygnet runt. Det avgörande är inte hur regioner och kommuner väljer att organisera sig. Avgörande ska i stället vara att den kommunala hälso- och sjukvården, och framför allt dess patienter, får tillgång till den medicinska kompetens som behövs även under jourtid. Att hänvisa till akutmottagning eller till växeltelefon är enligt vår bedömning inte tillräckligt för att det ska anses att regionen tillhandahållit möjlighet till läkarbedömning dygnet runt.

4.1.5 Den fortsatta betydelsen av ett proaktivt arbetssätt

Som anförts ovan anser vi att det finns ett stort behov av att patienterna i den kommunala hälso- och sjukvården får tillgång till medicinsk bedömning dygnet runt både av sjuksköterska och av läkare. Men detta varken kan eller bör inte ersätta ett proaktivt arbetssätt kring patienten. Fokus bör fortsatt vara på att det grundläggande vårdbehovet ska kunna tillgodoses under ordinarie arbetstider och på ordinarie villkor. En annan ordning riskerar att bli resurskrävande och medföra kvalitetsbrister.

Av stor betydelse är att region och kommun upprättar en individuell plan för patienter som har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten. Att upprätta en individuell plan (i dagligt tal ofta kallad SIP) är redan i dag ett formellt lagkrav och regleras både i 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453). Region och kommun behöver inte vara överens om att det behövs en plan, det räcker med att en av parterna anser att en plan ska upprättas för att lagkravet ska aktualiseras.¹⁵

¹⁵ Prop. 2008/09:193 s. 30.

I planen dokumenteras typisk sett bland annat planerade insatser, ansvarsfördelning, kontaktuppgifter och vad som ska hända vid försämringar i patientens tillstånd. Det centrala är att förutse tänkbara scenarier och i förväg ta ställning till lämpliga åtgärder och behandling¹⁶

En annan central komponent i ett proaktivt arbetssätt kring sköra äldre i den kommunala hälso- och sjukvården är betydelsen av att arbeta med brytpunktssamtal. I dessa samtal bör både kommunal sjuksköterska och regional läkare medverka vid sidan om anhöriga och inte minst patienten själv. Genom att proaktivt genomföra samtal och dokumentera vårdbehoven i planen kan behovet av akuta insatser minimeras. I de fall akuta insatser ändå krävs blir dessa enklare att genomföra om det finns en god vårdplanering och om brytpunktssamtal redan har genomförts. I ett proaktivt arbetssätt ligger enligt vår mening betydande vinster både för kommun, region och inte minst för patienten.

4.2 Avtalen om läkarmedverkan behöver stärkas

Utredningens bedömning: Det behöver ställas tydligare krav på avtalen om läkarmedverkan mellan region och kommun. Kraven behöver förtydligas avseende:

- avtalens utformning
- former och innehåll för läkarmedverkan, samt
- åtgärder om avtalet inte följs.

Skälen för utredningens bedömning

Ordningen där regionerna tillhandahåller läkare till den kommunala hälso- och sjukvården genom läkarmedverkan sätter kommunerna i en form av beroendeställning till regionerna. Trots att det är kommunerna som är ansvariga för den kommunala hälso- och sjukvården förfogar de inte själva över den centrala resursen som läkaren utgör. Det slutliga bestämmandet över läkarresursen har i stället regionen.

¹⁶ Se exempelvis SKR, *Proaktivt vård av sköra äldre*, 2018.

För kommunen utgör läkarmedverkan en tjänst eller resurs som de är hänvisade till att efterfråga från regionen. För regionen innebär läkarmedverkan omvänt ett åtagande och ett ansvar att tillhandahålla vid sidan om den verksamhet som regionerna själva betraktar som sin kärnverksamhet. På detta sätt har kommun och region i någon mån motstående intressen kring läkarmedverkan.

En annan faktor är att de 290 kommunerna rent organisatoriskt i de allra flesta fall utgör avsevärt mindre enheter än de betydligt större regionerna. Sammantaget får denna ordning som konsekvens att kommunerna i praktiken blir relativt svaga i förhållande till regionerna när avtalen om läkarmedverkan ska förhandlas.

Vi bedömer att det finns ett stort behov av att föra parterna närmare varandra och skapa ett förändrat synsätt där region och kommun inte ser varandra som motståndare, utan där båda parter kan se värdet i ett proaktivt arbetssätt kring läkarmedverkan. Både region och kommun är i behov av bättre avtal om läkarmedverkan som kan göra det tydligt för båda parter vilka vinster som finns att hämta i ett förbättrat samarbete.

4.2.1 Stora behov av tydligare regler för läkarmedverkan

De nuvarande reglerna om läkarmedverkan i 16 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) är allmänt utformade och ger inte någon närmare ledning till hur den ska bedrivas. Lagens förarbeten beskriver inte heller närmare vilka krav som kan ställas på verksamheten med läkarmedverkan. Ursprungligen skedde läkarmedverkan helt utan några formella avtal. År 2001 uppskattades ändå att ungefär hälften av kommunerna hade upprättat frivilliga avtal om läkarmedverkan med regionerna.¹⁷ Det formella lagkravet på att ingå avtal om läkarmedverkan infördes först 2007.¹⁸ Utöver den allmänna regeln om att det ska finnas ett avtal, finns det i dag inga andra formellt bindande föreskrifter eller allmänna råd om läkarmedverkan.

Som vi beskrivit ovan är erfarenheterna av läkarmedverkan blandade. Även om läkarmedverkan i många fall fungerar bra visar erfarenheterna från bland annat coronapandemin att systemet lätt kan fallera. Vi bedömer samtidigt att det finns regioner som inte i tillräcklig utsträckning prioriterar läkarmedverkan, eller som väljer att delegera

¹⁷ Prop. 2002/03:20 s. 38.

¹⁸ Prop. 2005/06:115 s. 40 f.

allt för stora delar av ansvaret till enskilda vårdcentraler vars förmåga att leverera läkarmedverkan kan variera avsevärt. Kommunerna framstår som förhållandevis svaga i förhållande till regionerna. Det enklaste och mest effektiva sättet att komma till rätta med denna problematik är enligt vår uppfattning att stärka kommunerna som avtalspart och tydligare klargöra vilka krav som kan ställas på formerna för läkarmedverkan. Denna bedömning ligger i linje med befintliga utredningar och rapporter.¹⁹

4.2.2 Hur kan avtalen mellan kommun och region stärkas?

Frågan är då hur man bäst kan stärka avtalen om läkarmedverkan. Utredningen SOU 2022:41 ansåg att det borde införas kompletterande lagregler i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Förutom förslaget om lagkrav på tillgång till medicinsk bedömning dygnet runt av sjuksköterska respektive läkare föreslog utredningen även vissa andra kompletterande lagregler.²⁰ Sammanfattningsvis kan dessa beskrivas som att patienterna i den kommunala hälso- och sjukvården ska kunna lista sig hos en viss vårdgivare som ansvarar för läkarinsatserna. Denna vårdgivare ska sedan enligt lag finnas tillgänglig för:

- planerad och oplanerad medicinsk bedömning och behandling, planering och samordning av patienternas vård, och
- handledning och viss fortbildning av kommunens hälso- och sjukvårdspersonal.

Vi bedömer att dessa förslag från SOU 2022:41 på många sätt är väl avvägda. Det måste samtidigt beaktas att utredningen SOU 2022:41 samtidigt lämnar ett stort antal andra förslag om förändringar av bland annat begreppsanvändningen och systematiken i de lagar som reglerar primärvården. Vår utredning tar utgångspunkt i det faktum att förslagen från SOU 2022:41 ännu inte är genomförda. Därför utgår våra förslag från de begrepp och den systematik som fortfarande gäller i dag. Utifrån dessa förutsättningar är vår bedömning att en tydligare styrning av avtalen om läkarmedverkan enklast och mest ändamålsenligt kan ske på annat sätt än genom formell detaljreglering i lag. Vi föreslår

¹⁹ Se exempelvis SOU 2022:41 s. 425 f. och SNS, *Samverkan kring multisjuka äldre: lärdomar från praktik och forskning*, 2024, s. 76.

²⁰ SOU 2022:41 s. 48–50, 425 f. och 645 f.

därför i stället en lösning där regeringen ges en rätt att utfärda föreskrifter och allmänna råd om avtalen om läkarmedverkan. En myndighet bör ges i uppdrag att bestämma den närmare utformningen av föreskrifterna och de allmänna råden.

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

Utredningens förslag:

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

Skälen för utredningens förslag

Som vi konstaterat ovan finns det ett behov av tydligare styrning av avtalen mellan kommun och region för att mål och syfte med läkarmedverkan ska kunna uppfyllas bättre än i dag. Att styra avtalen genom bindande regler i lag eller förordning bedömer vi inte vara ändamålsenligt. För att styrningen ska få den effekt som behövs måste den vara flexibel men ändå tydlig. Det måste vara möjligt att löpande kunna anpassa styrningen bland annat med hänsyn till utvecklingsarbetet mot en god och nära vård. Vi bedömer att en myndighet har bättre förutsättningar än riksdag och regering att göra väl avvägda förändringar i takt med att kunskapsläget utvecklas. Den lämpliga författningsnivån är således föreskrifter som meddelas av en myndighet.

4.2.4 Vilken myndighet ska vara ansvarig för den förstärkta avtalsstyrningen?

För att uppnå den flexibilitet och tydlighet som vi bedömer är nödvändig bör styrningen ske genom föreskrifter som vid behov kan kompletteras med allmänna råd. Vi föreslår därför att ett bemyndigande införs i ett nytt stycke i 16 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Förslaget till bemyndigande är utformat för att regeringen ska kunna besluta om en myndighet som får meddela föreskrifter, men regeringen ges vid behov möjlighet att själva meddela föreskrifter om det skulle ses som mer lämpligt.

Utredningen har övervägt vilken myndighet som är bäst lämpad för att utforma närmare riktlinjer för läkarmedverkan. Socialstyrelsen är Sveriges kunskapsmyndighet för vård och omsorg. Enligt sin instruktion ska Socialstyrelsen bland annat *genom kunskapsstöd och föreskrifter bidra till att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet*.²¹

Vi bedömer att Socialstyrelsen är den myndighet som är bäst lämpad för uppdraget att ta fram föreskrifter för läkarmedverkan. Ett bemyndigande bör därför införas i en ny paragraf, 8 kap. 4 §, i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) som ger Socialstyrelsen rätt att meddela föreskrifter om läkarmedverkan.

Att Socialstyrelsen bemyndigas att meddela föreskrifter innebär inte någon formell skyldighet för myndigheten att göra det. Eftersom det är angeläget att föreskrifter om läkarmedverkan blir utfärdade föreslår vi att regeringen formellt bör ge Socialstyrelsen ett sådant uppdrag.

4.2.5 Vår utrednings syn på föreskrifternas innehåll

Nästa fråga blir vad framtida föreskrifter om läkarmedverkan ska avse och hur dessa bör utformas. Vår bedömning är att det finns ett behov av styrning av läkarmedverkan ur tre grundläggande aspekter:

- utformningen av avtalet mellan region och kommun
- formerna för läkarmedverkan, samt
- åtgärder om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet.

²¹ 4 § 1 förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

Uttrycket *läkarmedverkan* är inte närmare definierat i HSL, men används sedan tidigare i 16 kap. 1 § HSL för att beskriva den verksamhet som regionerna bedriver när de levererar läkarinsatser till den kommunala hälso- och sjukvården. Det är alltså denna verksamhet som föreskrifterna ska avse.

Ett medgivande till regeringen, och i förlängningen till Socialstyrelsen, att meddela föreskrifter innebär att det i grunden ankommer på myndigheten att utforma föreskrifterna. Det är därför inte aktuellt att på förhand beskriva exakt vad föreskrifterna ska innehålla eller hur de ska utformas. Vi menar ändå att det är motiverat för oss att beröra frågor som kan vara viktiga att beakta i arbetet med att utforma nya föreskrifter om läkarmedverkan.

Formerna för själva avtalet

Eftersom det är ett lagkrav att region och kommun ska sluta avtal om läkarmedverkan är det lämpligt att kommande föreskrifter berör formerna för själva avtalet. Målsättningen med en förstärkt styrning av avtalen är att stödja kommuner och regioner i arbetet med läkarmedverkan och i någon mån vara en kompensation för att 290 enskilda kommuner inte har möjlighet att på egen hand fullt ut möta och matcha de avsevärt större regionerna i enskilda avtalsförhandlingar. Styrningen bör präglas av att vara stödjande och så långt som möjligt främja en god samverkan mellan parterna. En viktig utgångspunkt ska vara att parterna får stöd redan i arbetet med de grundläggande formerna för avtalen.

En central brist som vi har observerat i nuvarande avtal är att det ofta saknas tillräckligt tydliga strukturer för en löpande uppföljning av avtalen. Det är därför av betydelse att styrningen berör hur avtalen ska följas upp. En rimlig utgångspunkt är att avtalen bör följas upp på central administrativ nivå både i kommun och region med högst två års mellanrum. Det bör då vara klart för parterna, inte bara att avtalet ska följas upp, utan även vad uppföljningen ska avse. I möjlig mån är det lämpligt att parterna ges stöd i att utforma avtalen på ett sådant sätt att en mätbar uppföljning av krav och kvalitet är möjlig. Det är eftersträvansvärt om uppföljningen är utformad på ett sådant sätt att parterna själva, på objektiva grunder, kan observera om läkarmedverkan fungerar som det är tänkt och om patienterna får den vård som de har rätt till. Exempel på faktorer som skulle kunna vara möjliga att

följa upp är sådant som slutenvårdskonsumtion, oplanerade akutbesök och förekomsten av sjukhusinläggningar.

Formerna för läkarmedverkan

Vår utredning visar att det finns förhållandevis stora skillnader i avtalen mellan regionerna när det kommer till formerna och innehållet i läkarmedverkan. Exempelvis har vi observerat att bland de regioner som valt att tidsätta sina avtal har den mest generösa regionen avsatt mer än dubbelt så mycket tid till läkarmedverkan som den region som avsatte minst tid. En annan observation är att ansvaret för läkarmedverkan praktiskt taget till sin helhet är delegerat till de enskilda vårdcentralerna och de flesta regioner saknar en egen grundstruktur för läkarstöd under jourtid.

För att komma till rätta med dessa problem bedömer vi att det behövs en styrning av vilken standard som kommunerna ska kunna förvänta sig från regionerna avseende läkarmedverkan. Det handlar exempelvis om att beskriva vilka uppgifter som ingår i uppdraget och hur patientkontakten ska gå till. Exempel på saker som skulle kunna tas upp i avtalen är behandlingsstrategi, vårdplanering, upprättande av skriven vårdplan, läkemedelsgenomgångar, rutiner för inskrivning i palliativ vård eller brytpunkts- och efterlevandesamtal. En annan viktig faktor att beröra är behovet av kontinuitet avseende läkarmedverkan. Vårdkontinuitet bidrar till effektivitet och är av stor betydelse för såväl patienten som för personalen, inte minst för sjuksköterskorna i kommunal hälso- och sjukvård.

En annan sak som avtalen kan beröra är riktlinjer för vilken typ av kompetens som normalt krävs av den som ska arbeta som läkare i den kommunala hälso- och sjukvården. Inom äldreomsorgen är det naturligtvis en fördel om läkaren har geriatrisk specialistkompetens. I praktiken är det i dag brist på läkare med geriatrisk specialistkompetens varför det saknas praktiska förutsättningar att ställa krav på sådan kompetens. I första hand torde i stället specialistkompetens i allmänmedicin vara en bra utgångspunkt för den läkare som ska arbeta inom läkarmedverkan.

En annan viktig aspekt som avtalen bör beröra är hur den vardagliga kontakten mellan den kommunala och regionala hälso- och sjukvården ska skötas. Det behöver vidare finnas strukturer på plats för hur man

ska agera under jourtid eller om kommunen i övrigt inte alls får tag på någon läkare. Här är det viktigt att regionerna har en fungerande grundstruktur för läkarmedverkan som är tillgänglig inte bara på dagtid utan även under jourtid.

Ingen tidsatt styrning – läkarmedverkan ska ges efter behov

Vi bedömer att det inte är motiverat med en centraliserad styrning av tidsättningen för läkarmedverkan. Detta trots att flera regioner i dag har tidsatt hela eller delar av sina avtal. Förhållandena inom och mellan de olika kommunerna och regionerna skiljer sig allt för mycket för att en sådan styrning ska bli effektiv.

Den största risken med en tidsatt styrning är att den riskerar att uppfattas som ett tak snarare än ett golv. Våra observationer under utredningen talar för att denna typ av synsätt förekommer i de regioner som har tidsatta avtal. En utveckling där avtalad tid blir ett tak skulle enligt vår uppfattning snarast motverka en god samverkan mellan kommun och region och vara direkt negativ för patienterna. Ett formellt krav på tidsättning i lag eller avtal kan även komma i konflikt med hälso- och sjukvårdslagens grundläggande princip om vård efter behov. Samma bedömning gjordes i SOU 2022:41.²²

Att styrningen inte avser tidsättning utgör inte något hinder för region och kommun att själva välja att fortsätta med tidsatta avtal. Något förbud mot att tidsätta nya avtal ska således inte föreligga. Avgörande ska vara de lokala förutsättningarna med målet att läkarmedverkan ska fungera så bra som möjligt.

Om parterna inte är överens om behovet av läkarbedömning

En fråga som avtalen kan beröra är hur parterna ska agera när kommun och region inte är överens om det finns behov av en läkarbedömning. Det framgår av våra samtal att parterna inte alltid är överens i denna fråga.

En rimlig utgångspunkt kan vara att det är den kommunala sjuksköterskan som normalt ska avgöra om det finns behov av en läkarbedömning. Detta eftersom sjuksköterskan i en kommunal kontext har den högsta medicinska kunskapsnivån. Vi har också föreslagit att

²² SOU 2022:41 s. 444–445.

det framöver ska vara obligatoriskt för kommunerna att kunna erbjuda en medicinsk bedömning av sjuksköterska dygnet runt. Vi noterar samtidigt att det från kommunalt håll har anförts att formella krav på att endast sjuksköterska ska kunna avgöra om det finns behov av läkarbedömning kan försvåra tillgången till läkarinsatser. Detta eftersom det på kommunal nivå kan uppstå flaskhalseffekter.²³ De lokala förhållandena måste således alltid beaktas och det är sannolikt olämpligt att införa administrativa ordningar som helt utesluter läkarbedömning endast på grund av att en kommunal sjuksköterska inte initierat eller verifierat behovet av en sådan bedömning.

Vi vill betona betydelsen av att det finns en tydlig och gemensam vårdplanering för de individuella patienterna. De inblandade aktörerna behöver ha en gemensam bild av hur man ska agera om patientens tillstånd försämras. Med tillgång till en god och förutseende vårdplanering bör det enligt vår bedömning vara enklare att avgöra behovet av medicinsk läkarbedömning oavsett vem som initierar behovet.

Om det förekommer brister i läkarmedverkan

En annan viktig aspekt är vad som ska ske i situationer då läkarmedverkan inte fungerar som avsett och kommunen vill utnyttja sin lagstadgade rätt att själva anlita läkare på regionens bekostnad. Vi har inte kunnat påvisa någon känd situation där någon kommun utnyttjat denna möjlighet. Detta trots att situationer då möjligheten borde ha kunnat utnyttjas uppstår regelbundet.

Vår genomgång visar att 12 av 21 regioner i dag inte har reglerat i sina avtal vad som ska hända vid brister. Av de 9 regioner som har reglerat frågan i sina avtal bedömer vi att det förekommer villkor som inverkar menligt på kommunens rätt att anlita läkare på egen hand i 6 av dessa avtal. Det handlar då framför allt om oskäligt långa tider för regionen att åtgärda brister eller oskäligt komplicerade procedurer för felanmälan, se avsnitt 3.4.7.

Vi bedömer därför att det i avtalen behöver finnas en tydlig reglering av vad som ska hända om läkarmedverkan inte fungerar. Det kan handla om praktiska aspekter såsom hur eller var kommunen ska skicka räkningen för de utgifter som man haft. Avtalen behöver också vara utformade på ett sådant sätt att kommunerna inte på ett otillbörligt

²³ SOU 2022:41 s. 445 och SKR, *Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård*, 2020.

sätt hindras från att utnyttja rätten att själva anlita läkare. Detta innebär att det exempelvis inte bör förekomma regler som kräver att kommunen först måste vidta långtgående administrativa åtgärder eller krav på upprepad begäran om rättelse innan kommunen kan aktivera rätten att anlita en egen läkare.

Visserligen kan det även framöver vara motiverat att kommunen formellt ska begära rättelse när läkarmedverkan inte fungerar innan man anlitar en egen läkare. Men vi bedömer att avtal som beskriver krav på flera nivåer av formella rättelser inte är förenliga med kommunernas rätt att anlita läkare på egen hand. Det är viktigt att beakta att behovet av en läkarbedömning i praktiken kan vara akut. Tröskeln för när kommunerna har rätt att anlita läkare på egen hand ska således inte vara hög.

4.3 Stärkt möjlighet för kommuner att anlita läkare på regionens bekostnad

Utredningens bedömning: Våra förslag om förtydligande krav på innebörden av ansvaret för läkarmedverkan, tillsammans med stärkt styrning av avtalen mellan region och kommun, gör det enklare för en kommun att anlita en egen läkare på regionens bekostnad när detta är motiverat.

Skälen för utredningens bedömning

Reglerna som ger kommunen rätt att anlita läkare på regionens bekostnad om regionen inte uppfyller sina skyldigheter tillkom 2007 i samband med att det infördes ett lagstadgat krav på avtal om läkarmedverkan mellan region och kommun. I förarbetena är motiven till att införa bestämmelsen allmänt beskrivna och betonar betydelsen av att patienterna i den kommunala hälso- och sjukvården ges tillgång till läkarvård i det boende där man befinner sig. Men några närmare resonemang om hur det rent praktiskt ska gå till när kommunen anlitar en egen läkare fördes inte.²⁴

Varken vår utredning eller tidigare utredningar har hittat något exempel där kommunerna faktiskt skulle ha utnyttjat den lagstadgade möjligheten att på egen hand anlita läkare på regionens bekostnad. Det

²⁴ Prop. 2005/06:115 s. 44–45 och 178–179 samt SOU 2004:68 s. 84 och 373.

närmaste vi kommit är kommuner som på olika sätt undersökt möjligheten att anlita en egen läkare, men som inte kommit längre i sin process än så.

Det finns flera olika anledningar till att kommunerna inte utnyttjar denna möjlighet. De vanligaste anledningarna kan sammanfattas i följande punkter:

- Det saknas kunskap om möjligheten att anlita läkare på regionens bekostnad.
- Läkarmedverkan genomförs av regionen, men med fördröjning.
- Att anlita läkare på egen hand antas skada samarbetet med regionen.
- Det finns inte någon annan läkare att anlita.
- En tillfälligt anlitad läkare antas inte bidra till den kontinuitet som patienten behöver.
- Det finns praktiska problem relaterade till bland annat journalföring, provtagning, recept och remisser.

4.3.1 Stärkt avtalsstyrning gör det enklare för kommuner att anlita läkare på regionens bekostnad

Vår utredning föreslår ett förtydligande av vad läkarmedverkan innebär genom att införa ett krav på tillgång till medicinsk bedömning dygnet runt. Vi föreslår även en förstärkt styrning av avtalen mellan kommun och region. Vi bedömer att dessa åtgärder i sig kommer ha stor betydelse för kommunernas möjlighet att på egen hand anlita läkare på regionens bekostnad.

Den mest avgörande skillnaden som förtydligade krav och stärkt styrning kan bidra till är att läkarmedverkan i grund och botten kommer att fungera bättre än i dag. Det innebär att regionerna levererar läkarmedverkan i den utsträckning som kommunerna, och i förlängningen patienterna, har behov av. När läkarmedverkan fungerar som avsett behöver kommunerna inte utnyttja möjligheten att anlita läkare på egen hand. Därmed uppstår inte heller de praktiska problem som är förknippade med situationen då en kommun vill anlita läkare på egen hand.

Även om våra förslag antas bidra till en förbättrad läkarmedverkan är det sannolikt att det i framtiden ändå kommer fortsätta att uppstå

situationer där kommunerna har behov av att anlita läkare på egen hand. Vi bedömer att de förtydligade kraven och den stärkta styrningen av avtalen om läkarmedverkan kommer inverka positivt på kommunernas möjlighet att i särskilda situationer anlita läkare egen hand. Som vi redogör för ovan förväntar vi oss att avtalen framöver tydligare kommer beröra frågan om vad som ska hända om läkarmedverkan inte fungerar som avsett. Det handlar bland annat om att definiera när det kan anses att regionen inte uppfyllt sitt uppdrag. Det ska vidare finnas rutiner, kontaktuppgifter och adresser för fakturering av de kostnader som kommunen har när man anlitar en egen läkare.

En annan viktig effekt av den stärkta styrningen är att otillbörliga administrativa hinder mot att anlita en läkare inte längre ska förekomma. De administrativa rutinerna för att anlita läkare på regionens bekostnad ska vara enkla och kommunen ska inte behöva kräva rättelse i flera steg innan en egen läkare kan anlitas. Detta innebär i sig att möjligheterna att anlita läkare på regionens bekostnad stärks.

Genom att frågan om att anlita läkare på egen hand lyfts fram i avtalsprocessen förväntar vi oss också att både kommun och region blir mer medvetna om den lagstadgade möjligheten att anlita en egen läkare. Därmed bör också båda parter ha lättare att förhålla sig till vad denna möjlighet innebär för dem. Vår förhoppning är att kommunerna i varje fall inte ska avstå från att utnyttja möjligheten endast på den grunden att de inte vill försämra samverkan med regionen.

4.3.2 Det kvarstår praktiska hinder för läkare som anlits på uppdrag av en kommun

Även om våra förslag gör det lättare för kommunerna att anlita läkare på egen hand kommer det även fortsättningsvis att finnas praktiska hinder. Exempel på hinder som är svåra att eliminera är situationer där det inte alls finns någon läkare att anlita, problem med kontinuiteten för patienterna samt praktiska problem relaterat till bland annat provtagning, journalföring, recept och remisser.

Brist på läkare

För att en kommun ska kunna anlita en läkare på egen hand måste det finnas läkare att anlita. Möjligheterna till detta varierar över landet.

Kring de större städerna torde det i de flesta fall finnas privatpraktiserande läkare, olika former av hyrläkare, eller läkare ansluta till fristående vårdcentraler, företagshälsovård eller sjukhus som skulle kunna anlitas av kommunerna. På mindre orter eller i glesbygd kan denna typ av möjlighet saknas eller vara begränsad.

Att det finns en större efterfrågan på läkarkompetens än vad det finns läkare att tillgå är en realitet som kommunerna måste förhålla sig till. Vi bedömer att det inom ramen för denna utredning och vårt direktiv saknas förutsättningar för att lämna ingripande förslag som skulle förbättra den allmänna tillgången till läkare på ett avgörande sätt.

Patienternas behov av kontinuitet

Grundförutsättningen för att kommunerna ska få anlita läkare på egen hand är att regionen inte uppfyllt sina skyldigheter gällande läkarmedverkan. Det ligger i sakens natur att en sådan tillfälligt anlita läkare inte kan medge samma kontinuitet som exempelvis den läkare som patienten annars träffar genom sin vårdcentral. Vi konstaterar att situationen ibland är sådan att det är viktigare att en läkarbedömning blir av än vilken läkare som utför denna bedömning. Vi anser därför att det får accepteras att en av kommunen anlita läkare i grunden är en tillfällig lösning.

Journalföring

Journalföringen i den kommunala hälso- och sjukvården är i grunden skild från journalföringen i regionens hälso- och sjukvård. I praktiken förs journalerna utifrån ett organisatoriskt perspektiv där varje vårdgivare för en egen journal. Detta faktum utgör ett praktiskt hinder i arbetet för en läkare som kommunen har anlita. Frågor uppstår både om hur läkaren ska kunna få tillgång till relevanta befintliga journaler, och var läkaren själv ska notera sina egna observationer. I avsnitt 4.5.1 nedan berör vi särskilt hur frågan om journalföring påverkar läkare som ska arbeta i den kommunala hälso- och sjukvården. Att det saknas en samlad journalföring mellan olika vårdgivare är sammantaget ett faktum som en kommunalt anlita läkare måste förhålla sig till.

Provtagning, recept och remisser

För att bedriva ett effektivt läkararbete behövs ofta tillgång till olika typer av praktiska resurser och service. Provtagning är ett sådant område där det behövs en grundläggande infrastruktur för att överhuvudtaget kunna ta prover och få dessa analyserade. Eftersom den kommunala hälso- och sjukvården inte verkar i en traditionell sjukhus- eller vårdcentralsmiljö saknas normalt sådan infrastruktur i kommunerna.

Rätten att förskriva recept är knuten till läkarlegitimationen. Det innebär att en legitimerad läkare som anlitas av kommunen i grunden har möjlighet att skriva de recept som det finns behov av. I våra samtal uppmärksammas ändå en oro både vad gäller receptförskrivning och remisshantering.

Vad gäller recept finns en oro att det kan ske en överförskrivning av läkemedel eller att den anlitade läkaren inte har tillräcklig kunskap om vilka övriga mediciner som patienten redan har förskrivna. En liknande oro för överförskrivning finns även när det gäller remisser. Denna typ av problem är svåra att överbrygga inom ramen för vår utredning, och omfattas inte heller av utredningens direktiv.

Upphandlingsrätten behöver beaktas

I detta sammanhang vill vi uppmärksamma att en kommun som utnyttjar rätten att anlita läkare på regionens bekostnad även behöver beakta det upphandlingsrättsliga regelverket. De upphandlingsrättsliga frågorna berördes inte alls i förarbetena när kommunerna 2007 fick den lagstadgade rätten att anlita läkare på egen hand om regionen brister i läkarmedverkan. Det saknas anledning att här redogöra för de upphandlingsrättsliga reglerna i detalj, men en grundprincip är att kommunala inköp behöver konkurrensutsättas genom offentlig upphandling om de överstiger ett visst tröskelvärde. Vi noterar att för sociala tjänster, dit hälso- och sjukvård räknas, gäller ett något förhöjt tröskelvärde.²⁵ Även om tröskelvärdet alltså är något förhöjt har inköp av läkartjänster i varje fall i de större kommunerna potential att snabbt uppgå till sådana belopp att upphandling enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling alltså blir nödvändig.

²⁵ För 2024 är värdet 8 109 450 kr, <https://www.upphandlingsmyndigheten.se/regler-och-lagstiftning/troskelvarden-och-direktupphandlingsgranser/> (hämtad 2024-08-06).

4.4 Behovet av sanktioner inom ramen för läkarmedverkan

Vår grundläggande bedömning är att förtydligade krav på innebörden av ansvaret för läkarmedverkan samt en stärkt styrning av avtalen mellan region och kommun sammantaget ska leda till en bättre läkarmedverkan och göra det enklare för kommunerna att vid behov anlita läkare på regionens bekostnad. Samtidigt kan vi inte bortse från att det ändå framöver kan komma att fortsätta uppstå problem i samverkan mellan region och kommun. En fråga som då uppkommer är om det finns anledning att överväga någon form av system med sanktioner kopplat till eventuella brister i läkarmedverkan. Exempelvis skulle en region som brister i sitt ansvar kunna ges formella varningar, rättelseförelägganden, sanktionsavgifter, viten eller andra liknande åtgärder. Syftet med ett sanktionssystem skulle vara att förtydliga regionens ansvar för läkarmedverkan och ge kommunerna en indirekt möjlighet till rättelse när läkarmedverkan inte fungerar som avsett.

4.4.1 Befintliga sanktionsmodeller i hälso- och sjukvården

Det finns redan i dag regler om olika former av sanktioner som riktar sig mot kommunerna, exempelvis skyldigheten att ta emot utskrivningsklara patienter och skyldigheten att i rätt tid tillhandahålla vissa beslutade socialtjänstensatser. Omvänt finns det få sanktioner som riktar in sig på brister hos regionen. Ett antagande är därför att ett system med sanktioner inom läkarmedverkan skulle kunna bidra till att jämna ut obalansen i styrka mellan de 290 enskilda kommunerna i förhållande till de relativt sett större regionerna.

Samverkan vid utskrivning från sjukhus till kommunal hälso- och sjukvård

I lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård beskrivs hur en utskrivning från slutenvård till den kommunala hälso- och sjukvården ska gå till. Om kommunen inte tar emot en utskrivningsklar patient inom en i lagen definierad tidsram blir kommunen betalningsskyldig till regionen. I lagen definieras noggrant hur utskrivningen ska gå till och exakt när kommunens betalnings-

ansvar uppkommer. Om en patient är utskrivningsklar eller inte avgör i grunden utskrivande läkare. Det förekommer att bedömningen ifrågasätts av kommunen. Lagens avsikt är inte att lösa problematiken kring den bedömningen i sig, utan lagen fokuserar på tiden från formell utskrivning till mottagande i den kommunala hälso- och sjukvården.

Reglerna om kommunal betalningsskyldighet infördes redan i samband med att Ädelreformen infördes. Reglerna fanns visserligen inte med i den ursprungliga propositionen, utan tillkom efter ett initiativ i socialutskottet. Utskottet motiverade sin bedömning med att ett betalningsansvar ansågs vara nödvändigt för att Ädelreformen skulle få ett tillräckligt kraftfullt genomslag.²⁶

Syftet med lagstiftningen är att vissa patienter som är färdigbehandlade, och således inte längre har behov av den slutna vårdens resurser, så snart som möjligt ska kunna lämna slutenvården på ett tryggt sätt. Sedan den 1 januari 2018 gäller förstärkta regler som ställer ytterligare krav på regional och kommunal samordning i samband med utskrivning. Den tid som kommunerna har till förfogande för att ta emot patienter från regionen kortades också ned.²⁷

I de samtal som vår utredning haft med parterna framgår det inget annat än att lagstiftningen om samverkan kring utskrivning har en klart styrande effekt. I våra samtal förekommer det samtidigt indikationer på att kommunerna ibland prioriterar mottagandet av patienterna så hårt att man tar emot patienter utan att de praktiska förutsättningarna för ett sådant mottagande alltid hunnit komma på plats.

Exempel på förelägganden, viten och förbud i gällande regelverk

En annan sanktionsmodell är den som baseras på förelägganden, viten och förbud. Det finns flera exempel på sådana sanktioner inom hälso- och sjukvården i dag. Exempelvis står den samlade hälso- och sjukvården under tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg, IVO.²⁸ Inom ramen för IVOs arbete finns det enligt 7 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659) möjlighet för myndigheten att bland annat besluta om förelägganden att avhjälpa brister. Ett sådant föreläggande kan förenas med vite. Det finns även vissa möjligheter för IVO att för-

²⁶ Jfr Prop. 1990/91:14 s. 88 f. samt Prop. 1993/94:121 s. 11 f.

²⁷ SOU 2015:20 och Prop. 2016/17:106.

²⁸ 7 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

bjuda en verksamhet inom hälso- och sjukvården. Om brott har begåtts kan det också bli fråga om att anmäla saken till åtal.

IVOs beslut om förelägganden och viten är förenade med en formbunden administrativ process och kan prövas i domstol i flera steg. För viten gäller exempelvis att det först behöver beslutas om ett formellt vitesföreläggande.²⁹ Detta vitesföreläggande kan sedan överklagas i sig. Skulle föreläggandet senare inte komma att följas kan en ny separat rättsprocess om utdömmande av vitet inledas.³⁰

Exempel på sanktionsavgifter i gällande regelverk

Förutom reglerna i patientsäkerhetslagen är IVO även bemyndigade att i vissa fall besluta om sanktionsavgifter. Ett system med sanktionsavgifter finns exempelvis på socialtjänstens område. En kommun kan således i vissa fall få betala en särskild avgift om kommunen inte inom skälig tid tillhandahåller ett visst beslutat bistånd enligt socialtjänstlagen (2001:453). Regler med en liknande innebörd finns även i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. För att en kommun ska kunna åläggas att betala en särskild avgift enligt dessa lagar behöver IVO följa en byråkratisk process som innebär att IVO först utreder om en brist kan anses ha förelegat i formell mening innan myndigheten kan ansöka om att få avgiften fastställd och utdömd i förvaltningsdomstol.³¹ Vi noterar också att systemet med sanktionsavgifter på socialtjänstens område på senare tid varit föremål för diskussion och utredning.³²

I vissa andra fall kan IVO på egen hand besluta om sanktionsavgifter. Sådana regler finns exempelvis i lagen (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster. I detta fall gäller i stället att IVOs beslut om sanktionsavgift kan överklagas till förvaltningsdomstol.³³

²⁹ 2 § lagen (1985:206) om viten.

³⁰ 6 § lagen (1985:206) om viten.

³¹ 16 kap. 6 a och 6 c socialtjänstlagen (2001:453) och 28 a § och 28 c § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

³² Jfr förslag från SOU 2020:47 s. 472 f. och SOU 2024:36 s. 317 f.

³³ 29–39 §§ lagen (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster.

4.4.2 Möjliga modeller för ett system med sanktioner inom läkarmedverkan

Frågan är då vilka sanktionsmöjligheter som skulle kunna bli aktuella vid brister relaterade till läkarmedverkan. Det mest grundläggande problemet som lyfts fram av parterna i våra samtal är den generella bristen i tillgänglighet till läkare i den kommunala hälso- och sjukvården. Det kan bland annat handla om långa svarstider, utebliven uppföljning eller sena alternativt helt uteblivna läkarbedömningar och besökstillfällen. Denna typ av brister leder till konkreta konsekvenser i form av bland annat potentiellt onödiga inläggningar i slutenvård eller att patienten måste tas till akutmottagningen. Ett eventuellt sanktions-system bör därför vara utformat på ett sådant sätt att det kan komma åt denna typ av brister.

Sanktioner utifrån tidsatta mål för läkarmedverkan

En enkel sanktionsmodell skulle kunna vara en modell som fokuserar på tiden det tar att få en läkarbedömning. En tidsgräns kan reglera när en läkarbedömning senast ska vara gjord från det att kommunen anser att det finns behov av en sådan bedömning. Om en läkarbedömning inte har gjorts inom denna tid skulle exempelvis en avgift kunna utgå eller kostnadsansvar kunna skjutas från kommun till region.

En sådan modell kommer inte utan nackdelar. Läkarinsatser behöver i grund och botten ges utifrån patientens behov av vård. Ett rimligt antagande är att en läkarbedömning i de flesta fall behövs i det närmaste omgående efter det att ett behov av en sådan bedömning har identifierats. Men om det skulle bestämmas en fast tidsgräns för när regionen senast ska leverera en läkarbedömning riskerar denna gräns snarast att bli ett golv för insatsen i stället för ett tak. Regionen skulle teoretiskt kunna vänta med att leverera en läkarbedömning till en av olika skäl mer passande tidpunkt, så länge denna tid ligger inom den förutbestämda tidsramen. Regionen skulle även kunna avvakta med en läkarbedömning i förhoppning om att behovet av bedömningen på ett eller annat sätt ska ha upphört innan den formella tidsgränsen uppnåtts.

Det kan enligt vår bedömning finnas risker med ett allt för binärt synsätt på läkarmedverkan. Regionen skulle kunna fokusera på att uppfylla sina formella skyldigheter enligt på förhand uppställda tids-

gränser i stället för att ta det stärkta och samlade ansvar för sina skyldigheter som vi menar behövs för att läkarmedverkan ska kunna fungera väl ur ett patientperspektiv.

Sanktioner vid akutbesök eller sjukhusinläggningar

En annan möjlig sanktionsmodell utgår från problemen med att patienter i den kommunala hälso- och sjukvården återkommande hänvisas till akutmottagningen eller att de allt för ofta behöver återintas till slutenvården kort tid efter utskrivning. Här skulle en möjlighet kunna vara att med hjälp av en sanktionsavgift eller ett överflyttat betalningsansvar stimulera att denna typ av situationer inte ska behöva uppstå.

I USA förekommer sanktioner kopplade till sjukhus som anses ha en allt för hög kvot av återinläggningar. Sanktionsmodellen utgår från sjukhusens övergripande statistik över patienternas risk för återinläggning inom 30 dagar. Sjukhus som har en för hög andel återinläggningar får avdrag på den ersättning som utgår till dem från försäkringssystemet.³⁴

I en svensk kontext skulle en eventuell sanktion behöva ta mer specifikt sikte på de problem som präglar läkarmedverkan. En grundläggande svårighet är då hur man ska kunna definiera att det verkligen är en brist i just läkarmedverkan som medfört återinläggningen eller akutbesöket. En återinläggning kan ha många olika grunder och behöver inte nödvändigtvis bero på att patienten skrivits ut i förtid. Det ligger i sakens natur att vad som kommer att hända efter en utskrivning inte kan förutses. Att en sanktion skulle utgå enbart utifrån det faktum att en patient blivit återinlagd inom en viss tidsram anser vi därför inte vara en ändamålsenlig lösning. Det samma gäller för besök på akutmottagningen. Ett sådant besök kan ha många olika orsaker och det framstår inte som ändamålsenligt att låta en sanktion utgå endast för att patienten tagits till akutmottagningen.

För att kunna etablera ett fungerande sanktionssystem i dessa delar bedömer vi därför att det skulle krävas två saker:

³⁴ Kripalani m.fl., Annual Review of Medicine 65, *Reducing hospital readmission: current strategies and future directions.*, 2014, s. 471 f.

- Först skulle den enskilda sjukhusinläggningen eller det enskilda akutbesöket behöva utredas i sak för att kunna fastställa om det förelegat en formell brist i läkarmedverkan.
- Därefter behöver det fastställas om det var just bristen i läkarmedverkan som ledde till inläggningen eller akutbesöket.

Att genomföra en sådan utredning kräver sannolikt god medicinsk kompetens. Vi bedömer att en sådan process klart riskerar att bli administrativt komplicerad i förhållande till ändamålet.

Sanktioner vid brister i utskrivningsdokumentationen

Socialstyrelsen har nyligen lämnat förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser. I rapporten berörs frågan om behovet av att korta vårdtiderna för utskrivningsklara patienter. Ett förslag som tas upp är att staten borde utreda behov, förutsättningar och konsekvenser av att införa ett regionalt betalningsansvar för utskrivningsklara patienter som skrivs ut till kommunala insatser utan fullständig dokumentation. Idéen baseras på att Socialstyrelsen fått signaler om att reglerna om samverkan vid utskrivning från slutenvården inte till fullo följs i praktiken.³⁵ Liknande idéer förekommer i en nyligen presenterad SNS-rapport, med den skillnaden att SNS föreslår att primärvården borde få tillgång till en målbaserad ersättning om man uppnår målen avseende att tillhandahålla fullgod utskrivningsdokumentation.³⁶

Vi konstaterar att det självklart är viktigt att dokumentationen sköts väl i samband med vårdövergångar. Men det är inte tydligt hur det ska kunna slås fast att dokumentationen har brustit i det enskilda fallet, vilket är något denna sanktionsmodell delar med andra sanktionsmodeller.

³⁵ Socialstyrelsen, *Plats för vård*, 2024, s. 64

³⁶ SNS, *Samverkan kring multisjuka äldre: lärdomar från praktik och forskning*, 2024, s. 76

4.4.3 Det bör inte införas sanktioner inom läkarmedverkan

Utredningens bedömning: Det bör inte införas regler om sanktioner inom ramen för regionernas ansvar för läkarmedverkan. Ett system med sanktioner skulle inte främja samarbetet mellan kommun och region och inte heller ge patienterna tillgång till bättre vård.

Skälen för utredningens bedömning

Vår huvudsakliga bedömning är att vägen framåt bör vara att få befintligt system med läkarmedverkan att fungera bättre än vad det gör i dag. Vi anser att ett förtydligande av vad läkarmedverkan innebär tillsammans med en förstärkt styrning av avtalen mellan kommun och region i sig bör ha goda förutsättningar att få det befintliga systemet att fungera så bra att både kommuner, regioner och inte minst patienter garanteras en välfungerande läkarmedverkan. Om läkarmedverkan fungerar som avsett saknas behov av sanktioner. Vi ser samtidigt flera utmaningar med att utforma ett ändamålsenligt sanktionssystem.

Ett problem som präglar läkarmedverkan i dag är att det finns ett stuprörsperspektiv mellan kommun och region som medför att samverkan mellan parterna brister. Vi bedömer att ett formellt system med sanktioner skulle riskera att fördjupa den spricka som redan finns mellan parterna.

Det starkaste argumentet mot ett sanktionssystem är att det är svårt att klart definiera om eller när regionen inte har uppfyllt sina skyldigheter inom ramen för läkarmedverkan. För att det ska vara möjligt att utfärda en eventuell sanktion måste gränsen för när det kan anses att uppdraget om läkarmedverkan har missköts vara tydlig. Det skulle i praktiken krävas en formell definition som klargörs i lag eller förordning. Vi bedömer att det skulle vara mycket svårt att formulera en ändamålsenlig och tydlig definition av när en formell brist i läkarmedverkan kan anses ha uppstått. En annan aspekt som vi beaktar är att eventuella sanktionsavgifter, viten och förelägganden skulle vara förenade med en betydande administration och förhållandevis höga processkostnader.

Sammantaget saknas det i nuläget tillräckliga skäl för att införa ett system med sanktioner relaterat till regionernas ansvar för läkarmed-

verkan. En ny bedömning av behovet av sanktioner kan göras senare om våra förslag om förstärkt styrning av läkarmedverkan inte skulle få avsedd effekt.

Brister i läkarmedverkan kan redan i dag medföra konsekvenser

Vi vill uppmärksamma att kommunerna redan i dag har rätt att anlita läkare på regionens bekostnad vid brister i läkarmedverkan, även om det inte är en sanktion. De förslag som vi lämnar är också ämnade att göra det lättare för kommunerna att utnyttja denna rättighet. Av våra samtal med parterna framgår att det finns en samsyn kring att det anses vara en relativt allvarlig konsekvens om brister i regionens ansvar leder till att en kommun på egen hand skulle anlita läkare på regionens bekostnad.

4.5 Andra frågor med anknytning till en välfungerande läkarmedverkan

Frågor relaterade till journalföring samt frågor om ett generellt behov av en tydligare ansvarsfördelning mellan region och kommun är två frågor som återkommer i våra samtal med de parter som är verksamma inom den kommunala hälso- och sjukvården. I detta avsnitt redogör vi för våra observationer och överväganden i dessa delar.

4.5.1 Praktiska problem relaterat till journalföring

Grundprincipen är att det för patienter i hälso- och sjukvården ska föras en patientjournal.³⁷ I praktiken förs det separata journaler i respektive verksamhet där hälso- och sjukvård ges. Det kan exempelvis finnas en journal som förs på patientens vårdcentral och en annan journal som förs på en sjukhusavdelning som ger vård på specialiserad nivå. Det är vanligt att patienter i kommunal hälso- och sjukvård samtidigt får insatser enligt både hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och socialtjänstlagen (2001:453). I dessa fall finns det förutom patientjournaler även en omsorgsjournal som förs enligt socialtjänstlagens regler.

³⁷ 3 kap. 1 § patientdatalagen (2008:355).

Att de enskilda journalerna förs på olika ställen och på olika nivåer medför praktiska konsekvenser. Patienterna i den kommunala hälso- och sjukvården har ofta behov av insatser från flera olika vårdgivare. I våra samtal med parterna lyfts det återkommande att det i praktiken är svårt att få en samlad överblick över all dokumentation rörande en enskild patient. Enligt parterna utgör avsaknaden av en samlad journalföring ett väsentligt praktiskt hinder mot samverkan i den kommunala hälso- och sjukvården. Journalfrågan är en av de aspekter som parterna omedelbart lyfter när vi frågar varför fler kommuner inte utnyttjar den befintliga rätten att anlita en egen läkare när det förekommer brister i läkarmedverkan. De kommuner som vi talat med ifrågasätter dels hur en kommunalt anlitad läkare ska få tillgång till de befintliga journalhandlingar som läkaren behöver för att kunna utföra sitt arbete, dels undrar kommunerna var en anlitad läkare ska dokumentera sina undersökningsfynd. Situationen är särskilt problematisk för äldre patienter med omfattande samsjuklighet som är inskrivna i särskilt boende och som har stora behov av både sjukvårds- och omsorgsinsatser.

Tidigare bedömningar om en mer samlad journalföring

Behovet av en mer samlad journalföring är en sedan tidigare uppmärksam fråga.³⁸ IVO har uttalat att avsaknaden av en mer patientcentrerad och sammanhållen journaldokumentation är ett allvarligt hinder för en effektiv informationshantering i vården.³⁹ Coronakommissionen stämde in i kritiken och uttalade att det måste vidtas åtgärder för att förverkliga en mer sammanhållen journalföring.⁴⁰ En liknande bedömning görs i en aktuell SNS-rapport.⁴¹

I *Samverkansutredningen* (SOU 2000:114) konstaterades att det finns betydande lagtekniska svårigheter mot att införa en möjlighet till gemensam dokumentation på vård- och omsorgsområdet.⁴² I enlighet med den bedömningen lämnade utredningen inte heller något förslag i den saken.

³⁸ För en överblick av tidigare utredningar på området se SOU 2021:4 s. 209 f.

³⁹ IVO, *Tillsynsrapport - De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2014*, 2015, s. 5.

⁴⁰ SOU 2020:80 s. 246 f.

⁴¹ SNS, *Samverkan kring multisjuka äldre: lärdomar från praktik och forskning*, 2024, s. 72

⁴² SOU 2000:114 s. 253 f.

Utredningen *Rätt information på rätt plats i rätt tid* (SOU 2014:23) lämnade flera förslag på hur en mer personcentrerad journalföring skulle kunna utformas. Vad gäller patienter i särskilt boende för äldre som samtidigt får både kommunal och regional hälso- och sjukvård tillsammans med kommunal omsorg föreslog utredningen att det skulle bli möjligt med en helt gemensam vård- och omsorgsjournal.⁴³ Ett annat förslag som utredningen lämnade var att information som en huvudregel skulle följa individen snarare än olika organisatoriska gränser. Således föreslog utredningen att alla vårdgivare inom en och samma huvudmans ansvarsområde skulle få lov att dela uppgifter med varandra oavsett vårdgivarens driftsform.⁴⁴ En liknande princip föreslogs införas inom socialtjänsten.⁴⁵ Förslagen som lämnades i SOU 2014:23 har inte lett till någon ny lagstiftning.

Initiativ för förbättrade möjligheter till direktåtkomst

År 2019 gav regeringen en utredare i uppdrag att göra en översyn av frågor rörande personuppgiftshantering i socialtjänst- och i hälso- och sjukvårdsverksamhet. I utredningsdirektivet fanns det inget uppdrag om att föreslå någon mer samlad journalföring i sig, däremot efterfrågades stärkta möjligheter till direktåtkomst mellan olika verksamheter.⁴⁶ Den efterföljande utredningen *Informationsöverföring inom vård och omsorg* (SOU 2021:4) lämnade förslag som har lett fram till lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Lagen infördes den 1 januari 2023 och syftet med lagen är bland annat att förbättra och förenkla kommunikationen mellan regionala vårdgivare och kommunala omsorgsgivare genom direktåtkomst. Lagen baseras på frivillighet både för vårdgivare, omsorgsgivare och patient. Reglerna i lagen innebär en möjlighet att dela information mellan olika vård- och omsorgsgivande verksamheter genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande genom ett elektroniskt system för sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.⁴⁷

⁴³ SOU 2014:23 s. 832 f.

⁴⁴ SOU 2014:23 s. 294 f.

⁴⁵ SOU 2014:23 s. 728 f.

⁴⁶ Dir. 2019:37 s. 12.

⁴⁷ Prop. 2021/22:177 s. 37 f.

Andra pågående initiativ för ett förbättrat utbyte av hälsodata

E-hälsomyndigheten har i en rapport våren 2022 bland annat föreslagit att det borde införas regler om en obligatorisk nationell patientöversikt. Tanken är att alla vårdgivare ska vara skyldiga att dokumentera vissa prioriterade uppgifter i en nationell patientöversikt. Myndigheten uppmärksammade att det i dagens lagstiftning finns regler som beskriver individens rätt att begränsa delningen av information, men inte någon rättighet som innebär att information ska tillgängliggöras för andra vårdaktörer. Myndigheten påpekade att det i utvecklingen mot en jämlik, god och nära vård finns goda skäl att stärka individens rätt till att information ska kunna delas med de vård- och omsorgsgivare som kan behöva den.⁴⁸

I dag pågår flera olika initiativ relaterade till att öka delningen av hälsodata i olika former. Exempelvis har E-hälsomyndigheten fått flera olika regeringsuppdrag. Ett uppdrag avser att ta fram förslag till en färdplan för genomförandet av en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården där hälsodata ska bli tillgänglig i hela vårdkedjan för all vård oavsett huvudman.⁴⁹ Ett annat uppdrag som myndigheten ska genomföra är en förstudie om hur en sammanhållen intygshantering i hälso- och sjukvården, omsorgen och tandvården kan utvecklas, organiseras och förvaltas.⁵⁰ Vidare har E-hälsomyndigheten även fått i uppdrag att ta fram och tillhandahålla en infrastruktur för ett nationellt vårdsöksystem samt en nationell katalog över vårdgivare och utförare av socialtjänst.⁵¹

Vid sidan om de redan initierade uppdragen har utredningen *Delad hälsodata – dubbel nytta* (SOU 2024:33) nyligen lämnat förslag som innebär att E-hälsomyndigheten ska ges ett uppdrag att leda arbetet med en ökad interoperabilitet inom hälso- och sjukvården.⁵² Ett annat förslag som utredningen lämnat är att lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation ska utvecklas genom att det införs en skyldighet för vårdgivare att använda interoperabilitetslösningar för hälso- och sjukvården när vårdgivare frivilligt gör patientuppgifter tillgängliga för andra vårdgivare.⁵³

⁴⁸ E-hälsomyndigheten, *Sammanhållen journalföring. Möjligheter till digital informationsförserjning på hälsodataområdet*, dnr 2021/01681 s. 63 f.

⁴⁹ S2023/02108.

⁵⁰ S2023/02107.

⁵¹ S2022/01372 och S2023/02118.

⁵² SOU 2024:33 s. 241 f.

⁵³ SOU 2024:33 s. 268 f.

Det har nyligen tillsatts en utredning med uppdrag att möjliggöra en nationell digital infrastruktur för hälsodata.⁵⁴ Uppdraget innebär att analysera och föreslå åtgärder som möjliggör en nationell digital infrastruktur för hela hälso- och sjukvården. Målsättningen är att hälsodata blir tillgängliga i hela vårdkedjan för både hälso- och sjukvård och tandvård. Utredningen har även i uppdrag att analysera och ta fram förslag kopplade till en kommande EU-förordning om ett europeiskt hälsodataområde (EHDS). Syftet med förordningen är bland annat att göra det möjligt för enskilda att få kontroll över sin hälsodata, underlätta det gränsöverskridande utbytet av hälsodata, främja en inre marknad för elektroniska patientjournalssystem och tillhandahålla en enhetlig ram för användningen av hälsodata för forskning, innovation, beslutsfattande och reglering.⁵⁵ Utredningen har fått ett tilläggsuppdrag att bl.a. anpassa svensk rätt till förslaget om förordning om det europeiska hälsodataområdet.⁵⁶

Det har även utsetts en samordnare för en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården med uppdraget att informera om regeringens arbete med en nationell digital infrastruktur. Samordnaren ska i nära dialog vårdens aktörer förbereda för införandet av den nationella digitala infrastrukturen.⁵⁷

En annan pågående utredning tittar på frågan om fortsatt utveckling av registret nationell läkemedelslista. Den utredningen berör möjligheterna att utveckla registret nationell läkemedelslista genom att fler uppgifter läggs till, att regleringen blir tydligare, mer förutsägbar och flexibel samt att hälso- och sjukvården och öppenvårdsapoteken har anpassade arbetsprocesser. Syftet är att skapa ett ändamålsenligt register och att ytterligare förbättra patientsäkerheten.⁵⁸

⁵⁴ Se Socialdepartementet, S2024/00100, *Uppdrag att möjliggöra en nationell digital infrastruktur för hälsodata*. och S 2024:A

⁵⁵ https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space_sv (hämtad 2024-08-06).

⁵⁶ S2024/01340.

⁵⁷ Dir. 2023:177.

⁵⁸ Dir. 2023:133.

Vi lämnar inga förslag

Sammantaget pågår det ett aktivt arbete med att förbättra, samordna och tillgängliggöra hälsodata i olika former. Inriktningen i det pågående arbetet är i första hand ett förbättrat informationsutbyte genom att göra befintliga data tillgängliga för rätt person i rätt tid.

Frågan om journalföringen omfattas inte av vårt utredningsdirektiv. Vi ser positivt på det pågående arbetet, men uppmärksammar vad parterna lyfter till oss om att det i den praktiska verksamheten fortfarande är en bit kvar innan tanken om en sammanhållen journalföring kan anses vara förverkligad. Inför det fortsatta arbetet vill vi uppmärksamma betydelsen av att särskilt beakta behoven för patienterna med de mest omfattande behoven av hälso- och sjukvård i kombination med social omsorg.

4.5.2 Parternas önskemål om en tydligare ansvarsfördelning mellan kommun och region

Ett annat återkommande uppmärksammat praktiskt problem relaterat till läkarmedverkan är att ansvaret för olika uppgifter inom vården är fördelade mellan många olika parter. I våra samtal med parterna inom den kommunala hälso- och sjukvården är frågan om gränsdragning och ansvarsfördelning återkommande. En vanlig fråga är vad som kan anses utgöra vård på primärvårdsnivå och vad som är vård på specialiserad nivå. Flera upplever att gränserna mellan primärvård och vård på specialiserad nivå är under förskjutning där alltmer avancerad vård förväntas hanteras av aktörerna inom primärvården. Ett exempel på komplexiteten i frågan är att det finns kommuner som hamnat i rättslig tvist med regionen i frågan om en patient kan anses vara utskrivningsklar eller inte från vård på sjukhus till den kommunala hälso- och sjukvården. Flera av de parter vi talat med menar att det behövs tydligare definitioner av vad som egentligen utgör vård på primärvårdsnivå och därmed vad som kan förväntas hanteras inom den kommunala hälso- och sjukvården. Samtidigt är det uppenbart att omställningsarbetet till en god och nära vård kräver ett gränsöverskridande arbetssätt.⁵⁹

⁵⁹ SOU 2020:19 s. 115 f.

Tidigare lämnade förslag avseende förtydligad ansvarsfördelning

Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner (SOU 2022:41) berörde frågan ur olika perspektiv. Den utredningen såg bland annat en problematik där patienter i den kommunala hälso- och sjukvården inte fick samma tillgång till vård på specialiserad nivå som resten av befolkningen. Utredningen bedömde att rättsläget i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, borde förtydligas avseende vilka arbetsformer som egentligen kan anses vara tillåtna i kommunal hälso- och sjukvård. Utredningen ansåg att en annan utredning borde få i uppdrag att se över gränsdragningen mellan specialiserad hälso- och sjukvård och sjukvård i hemmet.⁶⁰

I ett försök att förtydliga ansvarsfördelningen mellan kommun och region föreslog utredningen även en förändrad begreppsanvändning i HSL.⁶¹ Det förslaget gick huvudsakligen ut på följande:

- Begreppet *hälso- och sjukvård* borde i tillämpliga fall ersättas med *primärvård*.
- Begreppet *hemsjukvård* borde ersättas med uttrycket *primärvård i ordinärt boende*.

Det huvudsakliga syftet med dessa förslag var att förtydliga att kommunernas ansvar endast omfattar vård på primärvårdsnivå. I detta sammanhang konstaterar vi att själva begreppet *hemsjukvård* i dag varken närmare är definierat eller konsekvent använt. Det har sedan tidigare funnits synpunkter på det begreppet.⁶²

Vi lämnar inga förslag

Vi anser att frågan om den närmare definitionen av begreppet primärvård och avgränsningen mellan vård på specialiserad nivå och vård på primärvårdsnivå i den kommunala hälso- och sjukvården är komplicerad. Vi bedömer samtidigt att frågan om en tydligare ansvarsfördelning mellan region och kommun ligger utanför ramarna för vårt direktiv. Det saknas därmed anledning att lämna förslag i denna del, men

⁶⁰ SOU 2022:41 s. 350 f.

⁶¹ SOU 2022:41 s. 378 f.

⁶² SOU 2020:19 s. 153 f. och Lagrådets yttrande till ny hälso- och sjukvårdslag, 2017.

vi uppmärksammar frågans betydelse för ett välfungerande samarbete mellan kommun och region.

4.6 Stärkt medicinsk kompetens på ledningsnivå

Det grundläggande syftet med vår utredning är att den medicinska kompetensen ska stärkas i den kommunala hälso- och sjukvården. Utgångspunkten måste vara ett gemensamt uppdrag och ansvarstagande på högsta ledningsnivåer i både regioner och kommuner. En god medicinsk kompetens utgör ett grundbehov i den praktiska patientnära verksamheten. Förutsättningar för ett aktivt och närvarande ledarskap i den dagliga operativa verksamheten har avgörande betydelse för ledning och utveckling av vård och omsorg av god kvalitet. En aspekt som berörs både i tidigare utredningar och i våra samtal är ett behov av stärkt medicinsk kompetens även på den administrativa ledningsnivån. Av våra samtal framgår att det är ovanligt med medicinsk kompetens på ledningsnivå, inte minst i kommunerna. Flera beskriver att den kommunala hälso- och sjukvården är en mindre uppmärksammas del av kommunernas samlade verksamhet och att detta återspeglas i hur verksamheten styrs och leds. Samtidigt framgår det i våra dialogmöten att befintlig medicinsk kompetens i kommunerna, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), uppfattas vara en underutnyttjad resurs ur ett ledningsperspektiv.

4.6.1 Befintliga förslag för stärkt medicinsk kompetens på ledningsnivå

Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner (SOU 2022:41) lämnade flera förslag till en förändrad ledningsstruktur både på kommunal och regional nivå. I korthet föreslog utredningen följande:

- Det borde på kommunal nivå införas ett krav på en ledningsansvarig för den kommunala hälso- och sjukvården som ska vara specialistutbildad sjuksköterska eller läkare.⁶³

⁶³ SOU 2022:41 s. 468 f.

- Det borde på regional nivå införas ett krav på en ledningsansvarig för planering, uppföljning och samordning av regionala insatser i den kommunala hälso- och sjukvården.⁶⁴

Förutom dessa grundförslag lämnade utredningen även flera andra kompletterande förslag som påverkar ledningsstrukturen för den kommunala hälso- och sjukvården.

Bakgrunden till förslagen är erfarenheterna från coronapandemin samt att utredningen bedömde att det i dag generellt saknas tillräcklig medicinsk kompetens på lednings- och huvudmannanivå. Exempelvis ingår rollerna medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) sällan i kommunernas ledningsgrupper. Från fysioterapeuter respektive arbetsterapeuter anfördes att bristen på deras kompetenser delvis beror på en avsaknad av ett medicinskt helhetsperspektiv. Utredningen bedömde också att avsaknad av medicinsk kompetens på ledningsnivå påverkar organisationernas förmåga att fatta väl övervägda strategiska beslut. Ibland leder brist på kompetens till att nödvändiga beslut inte fattas alls.⁶⁵

En annan aspekt som uppmärksammades var att kommunerna generellt saknar en tydlig motpart på regional nivå att vända sig till. Rimligtvis behövs motsvarande tydlighet vad gäller motpart på den kommunala nivån för att skapa en gemensam strategi. Detta var en viktig anledning till att utredningen föreslog att det borde finnas en ledningsansvarig person på såväl regional som kommunal nivå.

4.6.2 Befintliga initiativ för stärkt medicinsk kompetens på ledningsnivå

Det finns ett antal kommuner och regioner som tagit egna initiativ till att höja den medicinska kompetensen på ledningsnivå genom att anställa medicinsk kompetens i olika strategiska roller. Ett visst intresse kan noteras både från kommuner och regioner för detta upplägg.⁶⁶

⁶⁴ SOU 2022:41 s. 479 f.

⁶⁵ SOU 2022:41 s. 469 f.

⁶⁶ Läkartidningen 25–26/2022, *Ett tjugotal kommuner vill anställa läkare: »Behöver rätt kompetens».*

Stockholms kommun

I Stockholms kommun anställdes en läkare till en roll som läkarstrateg under ett drygt år 2021–2022. Läkaren arbetade med strategiska frågor under äldreförvaltningen. Vår utredning har talat med den aktuella läkaren om hans erfarenheter av detta arbete. Hans mest konkreta åsikt var att det borde införas regionala äldrevårdsöverläkare som kan ha ett centralt samordnande ansvar på regional nivå och därifrån ta ett helhetsansvar för läkarinsatserna i den kommunala hälso- och sjukvården. Han menar samtidigt att det finns anledning att avvakta med att införa nya krav på medicinsk kompetens på kommunal ledningsnivå.⁶⁷

Vi har även talat med uppdragsgivaren Stockholms kommun. Att kommunen kom att anställa en läkarstrateg grundades på ett politiskt initiativ. Tjänsten har inte återtillsatts, men kommunen utvärderar nu vilka behov man har framöver. En observation som kommunen gjort är att det är svårt att arbeta strategiskt i kommunen när det inte finns någon naturlig motpart på den regionala nivån. En annan observation är att det inte helt säkert finns behov av läkarstrategiskt arbete på heltid. En faktor som kommunen då väger in är att Stockholms kommun inte har ansvar för hemsjukvården på det sätt som de flesta andra kommuner i landet har.

Örebro kommun

I Örebro kommun finns det sedan 2021 en anställd läkare i en roll som medicinsk strateg. Det är fråga om en anställning på halvtid som delas med traditionellt kliniskt arbete på en regional vårdcentral där det ingår patientarbete i kommunal hälso- och sjukvård. Utredningen har samtalat med den aktuella läkaren. Han beskriver ett aktivt arbete i kommunen med att förverkliga principerna om god och nära vård. Projekt som han arbetat särskilt med är bland annat ett mobilt när-sjukvårdsteam, en utveckling av mellanvårdsplatser avsedda för övergången mellan sjukhusvård och kommunal hälso- och sjukvård, samt ett arbete för att kunna genomföra blodtransfusioner utan att patienten behöver lämna sitt kommunala boende. Läkaren har uppmärk-

⁶⁷ Läkartidningen 1–3/2023, *Förre kommunläkaren avråder andra kommuner från att anställa läkare*, samt Forum för Health policy 2023-02-23, <https://healthpolicy.se/lakaren-johan-ejerhed-reflekterar-efter-arbetet-som-lakarstrateg-i-stockholms-stad/> (hämtad 2024-09-16).

sammat hur en gemensam politisk nämnd mellan kommun och region skulle kunna skapa en stärkt samverkan.⁶⁸

Region Örebro län

I slutet av 2021 beslutade även Region Örebro län att anställa en äldre-
vårdsöverläkare med målet att förstärka omhändertagandet av de äldre.
I samtal med oss framgår att läkaren i dag arbetar bland annat med kvali-
tetsuppföljningar och att stärka äldrekompentensen inom regionens be-
ställarfunktion. Läkaren deltar även i regionens ledningsgrupp för nära
vård och arbetar med att ta fram ett uppdaterat avtal för läkarmed-
verkan. Arbetet är strategiskt, inte kliniskt. Det är en tjänst på heltid.

Uddevalla och Trollhättans kommun

Efter ett politiskt initiativ med ursprung i Uddevalla har kommunerna
Trollhättan och Uddevalla under våren 2024 anställt en gemensam
läkarstrateg. En läkare tillträdde tjänsten i början av september 2024.
Det är fråga om en administrativ och strategisk tjänst där tjänstgöringen
kommer att delas jämt mellan Uddevalla och Trollhättans kommuner.
Läkaren kommer fortsatt att arbeta kliniskt på deltid. Bakgrunden
till rekryteringen är att kommunen uppmärksammat kvalitetsbrister
i äldreomsorgen och fått kritik från Inspektionen för vård och omsorg.
Fokus för tjänsten kommer bland annat att vara på det stuprörspers-
pektiv som finns mellan regionen och kommunen avseende synen på
läkarmedverkan. Kommunen upplever problem med att bland annat
behöva ta emot patienter som enligt deras uppfattning inte är utskriv-
ningsklara och det förekommer därför allt för många återinskrivningar.
En förhoppning är att en egen läkare lättare ska kunna tala med andra
läkare. Kommunen vill också att läkaren ska arbeta med utbildning
och kompetensutveckling riktat mot de anställda i den kommunala
hälso- och sjukvården.⁶⁹

⁶⁸ Se Läkartidningen 25–26/2022, *Läkarstrateg blir språkrör för kommunal äldre-
vård i Örebro*, och läkartidningen.se 2024-07-12 <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2024/07/sa-hardet-gatt-for-kommunerna-som-anstallt-lakarstrateger-fler-pa-gang/> (hämtad 2024-07-30).

⁶⁹ Se även Dagens Samhälle 2024-05-28, *Kommunal läkarstrateg ska höja medicinsk kompetens*, <https://www.dagensamhalle.se/samhalle-och-valfard/aldreomsorg/kommunal-lakarstrateg-ska-hoja-medicinsk-kompetens/> (hämtad 2024-07-30) och Bohuslänningen, "Läkarstrateg till Uddevalla", 2024-09-07.

4.6.3 Andra aktuella bedömningar avseende behovet av stärkt medicinsk kompetens på ledningsnivå

Behovet av medicinsk kompetens på ledningsnivå uppmärksammas även i två aktuella rapporter.

Socialstyrelsen har tagit fram ett förslag till nationell plan för att minska bristen på vårdplatser. I denna rapport uppmärksammas behovet av insatser för en förbättrad samverkansstruktur mellan regioner och kommuner. I rapporten identifieras ett generellt behov av kompetens på ledningsnivå inom områdena medicin, rehabilitering och omsorg. Socialstyrelsen anser att förslaget från SOU 2022:41 om krav på en regionalt ledningsansvarig för kommunal hälso- och sjukvård bör genomföras. Socialstyrelsens åsikt motiveras med att patienterna i den kommunala hälso- och sjukvården under senare tid fått mer komplexa vårdbehov än tidigare varför kommunerna behöver förstärkt stöd från regionerna.⁷⁰

Nationella vårdkompetensrådet har i sin tur tagit fram ett förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. I denna rapport föreslår rådet att kommunerna bör säkerställa att det finns medicinsk kompetens på alla ledningsnivåer. Rådet uppmärksammar behovet av stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård och påpekar att de i tidigare rapporter rekommenderat kommunerna att säkra att medicinsk kompetens ska finnas i den övergripande ledningen av verksamheter för vård och omsorg av äldre. Rådet anser mot denna bakgrund att förslaget från SOU 2022:41 om krav på medicinsk kompetens på kommunal ledningsnivå bör genomföras.⁷¹

⁷⁰ Socialstyrelsen, *Plats för vård*, 2024, s. 62–64.

⁷¹ Nationella vårdkompetensrådet, *Förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning*, 2024, s. 259–264.

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

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

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

Skälen för utredningens förslag

Utgångspunkten för en välfungerande kommunal hälso- och sjukvård är ett gemensamt åtagande som delas mellan både region och kommun. Det delade ansvaret ställer stora krav på en välfungerande samverkan mellan parterna. Våra observationer visar att det sedan länge finns brister i parternas samverkan. Vi uppfattar att ursprunget till en stor del av dessa brister kan hittas redan på ledningsnivå i både kommun och region. Det finns i dag inga formella krav på medicinsk kompetens på ledningsnivå varken i kommun eller region.

På regional nivå saknas det en tydligt ledningsansvarig för regionernas insatser i den kommunala hälso- och sjukvården. Det saknas också incitament för regionerna att stärka samarbetet med kommunerna. En konsekvens av detta är att kommunerna inte har någon sammanhållet ansvarig att vända sig till på den regionala nivån om det skulle förekomma brister i läkarmedverkan.

På kommunal ledningsnivå saknas det oftast medicinsk kompetens. Visserligen finns det lagkrav som innebär att det i kommunerna ska finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), eller i förekommande fall en medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).⁷² Men det är ovanligt att MAS/MAR deltar i det formella ledningsarbetet. I förarbetena beskrivs också rollen MAS i första hand utifrån ett ansvar som sakkunnig i medicinska frågor och inte som en del av kommunens ledningsstruktur. Rollen MAS ger i sig inte något formellt ledningsmandat.⁷³ Utredningen SOU 2022:41 noterade att MAS över

⁷² 11 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

⁷³ Prop. 1990/91:14 s. 68–70.

tid har kommit längre bort från verksamheten och fått mer av en tillsynsliknande roll.⁷⁴ Vi noterar från våra egna samtal med MAS och MAR att den befintliga medicinska kompetens som redan finns i kommuner skulle kunna nyttjas mer strategiskt för ledningsfunktioner.

För att möjliggöra ett bättre samarbete mellan region och kommun bedömer vi att det behövs medicinsk kompetens på både regional och kommunal ledningsnivå. Våra samtal tyder också på att parterna efterfrågar en sådan reform för att det strategiska arbetet ska kunna bli effektivt. Utredningen SOU 2022:41 föreslog också att det borde införas lagkrav på medicinsk kompetens på båda dessa ledningsnivåer. Vi bedömer att dessa förslag bör genomföras.

4.6.5 Vår utrednings syn på förslaget från SOU 2022:41 om krav på en ledningsansvarig för kommunal hälso- och sjukvård alla kommuner

Förslaget i SOU 2022:41 om ett krav på en ledningsansvarig för kommunal hälso- och sjukvård i alla kommuner tar sin utgångspunkt i den utredningens förslag om en större generell omorganisation av ledningsstrukturen i kommunal hälso- och sjukvård.⁷⁵ Utredningen föreslår bland annat att rollerna MAS/MAR ska avskaffas och att det i stället ska införas förstärkta krav på verksamhetschefen samt införas ett nytt system med särskilda kvalitetsansvariga för omvårdnad respektive rehabilitering.⁷⁶ I komplement till dessa roller föreslår alltså utredningen att det även ska finnas en ledningsansvarig för primärvård i kommunerna.

Med utgångspunkt i vårt utredningsdirektiv bedömer vi att det saknas anledning för oss att ta närmare ställning till förslagen från SOU 2022:41 om en generellt förändrad ledningsstruktur med nya roller för bland annat verksamhetschefen och MAS/MAR. Men med stöd av vad som kommit fram i vår utredning är vår bedömning att det finns behov av medicinsk kompetens på ledningsnivå i kommunerna.

Vi noterar i detta sammanhang att rollerna MAS/MAR redan i dag står för formell medicinsk kompetens i kommunerna. Vi kan inte

⁷⁴ SOU 2022:41 s. 449–454.

⁷⁵ I utredningen SOU 2022:41 används uttrycket *ledningsansvarig för primärvård*. Uttrycket måste dock läsas mot bakgrund av att utredningen även föreslår en förändrad begrepps-användning av uttrycket *primärvård*. I vår utredning använder vi i stället uttrycket *ledningsansvarig för kommunal hälso- och sjukvård*.

⁷⁶ SOU 2022:41 s. 454 f.

bortse från att det i många kommuner sannolikt skulle kunna vara en framkomlig väg att i första hand nyttja denna befintliga resurs även i en roll med ett formaliserat ledningsansvar. Men vi lämnar inte något förslag i den frågan.

4.6.6 Vår utrednings syn på förslaget från SOU 2022:41 om krav på en regionalt ledningsansvarig för kommunal hälso- och sjukvård

Vad gäller den regionala nivån bedömde utredningen SOU 2022:41 att regionerna har brustit i att leverera läkarinsatser till kommunerna under en längre tid. Syftet med en regionalt ledningsansvarig ska därför vara att säkerställa att regionen lever upp till sitt ansvar som huvudman och att regionen tillhandahåller läkarinsatser av god kvalitet och som svarar mot patienternas behov. Den ledningsansvarige ska även säkerställa att patienter i den kommunala hälso- och sjukvården får tillgång till regionens specialiserade hälso- och sjukvård.⁷⁷

Vi vill betona att den ledningsansvarige ska ha ett samlat grepp över hela den regionala insatsen i kommunal hälso- och sjukvård. En viktig del av arbetet kommer vara att arbeta med avtalen om läkarmedverkan mellan region och kommun. Vi bedömer att kombinationen av våra förslag om stärkt styrning av avtalen tillsammans med inrättandet av en regionalt ledningsansvarig är av stor betydelse för att utveckla läkarmedverkan.

En annan avgörande arbetsuppgift för den regionalt ledningsansvarige kommer vara att tydliggöra regionernas ansvar i samarbetet med den kommunala hälso- och sjukvården som en central del av det samlade sjukvårdssystemet. Det handlar här om att få regionerna att exempelvis se potentialen till att frigöra vårdplatser och minska trycket på akutmottagningarna genom att ge de mest sköra patienterna, som i stor utsträckning återfinns i den kommunala hälso- och sjukvården, det stöd och den läkarvård som dessa patienter behöver på den plats där de redan vistas. Den regionalt ledningsansvarige ska således inte i första hand agera och upprätthålla ett strikt regionalt synsätt, utan i stället prioritera betydelsen av att få till en fungerande samverkan mellan region och kommun utifrån de enskilda patienternas behov av vård och omsorg.

⁷⁷ SOU 2022:41 s. 480.

Vi delar bedömningen som görs i utredningen SOU 2022:41 att det saknas anledning att formellt reglera i lag vilken typ av kompetens som ska krävas för rollen som regionalt ledningsansvarig.

5 En ordning där kommunerna kan anställa läkare

Detta kapitel berör vårt uppdrag att föreslå en ordning där kommunerna kan anställa egna läkare. Vi inleder med att beskriva hur parterna ser på frågan om kommunala läkare innan vi studerar möjliga modeller för en ordning där kommunerna kan anställa läkare. Avslutningsvis presenterar vi våra överväganden om hur en sådan ordning bäst bör utformas.

5.1 Synen på eventuella kommunala läkare

Vi har i våra samtal med parterna som verkar i den kommunala hälso- och sjukvården särskilt efterfrågat deras syn på förslaget om att göra det möjligt för kommunerna att anställa egna läkare. Parternas inställning till kommunala läkare får sammantaget beskrivas som negativ. Argumenten till stöd för denna inställning varierar men känns igen från tidigare utredningar där frågan berörts. Flera av de parter och organisationer som vi talat med baserar sin negativa syn på kommunala läkare på ställningstaganden som skett sedan tidigare, exempelvis i samband med att parten eller organisationen svarat på remiss till de utredningar som tidigare berört frågan.

Ett problem med den negativa inställningen är att det har varit svårt att få fram argument till stöd för en ordning med kommunala läkare. Det har också varit svårt att få inspel på olika tänkbara modeller för kommunala läkare och hur sådana modeller bäst skulle kunna utformas.

Samtidigt visar vårt utredningsdirektiv att det finns en vilja att hitta en fungerande ordning där kommunerna ges möjlighet att anställa egna läkare. Det har också förekommit tidigare politiska initiativ där

en sådan ordning har efterfrågats.¹ I några av våra samtal har det också ifrågasatts varför det i formell mening ska behöva vara förbjudet för kommunerna att anställa läkare för patientnära kliniskt arbete. I detta sammanhang lyfts att det, om inte annat av beredskaps- och flexibilitetsskäl, borde vara tillåtet att anställa kommunala läkare. Vi noterar också att det redan i dag finns flera kommuner som anställt läkare, om än i administrativa roller.

5.1.1 Hinder och utmaningar för kommunala läkare

I våra samtal identifierar parterna många hinder mot en ordning med kommunala läkare. Argumenten känns igen från tidigare utredningar. Särskilt framträdande och återkommande är följande argument.

Ansvarsfördelningen

Den vanligaste och mest framträdande invändningen är att kommunalt anställda läkare skulle innebära gränsdragningsproblem mellan kommun och region som kan bli svåra att överblicka. Det finns en oro för att inte veta vem som egentligen är ansvarig för vad och parterna ser risker med att kommunala läkare snarast skulle försvåra samarbetet i primärvården mellan kommun och region.

Praktiska hinder

Andra återkommande argument relaterar till mer praktiska frågor. Mest framträdande är kanske frågan om journalföring. Som vi visat i avsnitt 4.5.1 förs patientjournalerna utifrån ett organisatoriskt perspektiv på vårdgivarnivå. En enskild patient kan ha flera olika vårdgivare både på den kommunala och på den regionala nivån, och därmed många olika journaler. Parterna upplever att det i dag är svårt att på ett smidigt sätt dela data från dessa olika journaler. I praktiken uppkommer frågan dels var en kommunal läkare ska göra sina journalanteckningar, dels frågan om hur den kommunala läkaren ska få tillgång till patientens övriga journalhistorik.

¹ Jfr Dnr S2020/09790, Socialdepartementet 2021-03-17 och Riksdagsmotion 2003/04:So341.

Andra praktiska problem gäller sådant som provtagning, läkemedelsrecept och remisser. Läkare är i sitt arbete beroende av att det finns en etablerad struktur för detta. Sådana strukturer finns i dag inom regionerna men inte inom kommunerna. Det finns en oro för vad det skulle kunna innebära om kommunala läkare började remittera till regionala verksamheter.

Vidare lyfter parterna att ett system med kommunala läkare måste förhålla sig till reglerna om vårdval. I dag har alla patienter en rätt att själva välja en egen läkare och vårdcentral. Detta faktum innebär ibland praktiska problem, särskilt för patienter som är inskrivna i särskilt boende. Parterna menar att den befintliga valfriheten kan vara ett hinder för att ett system med kommunala läkare ska kunna bli resurseffektivt.

Fortbildning

I våra samtal framgår att parterna antar att kommunala läkare kan bli ganska ensamma i sin yrkesroll i de enskilda kommunerna. Det finns därför också en oro för hur kommunala läkare ska klara sin fortbildning. Parterna lyfter en oro för att den akademiska nivån i kommunerna inte motsvarar vad läkare normalt är vana vid. I regionerna är medicinsk forskning, utveckling och vidareutbildning ofta integrerat i det dagliga arbetet på ett sätt som i dag inte förekommer på kommunal nivå. På regional nivå arbetar också läkare oftast på arbetsplatser där det finns andra läkare i en kollegial miljö, något som parterna menar i sig är en viktig faktor för en fungerande fortbildning. I den regionala miljön är tillgång till medicinska databaser, tidskrifter och andra medicinska kunskapskällor oftast norm. Den här typen av grundläggande infrastruktur kan i praktiken ha stor betydelse för möjligheterna att som läkare löpande hålla sig uppdaterad om ny kunskap och det kan vara en central förutsättning för att bedriva ett effektivt läkararbete.

I samtalen lyfts även att den kommunala beslutsstrukturen ser annorlunda ut jämfört med i regionerna. I praktiken är det de politiskt tillsatta kommunala nämnderna som har sista ordet i många praktiska och vardagliga frågor i kommunerna. Detta upplevs av vissa som ett potentiellt hinder för kommunala läkare. I detta sammanhang lyfter parterna återkommande att läkare av tradition är en självständig yrkesgrupp.

Rekrytering

Samtliga kommuner och regioner som vi talat med uppger att man i dag har olika former av rekryteringsproblem avseende de flesta yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården. Regionerna har generellt svårt att rekrytera läkare, inte minst läkare med geriatrisk kompetens. Rekryteringsproblemen gör att det finns en rädsla för att kommunala läkare snarast skulle öka den redan höga konkurrensen om arbetskraften.

Det finns även en oro kring kommunernas förutsättningar att vara bra arbetsgivare för läkare. Dels finns det frågetecken om kommunerna har den kompetens som behövs för att på ett bra sätt kunna rekrytera läkare. Dels finns det en oro för att en kommunal läkare skulle kunna bli ensam i sin roll och sakna det kollegiala stöd som är vanligt på andra arbetsplatser där läkare arbetar.

Särskilt svårt att anställa läkare tror parterna att det kan vara för de många mindre kommunerna. Förutsättningarna för att skapa en fungerande struktur för kommunala läkare antas vara svåra i mindre kommuner och i glesbygd. En annan tanke som återkommer är att bristen på arbetskraft i kombination med ett antagande om att kommunen kan vara mindre attraktiv som arbetsgivare för läkare sammantaget riskerar att ha negativ inverkan på vilka individer som söker sig till en läkartjänst på kommunal nivå.

5.1.2 Möjlighet och potential för kommunala läkare

Även om många av utredningens intervjuarter är negativt inställda till förslaget om kommunala läkare har vi ändå efterfrågat om parterna inte kan se positiva sidor med ett system där kommunerna tillåts anställa läkare.

Stora behov av medicinsk kompetens i kommunerna

De flesta som vi intervjuat är överens om att kommunerna har stora behov av utökad medicinsk kompetens. Mot bakgrund av att läkaren besitter den högsta medicinska kompetensen inom hälso- och sjukvården skulle kommunala läkare utgöra ett betydelsefullt och välkommet tillskott av medicinsk kompetens till den kommunala hälso- och sjukvården.

Behoven av stärkt medicinsk kompetens finns i hela den kommunala hälso- och sjukvården. Det kan även finnas behov av ytterligare läkarstöd i andra kommunala verksamheter, inte minst sådana som bedrivs enligt reglerna i socialtjänstlagen (2001:453).

En annan tanke som återkommer är att kommunala läkare skulle kunna bidra till att generellt höja den medicinska kunskapsnivån i kommunerna. Dels genom regelbunden närvaro i de kommunala verksamheterna, dels genom att kommunala läkare kan delta i fortbildning av andra yrkeskategorier.

Det finns även förhoppningar om att kommunala läkare kan förbättra arbetssituationen för de kommunala sjuksköterskorna. Det handlar då om praktiska aspekter som att sjuksköterskorna inte ska behöva lägga en stor del av sin arbetstid på att söka läkare på olika vårdcentraler men även att läkarna kan bidra till en renodling av övriga yrkeskategoriers arbetsuppgifter. Det finns även en förväntan på att mer tillgängliga läkare i den kommunala hälso- och sjukvården ska kunna öka tryggheten i sjuksköterskornas arbete. I dag kan rollen som kommunal sjuksköterska vara ensam och därmed ansträngd.

En bättre, mer effektiv och nära vård för patienterna

Flera av de vi intervjuat beskriver en förhoppning om att kommunala läkare kan vara en nyckel till en förbättrad kontinuitet och en mer sammanhållen och nära vård i särskilt boende och inom hemsjukvården. Flera av kommunerna uppger att en fast och närvarande tillgång till läkarkompetens kan ha potential att förutse problem och verka förebyggande på ett annat sätt än vad som är möjligt inom ramarna för dagens läkarmedverkan. Det finns även förhoppningar om att kommunala läkare skulle kunna vara en snabbare väg till behövlig vård på specialiserad nivå. En mer välfungerande kommunal hälso- och sjukvård antas i sig kunna leda till en bättre och säkrare vård för den enskilde patienten, inte minst för de allra mest sjuka och sköra med stora vårdbehov.

En annan förväntan är att kommunala läkare kan bidra till färre sjukhusinläggningar. Att minska akutbesök och sjukhusinläggningar anses av de flesta vi intervjuat ha en potential att bidra till ett förbättrat resursutnyttjande, lägre kostnader och ett sammantaget bättre samarbete mellan kommun och region. Parterna lyfter återkommande

att en bättre fungerande kommunal hälso- och sjukvård har potential att bidra till att patienterna får vård på rätt vårdnivå och plats. Ett mer effektivt system skulle även vara till fördel för den regionala hälso- och sjukvården. I samtalen lyfts återkommande behovet av att region och kommun behöver komma ifrån ett inarbetat stuprörsperspektiv där parterna inte tar tillräcklig hänsyn till helheten och till den enskilda patientens behov av vård.

Möjligheter med flexibla anställningsformer

De flesta kommuner vi talat med uppger att det är mindre sannolikt att de skulle anställa kommunala läkare för patientnära kliniskt arbete även om det blev tillåtet att göra det. Skulle det bli tillåtet menar parterna att det mest sannolika är anställningslösningar med olika former av delade tjänster där läkaren inte bara arbetar i kommunen utan också arbetar en del av sin tid inom regionen eller med forskning. Läkarresursen kan även delas på andra sätt, exempelvis genom att en eller flera läkare anställs till flera kommuner samtidigt. På så sätt antas läkarresursen kunna utnyttjas mer effektivt och kostnaderna fördelas bättre.

En vanlig synpunkt är att frågan om kommunala läkare på sista raden är en fråga om politisk vilja. Det anses sannolikt att det i första hand kommer vara politiska initiativ i de enskilda kommunerna som kommer vara avgörande för om kommunerna faktiskt kommer att utnyttja en möjlighet att anställa egna läkare för patientnära arbete.

5.2 Möjliga modeller för kommunala läkare

För att identifiera olika möjliga modeller för en ordning med kommunala läkare har vi dels analyserat tidigare utredningar på området, dels sökt efter andra tänkbara modeller. Vi har identifierat fyra huvudmodeller:

- En modell baserad på en frivillig möjlighet för kommuner att på egen bekostnad anställa läkare utan att regionens grundansvar för läkarmedverkan inskränks.
- En modell baserad på en frivillig möjlighet för kommuner att på egen bekostnad medfinansiera en förstärkt läkarmedverkan som levereras av regionen.

- En modell där ansvaret för läkarinsatser, efter ömsesidig överenskommelse, kan överlåtas helt eller delvis från regionen till kommunen.
- En modell där kommunerna ges möjlighet att agera som leverantör av läkarmedverkan inom ramen för ett system som styrs och kontrolleras av regionen.

5.2.1 En modell baserad på ren frivillighet

En grundläggande modell kan vara en modell helt baserad på frivillighet. En sådan modell presenterades i *Samverkansutredningen* (SOU 2000:114).²

Principerna för denna modell är förhållandevis enkla. Det är fråga om att kommunerna ges en rätt att på frivillig grund anställa egna läkare samtidigt som regionernas grundläggande ansvar för läkarmedverkan ska kvarstå utan inskränkning. På detta sätt skulle kommunerna ges en utökad bestämmanderätt över läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården utan att samtidigt behöva ta ett generellt huvudmannansvar. Den kommunala läkaren skulle kunna komplettera tryggheten i kommunala verksamheter där det finns behov av läkarinsatser. Läkaren skulle bland annat kunna arbeta för att motverka onödiga sjukhusinläggningar. En annan uppgift skulle kunna vara att stärka den medicinska kunskapsnivån i den kommunala hälso- och sjukvården rent generellt.

Rätten att frivilligt anställa läkare skulle vidare kunna bidra till flexibilitet för kommunerna i tider av extraordinära händelser eller vid förhöjd beredskap. Modellen medför en frihet för kommunerna att kunna agera genom att själva anställa eller anlita läkare när ett behov av detta uppstår. Att ge kommunerna en frivillig rätt att anställa läkare ligger enligt vår bedömning även i linje med de grundläggande principerna för det kommunala självstyret eftersom kommunerna ges en frihet som de inte har i dag. Eftersom möjligheten är frivillig innebär den inte något nytt obligatoriskt åtagande för kommunerna.

Uppenbara nackdelar med en frivillighetsmodell är bland annat att ansvarsfördelningen riskerar att bli otydlig när det samtidigt finns både kommunala och regionala läkare som agerar i den kommunala hälso- och sjukvården. Vidare innebär modellen att det i praktiken ris-

² SOU 2000:114 s. 191 f.

kerar att utvecklas parallella organisationer vilket kan ifrågasättas ur både ett patient- och effektivitetsperspektiv. Det kan också föras en diskussion om vilka förutsättningar som mindre kommuner har att på eget initiativ och frivillig grund börja anställa läkare. I dessa kommuner kan det saknas praktiska förutsättningar för att utnyttja en modell baserad på ren frivillighet. En uppenbar nackdel är vidare att det i denna modell blir kommunerna som själva får finansiera läkarens anställning trots att ansvaret för läkarinsatser i grunden fortfarande ligger på regionerna. I denna modell finns även frågor om hur vissa praktiska aspekter ska lösas så som journalföring, provtagning, recept och remisser.

Ur ett patientperspektiv kommer patienterna även fortsättningsvis att vara knutna till sin ordinarie vårdgivare i regionens primärvård och sannolikt fortsatt få huvuddelen av sin vård den vägen.

En grundläggande problematik är att modellen inte varit efterfrågad i våra samtal med parterna.

5.2.2 En modell där kommunerna frivilligt finansierar extra läkarresurser som levereras av regionerna

Ett alternativ till en renodlad frivillighetsmodell skulle kunna vara en modell där kommunerna ges möjlighet att på frivillig grund finansiera extra läkarresurser från regionerna.

Lokaliseringsprincipen i kommunallagen innebär som huvudregel att en kommun inte kan finansiera en regional eller en statlig verksamhet.³ I lagstiftningen förekommer ändå vissa undantag, exempelvis får en kommun medfinansiera statliga vägar och järnvägar.⁴ Det är tänkbart att ett liknande undantag kan utformas avseende finansiering av läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården. Kommunerna skulle då på frivillig grund kunna finansiera en förstärkt läkarmedverkan som regionerna sedan levererar till dem.

En stor fördel med denna modell är att det grundläggande ansvaret för läkarmedverkan kvarstår hos regionerna. Det skulle också vara regionerna som inom den redan befintliga organisationen levererar läkarmedverkan till kommunen. Därmed uppkommer inte några nya gränsdragningsproblem eller parallella organisationer. Det uppstår inte heller några praktiska problem kring sådant som journalföring, provtagning, recept eller remisser eftersom detta skulle skötas i befintlig

³ 2 kap. 1–2 § kommunallagen (2017:725), se även avsnitt 3.2.2.

⁴ 2 kap. 1 § lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter.

organisation. Kommunerna kan ingå avtal med regionerna som reglerar mer i detalj hur en utökad läkarmedverkan ska utformas. Det skulle vara kommunerna som själva bestämmer hur och på vilket sätt en utökad läkarmedverkan ska utföras i just deras kommun. På detta vis skulle kommunerna få mer makt över läkarmedverkan.

Ett problem med denna modell är att den i praktiken innebär att regionerna behöver differentiera läkarmedverkan mellan olika kommuner. Regionerna är i lag ålagda att lämna vård på lika villkor till hela befolkningen. Det är behovet av vård som ska avgöra vem som ges företräde.⁵ Att en regionalt levererad förstärkt läkarmedverkan bara skulle utgå till vissa kommuner som lämnat extra finansiering riskerar därmed att komma i konflikt med grundprincipen om vård på lika villkor.

En annan grundläggande problematik är att modellen inte varit efterfrågad i våra samtal med parterna.

5.2.3 En modell där ansvaret för läkarinsatser överförs från region till kommun efter överenskommelse

Ett alternativ till en frivillighetsmodell är en modell där ansvaret för läkarmedverkan helt eller delvis överförs från regionerna till kommunerna efter enskilda överenskommelser. En sådan modell presenterades i utredningen *Effektiv vård* (SOU 2016:2) och berördes i *Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner* (SOU 2022:41).⁶

Principerna för denna modell är att kommun och region behöver vara överens om en formell överföring av ansvaret för läkarmedverkan. På detta vis kan kommuner som vill det, få lov att ta över ansvaret för hela eller delar av läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården. I praktiken innebär denna modell att huvudmannskapet överförs från region till kommun. Vi förutsätter att ett överfört ansvar från region till kommun även skulle avse finansieringen av läkarmedverkan genom skatteväxling eller annan kompensation från regionen.

En fråga som uppkommer i denna modell är vad den skulle innebära för tydligheten i ansvarsfördelningen. Visserligen uppstår det inte någon egentlig otydlighet kring vem som är ansvarig för insatserna i läkarmedverkan. Om en kommun har tagit över ansvaret för läkar-

⁵ 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

⁶ SOU 2016:2 s. 459 f. och SOU 2022:41 s. 373 f.

insatserna ansvarar kommunen fullt ut för dessa. Däremot kan det ändå uppstå nya gränsdragningsproblem, i första hand i förhållande till de delar av den övriga primärvården som inte har överförts till kommunens ansvar. I denna modell skulle det således både finnas läkare med ansvar för läkarinsatser i kommunal hälso- och sjukvård, och fortsatt finnas andra läkarinsatser som ges inom den regionala primärvården. Det är även sannolikt att själva diskussionen i sig, om vilka delar av ansvaret som ska överföras från region till kommun, kan bli svår.

Att ge kommunerna en möjlighet att på eget initiativ överta ansvaret för läkarinsatser strider enligt vår bedömning inte mot principerna för det kommunala självstyret. Detta eftersom det skulle vara en frivillig möjlighet och inte någon skyldighet. Om en kommun tar över ansvaret för läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården står det också kommunen fritt att själv välja driftsform för verksamheten. Ett övertaget ansvar innebär också att ansvaret för läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården kommer närmare de patienter som är inskrivna där.

Ett problem med modellen är att den enligt vår bedömning inte kan genomföras utan att huvudmannaskapet för läkarinsatserna överförs från region till kommun. Vi kan inte se att det är möjligt för regionen att kvarstå som formell huvudman för läkarinsatser samtidigt som kommunerna utövar hela bestämmanderätten över insatsernas omfång och utformning. Enligt vårt direktiv ska utgångspunkten för våra förslag vara ett oförändrat huvudmannaskap, men utredningen är inte förhindrad att lämna andra förslag. För att gå vidare med denna modell måste det enligt vår bedömning accepteras att huvudmannaskapet överförs till de kommuner som väljer att utnyttja en sådan möjlighet.

Andra negativa aspekter med modellen är att tröskeln till att faktiskt överföra ansvaret för läkarinsatserna från region till kommun kan antas bli hög. Det kommer krävas mycket motiverade kommuner för att ett övertagande ska bli genomförbart. Vi utgår från att eventuella avtalsförhandlingar mellan kommun och region blir svåra, inte minst när frågan om finansiering och gränsdragnings mot övrig primärvård ska avgöras. Om parterna inte kommer överens kan kommunen inte anställa egna läkare.

För att sänka tröskeln för kommunerna att kunna ingå ett avtal om övertagande av läkarmedverkan är en idé att i lag ålägga regionerna att rent organisatoriskt särskilja verksamheten med läkarmedverkan från övrig regional primärvård. Vi antar att det skulle vara lättare för

en kommun att ta över ett på förväg klart definierat uppdrag än att behöva hitta speciallösningar anpassade för en enskild kommun eller region. Det måste samtidigt beaktas att det skulle vara en omfattande reform att organisera om läkarmedverkan i samtliga regioner enbart i syfte att göra det lättare för enstaka kommuner att ta över ansvaret för läkarinsatserna.

Vi noterar att när utredningen SOU 2016:2 föreslog att det skulle införas en möjlighet för kommunerna att frivilligt överta ansvaret för läkarmedverkan, föreslog utredningen samtidigt en relativt omfattande omorganisation av hela primärvården där denna skulle delas in i en allmän del och i en riktad del. Den riktade delen av primärvården skulle i praktiken omfatta ungefär den vård som ges inom läkarmedverkan i dag.⁷ Det var denna riktade del av primärvården som det skulle bli möjligt för kommunerna att ta över.

Ett annat alternativ är att ta inspiration från den modell med vårdval avseende läkarinsatser i särskilt boende för äldre som finns i Stockholm.⁸ Den modellen innebär att läkarmedverkan i särskilt boende organiseras som ett separat vårdval.

Sammantaget tyder mycket på att läkarmedverkan behöver organiseras separat för att det ska vara praktiskt möjligt att ta över verksamheten för en annan huvudman. Vi kommer nedan återkomma till problematiken kring att organisatoriskt särskilja läkarmedverkan från övrig primärvård.

Även om det alltså skulle kunna vidtas åtgärder som gör ett övertagande av ansvaret för läkarmedverkan enklare måste det beaktas att många kommuner sannolikt ändå kommer sakna förutsättningar för att ta över ansvaret. Detta oavsett om kommunen vill ta över ansvaret eller inte. De mindre kommunerna torde sakna förutsättningar att kunna skapa en effektiv egen organisation med läkare. I mellanstora kommuner kan det visserligen finnas praktiska förutsättningar att ta över ansvaret, men läkarorganisationen riskerar ändå att bli liten och därigenom sårbar. Denna problematik har uppmärksammats i tidigare utredningar.⁹ Slutligen noterar vi att denna modell inte har efterfrågats i våra samtal med parterna.

⁷ SOU 2016:2 s. 394 f. och 459 f.

⁸ Se även avsnitt 3.5.2.

⁹ Se exempelvis SOU 2004:68 s. 61–62 och SOU 2022:41 s. 374–376.

5.2.4 En modell där kommunen blir leverantör av läkarmedverkan i ett vårdvalssystem

En fjärde tänkbar modell är att en kommun skulle kunna bli en leverantör av läkarmedverkan till den kommunala hälso- och sjukvården. En sådan modell berördes i utredningen SOU 2022:41.¹⁰

Grunderna för denna modell kan beskrivas på olika sätt. Det avgörande är att kommunen ska kunna vara vårdgivare för patienter i den kommunala hälso- och sjukvården och på det sättet erbjuda vård även av läkare. Man skulle kunna tala om en *kommunalt anställd läkare*.

Vi har i avsnitt 5.2.3 beskrivit hur ett särskiljande av uppdraget om läkarmedverkan skulle kunna sänka trösklarna för ett frivilligt övertagande av ansvaret för läkarmedverkan. För att kunna åstadkomma en modell där kommunerna agerar som leverantör i ett vårdvalssystem bedömer vi att ett särskiljande av uppdraget om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård från det övriga primärvårdsuppdraget är en direkt nödvändig grundförutsättning för att modellen överhuvudtaget ska vara möjlig att genomföra. Inspiration till hur ett särskiljande kan gå till kan hämtas från den modell med vårdval avseende läkarinsatser i särskilt boende för äldre som finns i Stockholm.¹¹ Ett särskiljande skulle även kunna ske på det sätt som föreslogs i SOU 2016:2 och som beskrevs ovan i avsnitt 5.2.3.¹²

Vi bedömer att ett särskiljande av uppdraget är nödvändigt bland annat eftersom kommunerna annars skulle riskera att behöva bli utförare och vårdgivare för hela primärvårdsuppdraget och inte bara för läkarmedverkan. Detta skulle i praktiken innebära ett införande av kommunalt drivna vårdcentraler. En sådan ordning bedömer vi varken vara ändamålsenlig eller efterfrågad.

Tanken med denna modell är alltså att det särskilda uppdraget om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård kan utövas av en kommun utan att kommunen samtidigt blir formell huvudman för insatsen. Det skulle antingen kunna vara fråga om en exklusiv etableringsrätt för kommunerna, eller baseras på en modell med fri etableringsrätt där kommunerna agerar i konkurrens med andra aktörer.

I denna modell är regionen alltså fortfarande huvudman för läkaruppdraget. Som huvudman är regionens ansvar att på systemnivå säkerställa tillgången till en god och jämlik läkarinsats i den kommu-

¹⁰ SOU 2022:41 s. 372–373.

¹¹ Se även avsnitt 3.5.2.

¹² SOU 2016:2 s. 394 f.

nala hälso- och sjukvården. Det är regionens ansvar att planera, koordinera och följa upp dessa insatser. Hur uppdraget ska utföras får regleras i avtal och överenskommelser mellan region och utförare oavsett om denna är regional, kommunal eller fristående. Om ingen kommun eller fristående vårdgivare vill ta på sig uppdraget ankommer det på regionen att slutligt garantera utförandet genom drift i egen regi.

Fördelen med denna modell är att huvudmannskapet kvarstår hos regionen. Modellen riskerar inte heller att bygga några parallella strukturer. Samtidigt har modellen en viktig och grundläggande begränsning. Om en kommun blir vårdgivare och utförare av uppdraget läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård måste kommunen utföra uppdraget på samma villkor och enligt de riktlinjer som gäller för alla utförare. Dessa villkor kan bara sättas av regionen i sin egen skap av huvudman. Kommunen kan i denna modell alltså inte på eget initiativ påverka omfattningen av läkarmedverkan i den egna kommunala hälso- och sjukvården. Modellen har därmed brister om det huvudsakliga syftet med att införa kommunala läkare ska vara att ge kommunerna mer egen makt över läkarmedverkan. Modellen baseras i stället på tanken att kommunen såsom utförare skulle kunna ha bland annat kvalitetsfördelar i förhållande till regionen eller andra fristående aktörer.

För att denna modell ska kunna genomföras finns det ytterligare aspekter att beakta. För att en kommun överhuvudtaget ska få ta på sig uppdrag som vårdgivare för läkarmedverkan behöver kommunen ha formell kompetens att göra detta. Kommunalrättsligt gäller att kommunerna inte får lov att göra något som ankommer på någon annan.¹³ Eftersom regionerna även fortsättningsvis kommer ha det grundläggande ansvaret för läkarmedverkan och vara huvudman för verksamheten bedömer vi att det skulle behövas ett undantag från kommunalagens lokaliseringsprincip för att göra modellen möjlig. Inspiration skulle kunna hämtas från det undantag som kommunerna har fått för att driva sjuktransporter.¹⁴ Som vi visat i avsnitt 3.2.2 krävs det dock starka skäl för att ett undantag från lokaliseringsprincipen ska vara möjligt att införa.

En annan sak som skulle kräva vidare analys är modellens påverkan på patienternas rätt att välja vårdgivare i primärvården. Eftersom modellen kräver att uppdraget om läkarmedverkan särskiljs från den övriga primärvården uppkommer frågan om vilken valfrihet som ska gälla för

¹³ 2 kap. 2 § kommunallagen (2017:725).

¹⁴ Se 3 kap. 2 § lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter.

patienter som är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården och som ges vård genom läkarmedverkan. För att modellen ska bli effektiv är ett antagande att patienter som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård i inte kan ges valfrihet att själva välja utförare av läkarmedverkan, utan att vårdgivare för läkarmedverkan behöver tilldelas utan valmöjlighet utifrån var man är organisatoriskt inskriven. I utredningen SOU 2016:2 berördes denna problematik. Utredningens förslag var att det borde införas en särskilt riktad primärvård för äldre med omfattande behov. Vården skulle då drivas integrerat och gemensamt med insatser från socialtjänsten. För att en sådan riktad primärvård ska bli effektiv bedömde utredningen att det inte kan bli aktuellt med valfrihet för patienten eftersom själva kärnan i en riktad primärvårdsinsats behövde vara att den hölls samman på ett enhetligt sätt.¹⁵

Eftersom modellen innebär att läkarmedverkan separeras från övrig primärvård medför det i sig konsekvenser. Det organisatoriska särskiljandet av insatsen behöver genomföras konsekvent över hela landet för att göra det möjligt för de enskilda kommunerna att kliva in som leverantörer. Det behövs således en relativt omfattande omorganisation av hälso- och sjukvården, trots att det inte är säkert att någon enskild kommun kommer att ha något intresse för att bli leverantör.

En annan konsekvens av att uppdraget separeras är att det på motsvarande sätt som i en modell där kommunen övertar huvudmannaskapet för läkarmedverkan uppstår nya gränser mellan regionernas primärvård och de särskilda läkarinsatserna i kommunal hälso- och sjukvård.

Ett annat problem som behöver beaktas är reglerna om upphandling. Eftersom modellen innebär att kommunen blir en leverantör av läkarvård, antingen med en exklusiv etableringsrätt eller i ett system med fri etableringsrätt, kan det antas att modellen får upphandlingsrättsliga konsekvenser. Att utnyttja kommunala resurser för att etablera sig som tjänsteleverantör på en marknad kan vara svårförenligt med de grundläggande upphandlingsrättsliga principerna. Vi noterar att en liknande bedömning gjordes i utredningen SOU 2022:41.¹⁶

På samma sätt som för de övriga modellerna är det även ett problem att vi inte kunnat identifiera att modellen skulle vara efterfrågad av hälso- och sjukvårdens aktörer.

¹⁵ SOU 2016:2 s. 442. f.

¹⁶ SOU 2022:41 s. 372–373.

5.3 Våra överväganden avseende val av modell för en ordning med kommunala läkare

Utredningens bedömning:

- För att en ordning med kommunala läkare ska vara motiverad måste kommunerna självständigt kunna styra över läkarinsatsernas utformning och genomförande.
- En sådan ordning måste baseras på frivillighet om huvudmannskapet inte ska behöva omprövas.
- Ett generellt organisatoriskt särskiljande av uppdraget om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård kan göra det enklare att välja organisations- och driftsform, men en sådan reform är inte ändamålsenlig.

Skälen för utredningens bedömning

Vi bedömer att det finns betydande hinder för att skapa en väl fungerande ordning där kommunerna kan anställa egna läkare utan att samtidigt göra betydande ingrepp i den befintliga strukturen för primärvården. I linje med detta är vår huvudsakliga bedömning att den största potentialen till en förbättrad läkarmedverkan ligger i att utveckla de befintliga strukturerna, se avsnitt 4.1.

5.3.1 Avgörande att vald modell ger kommunerna egen makt över läkarinsatserna

Enligt direktivet till vår utredning ska vi föreslå en ordning där kommuner kan anställa läkare. Det kan diskuteras vad som egentligen menas med att kunna anställa läkare.

En möjlig tolkning är att utredningen ska föreslå en ordning där kommunerna ges egen makt och möjlighet att kontrollera tillgången till läkare i den kommunala hälso- och sjukvården. Vi bedömer att en sådan ordning både kan innefatta läkare som är direkt anställda i kommunen, och andra lösningar där kommunen utövar eget bestämmande över läkarinsatsen på ett sätt som är jämförbart med att anställa en egen läkare. Man kan här tala om begreppet *kommunal läkare* i den

meningen att det är en läkare som utför patientnära kliniskt arbete och där kommunen är den direkta uppdrags- eller arbetsgivaren.

En annan möjlig tolkning är att fokus inte måste vara på att kommunerna ska utöva kontroll över själva läkarinsatsen i sig, utan att det i stället handlar om en ordning där kommunerna anställer läkare i en utförande roll, men där det faktiska bestämmandet över läkarinsatsernas utformning i sig fortfarande ligger hos regionen. Man kan här tala om en *kommunalt anställd läkare*.

Vår bedömning är att det huvudsakliga motivet med en ordning med kommunala läkare bör vara att kommunerna ges egen makt att styra över läkarinsatserna och hur dessa ska användas. Den modell som vi föreslår behöver således vara en modell där läkarna inte bara är formellt anställda i kommunen, utan där kommunerna utövar det faktiska och praktiska bestämmandet över läkarinsatserna. Det måste alltså vara en modell med *kommunala läkare*. De modeller som vi studerat och som stämmer överens med detta mål är modeller baserade på ren frivillighet eller på ett överfört huvudmannaskap.

5.3.2 Ett organisatoriskt särskiljande av insatsen läkarmedverkan är inte en ändamålsenlig reform

Som vi berört ovan är insatsen läkarmedverkan i dag oftast en integrerad del av primärvården. Läkarmedverkan utförs rent praktiskt som ett deluppdrag inom det samlade uppdraget att driva vårdcentral. En avvikande ordning hittas i Stockholm där uppdraget om läkarmedverkan i särskilt boende för äldre har organiserats som ett separat vårdval. Att läkarmedverkan i de flesta regioner utförs som en integrerad del av ett i övrigt mycket stort och omfattande uppdrag medför ibland problematiska konsekvenser. Risken är att uppdraget blir lågt prioriterat.

Som vi visade i avsnitt 5.2 är ett alternativt organisatoriskt skilja ut uppdraget om läkarmedverkan från övrig regional primärvård. Möjliga fördelar med en sådan ordning är dels att läkarmedverkan i sig blir mer synliggjord och därigenom prioriterad, dels att det rent praktiskt blir enklare att överväga andra driftsformer för läkarmedverkan.

Vi bedömer att ett särskiljande av uppdraget om läkarmedverkan visserligen skulle göra det lättare att upprätta ett system med kommunala läkare. Det måste samtidigt beaktas att ett sådant särskiljande skulle innebära en förhållandevis omfattande omorganisering av hälso-

och sjukvården. Även om en sådan reform genomförs skulle det inte alls vara säkert att någon kommun vill ta över uppdraget om läkarmedverkan. Vi har inte identifierat någon sådan kommun under vår utredningstid. Ett annat problem är att ett särskiljande av uppdraget riskerar att skapa nya gränsdragningsproblem mellan den återstående primärvården och det nya avgränsade uppdraget om läkarmedverkan. Det kan även konstateras att förslaget från den tidigare utredningen SOU 2016:2 om en riktad primärvård separerad från den övriga allmänna primärvården inte har genomförts.

Sammantaget bedömer vi att det inte är ändamålsenligt att föreslå en reform där det i lag föreskrivs att uppdraget om läkarmedverkan ska vara separerad från övrig primärvård.

5.3.3 En frivillighetsmodell uppfyller direktivets målsättning

Enligt direktivet för vår utredning ska utgångspunkten för en modell med kommunala läkare vara ett oförändrat huvudmannaskap, även om utredningen inte är förhindrad att lämna andra förslag. Att generellt överföra huvudmannaskapet för läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård från region till kommun skulle vara en omfattande reform som samtidigt varken är efterfrågad eller motiverad. Alternativet är att göra det möjligt för enstaka kommuner att efter överenskommelse ta över ansvaret för läkarmedverkan. Som vi visat ovan finns det dock betydande praktiska hinder även mot en sådan modell.

Sammantaget innebär detta att det bara finns en möjlig modell som bygger på ett oförändrat huvudmannaskap och som inte kräver en omfattande reform med särskiljande av uppdraget om läkarmedverkan. Detta är en modell baserad på ren frivillighet. En sådan modell kommer visserligen inte heller utan nackdelar, men den ger kommunerna en ny konkret möjlighet till självbestämmande i den kommunala hälso- och sjukvården. En frivillighetsmodell ligger i linje med det kommunala självstyret och ger kommunerna flexibilitet i tider av extraordinära händelser eller vid förhöjd beredskap. Vi bedömer att en frivillighetsmodell bäst uppfyller målsättningen med utredningsdirektivet.

5.3.4 Vi lämnar inget förslag om försöksverksamhet, men uppmuntrar till innovationer och samarbeten

Den nyligen avslutade utredningen *Förändring genom försök* (SOU 2023:94) har föreslagit att det borde genomföras en försöksverksamhet med kommunalt huvudmannaskap för patientnära kliniska läkarinsatser.¹⁷ Utredningens förslag handlar således om ett försök med överfört huvudmannaskap efter överenskommelse. Vi lämnar inte något sådant förslag eftersom vi i våra samtal med parterna inte kunnat identifiera något intresse för att delta i ett sådant försök.

Även om vi inte lämnar något förslag vill vi ändå uppmärksamma betydelsen av fortsatta innovationer och nya samarbeten. Under utredningstiden har vi konstaterat att samverkan mellan region och kommun generellt lider på brist på innovation och nytänkande. I det fortsatta arbetet bör staten därför stimulera innovation och nytänkande, inte minst avseende nya strukturer för samverkan. Målet bör vara att mer långsiktigt hitta nya vägar att hantera och effektivisera vården för den grupp av patienter som har de mest omfattande behoven av både vård och omsorg. En patientgrupp som återfinns i den kommunala hälso- och sjukvården.

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

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

Skälen för utredningens förslag

Frågan om läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården har varit föremål för återkommande diskussioner sedan Ädelreformen infördes. Minst sju statliga utredningar har berört frågan sedan dess.

¹⁷ SOU 2023:94 s. 245–246.

Vid tre tillfällen har det föreslagits att kommunerna i någon form borde få möjlighet att anställa läkare. Vid fyra tillfällen har en sådan lösning avfärdats.¹⁸ De argument som anförts mot att kommuner skulle få anställa läkare är väl kända och våra intervjuer visar också att dessa argument fortsatt framhålls bland berörda parter. Samtidigt framgår det inget annat än att det i dag finns brister i läkarmedverkan. Att både kommun och region samtidigt är huvudmän för olika delar av primärvården gör att det även i framtiden kommer att fortsätta att finnas utmaningar med samordningen mellan huvudmännen.

I ett försök att komma till rätta med bristerna i läkarmedverkan finns det redan i dag flera kommuner som tagit egna initiativ och anställt läkarstrateger för att förbättra samverkan. Men dessa läkare arbetar administrativt och inte patientnära. Att det i dag finns kommunalt anställda läkare som inte tillåts arbeta patientnära anser vi vara problematiskt. Att öka tillgången till patientnära läkare måste vara en viktig målsättning för vår utredning.

5.4.1 Kommunerna bör ges möjlighet till självbestämmande även avseende läkarinsatser

Kommunerna har i dag ett omfattande ansvar för primärvård i den kommunala hälso- och sjukvården, men är samtidigt förhindrade att på egen hand rekrytera och tillhandahålla den centrala kompetens som läkaren utgör i verksamheten. Detta är inte en ändamålsenlig ordning, särskilt inte om vi beaktar behov som kan uppstå hastigt vid extraordinära händelser eller förhöjd beredskap. Vi anser att oron för bland annat oklara ansvarsförhållanden och rekryteringsproblem har fått en omotiverat stark ställning när frågan om kommunala läkare diskuterats. Samtidigt har patient- och brukarperspektivet fått stå tillbaka. Med hänsyn till de problem som förekommer i samarbetet mellan kommun och region framstår det som motiverat att öppna upp för en modell där kommunerna får lov att anställa läkare. Vi är inte ensamma i denna bedömning.¹⁹ En rimlig avvägning är därför att kommunerna inte ska vara förhindrade att på frivillig grund anställa läkare för patientnära kliniskt arbete.

¹⁸ Se avsnitt 3.3.

¹⁹ Se exempelvis SNS, *Samverkan kring multisjuka äldre: lärdomar från praktik och forskning*, 2024, s. 76.

5.4.2 En frivillig möjlighet – inte en skyldighet

Att kommunerna inte längre ska vara förhindrade att anställa läkare i patientnära kliniskt arbete ska i grunden bygga helt och hållet på frivillighet. Som vi tidigare redogjort för bedömer vi att ett överfört huvudmannaskap inte är en ändamålsenlig lösning. Vårt förslag lämnas därmed med utgångspunkt i att huvudmannaskapet och den grundläggande ansvarsfördelningen mellan region och kommun ska kvarstå som i dag. Det innebär att den frivilliga möjligheten att anställa läkare inte i någon del ska påverka regionernas grundläggande ansvar för läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård. Det ansvaret ska kvarstå oinskränkt och utvecklas i enlighet med de övriga förslag som vår utredning lämnar.

En viktig orsak till att möjligheten att anställa läkare ska vara frivillig och inte obligatorisk är de varierande förutsättningarna som de enskilda 290 kommunerna har för sin verksamhet. Vi bedömer att en stor majoritet av kommunerna saknar praktiska, organisatoriska och ekonomiska förutsättningar för att anställa egna läkare. Att generellt ålägga kommunerna att anställa läkare är således uteslutet. Att kommuner av olika storlek har olika förutsättningar för att anställa läkare bör samtidigt inte hindra att de kommuner som vill och har förutsättningar för det ska ges möjligheten att anställa. Vad gäller de mindre kommunernas möjligheter att anställa läkare bör det påpekas att samarbeten mellan flera kommuner skulle kunna göra anställningar av läkare möjliga.

I våra samtal har det visserligen inte kommit fram något tydligt intresse från kommunernas sida att anställa läkare för patientnära arbete. Det måste samtidigt beaktas att kommunerna i dag inte får lov att anställa läkare för patientnära arbete och det finns redan kommuner som har anställt läkare till administrativa och strategiska roller. Utredningen känner till ett fall där en kommun under coronapandemin formellt anmälde önskemål om att få möjlighet att anställa läkare.²⁰ Utredningens direktiv visar också att det finns ett stöd för kommunala läkare på politisk nivå.

Att kommunerna ges en frivillig rätt att anställa läkare innebär enligt vår bedömning att det kommunala självstyret stärks. Det blir möjligt för den enskilda kommunen att i större utsträckning än i dag bestämma hur den kommunala hälso- och sjukvården ska utformas. Att kunna anställa egna läkare ger också den kommunala politiken

²⁰ Se skrivelse med dnr S2020/09790, Socialdepartementet 2021-03-17.

ett större spelrum för självbestämmande i kommunens vård- och omsorgsarbete. Att kommunerna ges en frivillig möjlighet utan några formella skyldigheter ligger enligt vår bedömning i linje med de grundläggande principerna för det kommunala självstyret.

5.4.3 Hur bör friheten att anställa läkare regleras?

I dag framgår det av 12 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, att kommunens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård inte omfattar sådan vård som ges av läkare.

Vårt förslag innebär att kommunerna ska ges en frivillig rätt att anställa läkare samtidigt som regionernas ansvar för läkarinsatserna ska kvarstå oinskränkt. Vi föreslår att kommunens rätt att frivilligt anställa läkare ska framgå av en ny bestämmelse i 12 kap. 3 a § HSL.

Vi bedömer att kapitel 12 i HSL är den mest lämpliga placeringen för denna reglering eftersom detta kapitel behandlar kommunernas ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård. Kapitel 16 i HSL handlar i stället om samverkan mellan huvudmännen, varför vi bedömer att det kapitlet inte vore rätt placering för denna nya reglering.

5.4.4 Det måste inte vara fråga om en formell anställning

Även om vi i utredningen talar om en möjlighet för kommunerna att *anställa* läkare föreslår vi inte att det i formell mening måste vara fråga om någon anställning. Författningsförslaget formuleras därför som att kommunen *får erbjuda* sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare. Med begreppet *får erbjuda* förstås att kommunerna är fria att själva välja formerna för hur man vill utnyttja denna möjlighet. Kommunen kan således förutom att anställa en egen läkare även anlita eller annars finansiera läkaren på annat sätt.

5.4.5 Rätten att anställa läkare ska endast avse den kommunala hälso- och sjukvården

Med hänsyn till den kommunalrättsliga lokaliseringsprincipen föreslår vi att det i lagtexten förtydligas att kommunernas frihet att anställa eller anlita läkare endast ska avse den kommunala hälso- och

sjukvården. Det kommer således inte heller framöver vara möjligt för kommunerna att anställa, anlita eller finansiera läkare som arbetar i andra verksamheter än den kommunala hälso- och sjukvården. Begränsningen tar bara sikte på vad kommunerna i sig får lov att göra och finansiera. En enskild läkare som är anställd av, eller har uppdrag för, en kommun kan fortsatt ha andra uppdragsgivare vid sidan om kommunen och på det sättet vara samtidigt verksam både i kommunal, regional eller någon annan fristående verksamhet.

5.4.6 Vissa praktiska frågor för kommunala läkare

Vi har i avsnitt 4.3 redogjort för de befintliga reglerna som ger kommunerna rätt att anlita läkare på regionens bekostnad om det finns brister i läkarmedverkan. I det sammanhanget uppmärksammade vi ett antal praktiska hinder som påverkar kommunernas möjlighet att anlita läkare på egen hand. Vi bedömer att samma typ av praktiska hinder är aktuella även när kommunerna ges en frivillig möjlighet att anställa läkare. I huvudsak handlar det om:

- en brist på läkare att anlita eller anställa
- problem relaterade till kontinuiteten i vården för enskilda patienter, samt
- praktiska problem kring bland annat journalföring, provtagning, recept och remisser.

Vi bedömde redan i avsnitt 4.3.2 att denna typ av hinder är svårlösta. Det skulle för de flesta av dessa punkter krävas relativt omfattande ingrepp i hela hälso- och sjukvårdssystemet för att helt undanröja hindren. Vi bedömer att så stora ingrepp inte är ändamålsenliga och de ryms inte heller inom direktivet för vår utredning. Detta innebär att samma typ av praktiska hinder är aktuella oavsett om en kommun ska anlita en läkare på regionens bekostnad eller anställa en egen läkare på frivillig grund. Som vi bedömde i avsnitt 4.3.2 är detta något som kommunerna måste förhålla sig till för att det ska vara möjligt att skapa en ordning där kommunerna kan anställa läkare.

Förhållandet till den övriga primärvården

Huvudmannskapet för läkarvård kommer alltså även fortsättningsvis att ligga hos regionerna. Den frivilliga möjligheten för kommuner att anställa läkare innebär inte att de kommuner som väljer att anställa en eller flera läkare ska behöva räkna med försämrad läkarmedverkan från regionerna. Regionens ansvar för läkarmedverkan ska kvarstå oförändrat oavsett om en kommunal läkare har anställts eller inte.

För patienterna i den kommunala hälso- och sjukvården gäller att de precis som i dag kommer vara listade på en regional vårdcentral och ha sin fasta läkarkontakt där. En konsekvens av denna ordning är att en läkare anställd av kommunen till sin natur kommer vara en kompletterande och i någon mån parallell resurs. Som vi anført ovan är detta faktum något som måste accepteras inom ramen för en modell baserad på frivillighet.

Arbetsuppgifter, anställningsformer med mera

Om en kommun utnyttjar en frivillig rätt att anställa läkare måste det vara upp till kommunen att bestämma arbetsuppgifter och ansvarsområden för den aktuella läkaren. Utifrån våra samtal med kommunerna är det troligt att huvuduppgifter kan vara närvaro i olika kommunala verksamheter, patient- och anhörigsamtal, fortbildning med mera.

Även när det gäller anställningsformer är det kommunerna som själva får avgöra vad som är mest ändamålsenligt. Vi ser att olika lösningar kan bli aktuella för att göra en anställning av läkare möjlig. Det kan exempelvis handla om att läkaren anställs i kommunen på deltid men under övrig tid har en annan anställning, exempelvis i regionen, på universitet eller i en fristående verksamhet. Med hänsyn till bland annat tjänstepensioner kan det i praktiken vara problematiskt att formellt ha två olika arbetsgivare. En mer ändamålsenlig lösning kan i dessa fall vara att läkaren formellt har hela sin anställning i regionen men att den anställningen delfinansieras av kommunen. En sådan lösning tillämpas redan i dag för vissa av de läkarstrategier som redan nu är anställda i kommunerna. Man kan också tänka sig att flera kommuner gemensamt samverkar för att anställa en läkarresurs som man delar på. Möjligheter till en sådan lösning torde finnas inte minst inom kommunalförbunden. En annan möjlighet är att en kommunal läkare kombinerar tjänstgöring i kommunen med forskning eller annan fort-

bildning inom utbildningsväsendet. Det behöver inte heller nödvändigtvis vara fråga om en formell anställning. Rätten att anställa läkare medför att kommunen själv kan välja driftsform eller att köpa in tjänsten av en leverantör.

6 Bakgrund kompetensförsörjning i kommunal hälso- och sjukvård

I detta kapitel beskriver vi bakgrunden till de utmaningar den kommunala hälso- och sjukvården står inför när det gäller att säkra sin kompetensförsörjning. Det är utmaningar som hälso- och sjukvården i Sverige delar med andra europeiska länder.¹ Kommuner, regioner och staten kommer framöver behöva rekrytera och utbilda ett stort antal personer till hälso- och sjukvården enbart för att behålla nuvarande nivå av verksamhet.

6.1 Den pågående omställningen till en god och nära vård

Svensk hälso- och sjukvård står inför flera utmaningar. Vårdköerna behöver kortas, tillgängligheten öka och jämlik vård prioriteras mellan olika grupper i samhället liksom mellan olika delar av landet.²

Regeringens mål för hälso- och sjukvårdspolitiken är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. En sådan vård ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig och ges med hänsyn till den enskilda patientens behov.³

¹ Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård, Nationella planeringsstödet*, 2023, s. 12.

² Prop. 2023/24:1 Utgiftsområde 9, s. 40.

³ Prop. 2023/24:1 Utgiftsområde 9, s. 11 och där angivna referenser: prop. 2015/16:1 och Socialutskottets betänkande 2015/16:1.

6.1.1 Primärvården är navet i omställningen

För att möta nuvarande och framtida utmaningar inom hälso- och sjukvården pågår en omställning till en god och nära vård i syfte att i högre grad organisera och bedriva vården med utgångspunkt i patientens behov och förutsättningar. Det övergripande målet med reformen är att patienterna ska få en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Till detta har regering och riksdag uttalat att reformeringen av primärvården har ett särskilt fokus på tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet. Regeringen har i samband med reformen bedömt att en god kompetensförsörjning är central för att primärvården ska kunna vara navet i hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvård bör enligt regeringen utformas personcentrerat och så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.⁴

För att stärka huvudmännens arbete med omställningen har staten bland annat sedan 2019 ingått överenskommelsen om *God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav* med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).⁵

Överenskommelsen mellan staten och SKR omfattade 2024 totalt 3 430,25 miljoner kronor. Av dessa avsätts 2 546 miljoner till regionerna, varav 300 miljoner för utveckling av primärvård i landsbygd, och 750 miljoner till kommunerna.⁶

Inför 2025 har regeringen och SKR annonserat att när omställningen nu går in i en ny fas är avsikten att delar av överenskommelsen ska hanteras genom ett förordningsstyrt statsbidrag.⁷ I budgetpropositionen för 2025 avsätter regeringen 3 000 miljoner kronor årligen att användas för åtgärder inom regionernas primärvård och kommunalt finansierad hälso- och sjukvård i syfta att stöda utvecklingen mot en nära och tillgänglig vård med fokus på primärvården.⁸ Enligt regeringen får anslaget 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård inom utgiftsområde 9 användas bland annat för bidrag och statsbidrag till kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvård.⁹

⁴ Prop. 2019/20:164, Socialutskottets betänkande 2020/21: SoU2 och Prop. 2023/24:1. Utgiftsområde 9, s. 11 och 19.

⁵ SKR, <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/overenskommelse/omengodochnaravard.28402.html> (hämtad 2024-09-12).

⁶ Prop. 2023/24:1 Utgiftsområde 9, s. 15.

⁷ Överenskommelse mellan staten och SKR om god och nära vård 2024, s. 7.

⁸ Prop. 2024/25:1 Utgiftsområde 9, s. 53.

⁹ Prop. 2024/25:1 Utgiftsområde 9, s. 51.

6.1.2 Kommun och region ansvarar för att det finns personal med rätt kompetens

Det är huvudmannen, det vill säga kommun eller region, som ansvarar för att planera, finansiera, organisera och följa upp att hälso- och sjukvårdsverksamheten lever upp till de allmänna målen och kraven som ställs i till exempel 3 kap. och 5 kap. Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Enligt 5 kap. 2 § HSL ansvarar kommun och region i sin roll som både huvudman och vårdgivare för att det bland annat finns den personal som krävs för att en god vård ska kunna ges där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet. I kommunerna är det ledningen för ansvarig nämnd som svarar för att organiseringen, planeringen och samordningen av verksamheten motsvarar befolkningens behov av vård.¹⁰

De enskilda vårdgivarna har i praktiken motsvarande ansvar på vårdgivarnivå. I det ansvaret ingår även att säkerställa kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården. Vårdgivaren kan vara statlig, regional, kommunal eller en privat aktör. Staten är vårdgivare vid vissa statliga institutioner, såsom Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse.¹¹

Staten har också ett övergripande ansvar för kompetensförsörjning genom en rad åtgärder inom flera politikområden såsom: arbetsmarknad, arbetsmiljö, näringspolitik, regionalpolitik, migration, jämställdhet och äldrepolitik med flera. Det kanske tydligaste och viktigaste statliga åtagandet handlar om ansvaret för högre utbildning.

6.1.3 Staten ansvarar för den högre utbildningen

Högre utbildning är central för sjukvårdens kompetensförsörjning. Hälso- och sjukvårdsutbildningar anordnas dels av statliga universitet och högskolor, dels av enskilda utbildningsanordnare, det vill säga universitet och högskolor som har andra huvudmän än staten.

Ungefär 30 utbildningsanordnare, statliga och enskilda, bedriver i dag en eller flera utbildningar inom hälso- och sjukvårdsområdet. De statliga lärosätenas mål och villkor styrs framför allt av högskolelagen (1992:1434) och högskoleförordningen (1993:100). Statliga läro-

¹⁰ Jfr 11 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

¹¹ SOU 2022:41 s. 192.

säten styrs även av regeringens årliga regleringsbrev, som bland annat anger storlek på anslagen och specifika uppdrag till lärosätena.

I lagen (1993:792) om tillstånd att utfärda vissa examina anges villkoren för enskilda utbildningsanordnare som har tillstånd av regeringen att utfärda vissa examina. Vissa enskilda utbildningsanordnare har även avtal med regeringen i vilka det framgår vilka krav som ställs.

För samtliga utbildningar som leder till en examen måste både statliga och enskilda utbildningsanordnare säkerställa att de nationella mål som gäller för respektive examen i examensordningen uppfylls.¹² Universitetskanslersämbetet (UKÄ) granskar att utbildningsanordnarna säkerställer detta och att all högre utbildning håller hög kvalitet.

I dagens styr- och resurstilldelningssystem har universitet och högskolor i uppdrag att dimensionera utbildningsutbudet efter studenternas efterfrågan och arbetsmarknadens behov. Lärosätena råder därmed i huvudsak själva över dimensionering och val av utbildningsutbud. Men regeringen kan i lärosätenas regleringsbrev ange mål för antal examinerade för vissa utbildningar. Dessa satsningar åtföljs oftast av extra medel till lärosätena för finansiering av utbyggnaderna.

För att utbildningen av hälso- och sjukvårdspersonal ska fungera behöver hälso- och sjukvården och lärosätena samarbeta. Det gäller till exempel tillgången till platser för verksamhetsförlagd utbildning och tjänster för läkares bastjänstgöring och specialistutbildning. När det gäller verksamhetsförlagd utbildning regleras kommuners och regioners medverkan ofta via lokala avtal mellan hälso- och sjukvården och lärosätena. Det finns inga särskilda lagkrav eller styrande principer för detta.¹³

6.2 Personalkategorier inom kommunal hälso- och sjukvård

Totalt omfattas 22 yrken inom hälso- och sjukvården av legitimationsbestämmelser.¹⁴ De vanligaste legitimationsyrkena inom vård och omsorg för äldre i kommunerna utgörs av sjuksköterskor, arbetsterapeuter respektive fysioterapeuter.¹⁵ I nedanstående faktaruta beskriver vi kort dessa yrken, samt två andra legitimerade yrken anställda i

¹² Bilaga 2, högskoleförordningen (1993:100).

¹³ SKR, *Insatser för att utöka VFU*, 2023, s. 15.

¹⁴ 4 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

¹⁵ Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre, Lägesrapport 2023*, s. 55–56.

kommunerna; distriktsköterska och dietist. Det är dessa legitimerade yrkesgrupper i kommunal hälso- och sjukvård som ofta nämns i Socialstyrelsens rapporter om kompetensförsörjning inom sjukvården.¹⁶

Vi beskriver också undersköterskan, som är det vanligaste yrket i kommuner men som inte är ett legitimerat yrke. Vi inkluderar inte vårdbiträden eller övrig omsorgspersonal eftersom deras arbetsuppgifter oftast inte omfattar mer renodlade medicinska uppgifter i den kommunala verksamheten. Däremot inkluderar vi läkare som arbetar kommunalt genom läkarmedverkan från regionen.

Faktaruta. Personal inom kommunal hälso- och sjukvård

Sjuksköterskans specifika kompetensområde är omvårdnaden, vilket innebär att självständigt leda och ansvara för bedömning, diagnostik, planering, genomförande och utvärdering av omvårdnaden. Sjuksköterskans uppgift är att erbjuda möjligheter att förbättra, bibehålla eller återfå sin hälsa, hantera hälsoproblem, sjukdom eller funktionsnedsättning och uppnå bästa möjliga välbefinnande och livskvalitet genom hela livet. Sjuksköterskan ansvarar också för medicinska insatser och behandlingar.¹⁷

Distriktsköterskan är en vidareutbildad sjuksköterska som ansvarar för att leda och utveckla omvårdnaden i primärvården oavsett huvudman. Ansvaret innefattar bland annat arbete på vårdcentraler med egen mottagningsverksamhet och rådgivning, barnhälsovård och skolhälsovård samt inom hemsjukvård och särskilda boenden.¹⁸

¹⁶ Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre, Lägesrapport 2024 och Nationell översikt över tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Nationella planeringsstödet 2024 – delrapport 1 av 3.*

¹⁷ Svensk sjuksköterskeförening, <https://beta.swenurse.se/publikationer/kompetensbeskrivning-for-legitimerad-sjukskoterska> (hämtad 2024-09-11).

¹⁸ Distriktsköterskeförningen i Sverige, *Kompetensbeskrivning, avancerad nivå, distriktsköterska*, 2019.

Arbetsterapeuten bedömer hur personer med skada eller sjukdom har förmåga och förutsättningar att utföra dagliga aktiviteter i samspel med förhållanden i omgivningen. Åtgärderna bygger på resultatet av bedömningen och syftar till att personen ska bli delaktig i de dagliga aktiviteterna och på så sätt uppnå hälsa och välbefinnande. En viktig del i arbetsterapeutens arbete är att prova ut och anpassa olika hjälpmedel som kan underlätta tillvaron för patienten. Arbetsterapeuten arbetar med patienten individuellt eller i grupp.¹

Fysioterapeuten arbetar med rehabilitering, träning och anpassad fysisk aktivitet samt med att främja hälsa genom att förebygga sjukdom och skada genom hela livet, till exempel vid hälsoproblem som beror på smärta, stelhet, muskelsvaghet, andningsproblem, psykisk ohälsa. Fysioterapeuten arbetar med patienten individuellt eller i grupp.²

Dietisten arbetar förebyggande för att främja ett hälsosamt åldrande, motverka undernäring och ohälsa samt övervikt. Nutritionsomhändertagandet utgör en del av medicinsk behandling och av omvårdnaden om den äldre personen.³

Undersköterskan arbetar inom äldreomsorgen och hälso- och sjukvården, både inom slutenvården och öppenvården. Undersköterskor kan också jobba inom psykiatri och funktionshinderområdet, men i dessa branscher används ofta andra titlar.⁴

Läkaren har patientmöten och genomför vissa typer av undersökningar, ställer diagnos och påbörjar eventuell behandling. Läkaren upplyser även patienten och dennes anhöriga om resultat och biverkningar av olika behandlingar. Läkare har den högsta medicinska kompetensen i den kommunala hälso- och sjukvården.⁵

¹ SOU 2021:52 s. 82–83.

² Fysioterapeuterna, <https://www.saco.se/studier/studieval/yrken-a-o/fysioterapeut/> (hämtad 2024-09-26).

³ SOU 2021:51 s. 83.

⁴ Kommunal, <https://www.kommunal.se/yrke/underskoterska> (hämtad 2024-08-22).

⁵ Saco, <https://www.saco.se/studier/studieval/yrken-a-o/lakare/> (hämtad 2024-08-22).

Tabell 6.1 visar antalet anställda legitimerade sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och dietister inom äldreomsorgen 2017–2021. Antalet sjuksköterskor har minskat något under perioden, medan antalet arbetsterapeuter och fysioterapeuter har ökat något. En stor majoritet av sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter inom äldreomsorgen arbetar i verksamheter som drivs i kommunal regi, medan 10 till 21 procent arbetar i verksamheter som drivs i privat regi.¹

Tabell 6.1 Legitimerad personal inom vården och omsorgen för äldre 2017–2021

Yrkeskategori	2017	2018	2019	2020	2021
Sjuksköterskor	14 134	13 918	13 995	13 678	13 978
Arbetsterapeuter	2 665	2 706	2 716	2 744	2 774
Fysioterapeuter	1 917	1 941	1 969	20 53	2 043
Dietister	37	40	38	34	35

Källa: Socialstyrelsen, Vård och omsorg för äldre – Lägesrapport 2024, s. 106.

6.3 Utmaningar när det gäller kompetensförsörjningen

Landets kommuner och regioner kommer att ha stora kompetensförsörjningsutmaningar de kommande åren. SKR bedömde 2022 att hela välfärdssektorn behöver anställa 410 000 personer på grund av demografins utveckling och pensioneringar fram till 2031 – om ingenting förändras.

Andelen som är över 80 år i befolkningen kommer att öka med nästan 50 procent vilket innebär att äldreomsorgen behöver öka antalet anställda med drygt 30 procent, från cirka 186 000 till 245 000 anställda. Även anställda inom hälso- och sjukvården behöver öka påtagligt.²

Därutöver beräknas nästan lika många anställda gå i pension under perioden. Sammantaget betyder det att äldreomsorgen skulle behöva rekrytera cirka 111 000 anställda för att möta de ökade behoven av omsorg samt för att ersätta befintliga anställda som går i pension.³

¹ Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre – Lägesrapport 2024*, 2024, s. 106.

² SKR, *Välfärdens kompetensförsörjning*, 2022, s. 5.

³ SKR, *Välfärdens kompetensförsörjning*, 2022, s. 23.

Vi kan sätta detta i relation till hur många personer som i framtiden teoretiskt kan bli anställningsbara. Läsåret 2023/2024 var antalet gymnasieelever 367 000 personer. Antalet kommer att öka till ungefär 378 000 gymnasieelever läsåret 2029/2030.⁴ Eftersom ungefär var tredje gymnasieelev saknar slutbetyg efter tre år är det bara ungefär 242 000 personer som går ut gymnasieskolan med fullständiga betyg 2024.⁵

Samtidigt är det inte bara den kommunala hälso- och sjukvården som har behov att rekrytera. Som vi noterar ovan behöver hela välfärdssektorn anställa 410 000 personer fram till 2031. Det saknas en samlad statistik över rekryteringserfarenheter och kompetensbehov i olika sektorer. Sådan statistik kommer SCB att börja publicera 2025.⁶ Men SCB:s senaste arbetsmarknadsbarometer framhåller att bristen på personal är särskilt stor inom hälso- och sjukvården. Samtidigt är anställningsbehovet på några års sikt stort för utbildade högskole- och civilingenjörer inom el, elektroteknik, datateknik och automation samt för personer med utbildning inom programmering och systemvetenskap.⁷ Det är således stor konkurrens om tillgänglig personal.

Eftersom befolkningsutvecklingen skiljer sig mellan olika kommuner kommer behovet av personal och antalet pensioneringar att variera därefter. Störst brist är det framför allt i landsbygdskommuner.⁸

6.3.1 Bristen på sjuksköterskor är som störst i kommunal hälso- och sjukvård

Socialstyrelsens enkätundersökning från 2023 besvarades av 89 procent av alla kommuner (tabell 6.2). Den visar att kommunerna har störst personalbrist för yrkesgrupperna grundutbildade och specialistutbildade sjuksköterskor. Specialistutbildade sjuksköterskor är som tidigare år den största gruppen som kommuner bedömer att det är brist på.

⁴ Skolverket, Statistik över gymnasieskolans elever läsåret 2023/24, <https://www.skolverket.se/skolutveckling/statistik/fler-statistiknyheter/statistik/2024-03-07-statistik-over-gymnasieskolans-elever-lasaret-2023-24> (hämtad 2024-08-22).

⁵ Allastudier.se, 2022-07-29, <https://allastudier.se/tips-o-fakta/var-tredje-klarar-inte-av-gymnasiet-16620> (hämtad 2024-08-22).

⁶ SCB, Lediga jobb och rekryteringsbehov, <https://www.scb.se/lamna-uppgifter/undersokningar/lediga-jobb-och-rekryteringsbehov/> (hämtad 2024-08-22).

⁷ SCB, *Vilka utbildningar ger jobb? – Arbetskraftsbarometern 2022*, 2022, s. 3.

⁸ Socialstyrelsen, *Nationell översikt över tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Nationella planeringsstödet 2024 – delrapport 1 av 3*, 2023, s. 37.

En knapp majoritet av kommunerna bedömde visserligen att de inte hade personalbrist inom yrkesgrupperna arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Det innebär ändå att en betydande andel upplever att de har brist på dessa yrken. De flesta kommuner bedömer att situationen är oförändrad eller har förvärrats jämfört med 2022. Ett fåtal kommuner framhåller att situationen har förbättrats.⁹

Tabell 6.2 Kommuner som uppger personalbrist för de vanligaste legitimationsyrken som är anställda i (2023)

Legitimationsyrke	Andel i procent av kommunerna som rapporterar om personalbrist oktober 2023	Andel i procent av kommuner som rapporterar om oförändrad eller förvärrad personalbrist jämfört med oktober 2022
Arbetsterapeut	47	92
Fysioterapeut	47	91
Grundutbildad sjuksköterska	60	83
Specialistsjuksköterska	69	92

Källa: Socialstyrelsen, Nationell översikt över tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Nationella planeringsstödet 2024 – delrapport 1 av 3, s. 36, samt e-post till utredningen från Socialstyrelsen 2024-05-07. 258 kommuner svarade på enkäten.

6.3.2 Personlörligheten bland anställda i kommun och region ökar över tid

Under senare år har andelen nyrekryteringar varit högre än andelen som lämnar både kommun- och regionsektorn, med undantag för ett par år då rekryteringar och avgångar i kommunerna låg på samma nivå. År 2022 lämnade 8,4 procent av de anställda i kommunsektorn och motsvarande siffra i region var 9,8 procent. Andelen nyrekryteringar var 10,2 procent i kommun och 10,8 procent i region.¹⁰

Om vi jämför med den statliga sektorn är personalomsättningen något högre där. 11,9 procent av de anställda i statlig sektor lämnade staten helt och gick inte till någon ny myndighet. Andelen nyanställningar till staten var 13,7 procent.¹¹

⁹ Socialstyrelsen, *Nationell översikt över tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Nationella planeringsstödet 2024 – delrapport 1 av 3*, 2023, s. 35 f.

¹⁰ SKR, *Personalen i välfärden*, 2023, s. 42.

¹¹ Arbetsgivarverket, <https://www.arbetsgivarverket.se/statistik-och-analys/staten-i-siffror-personalomsattning> (hämtad 2024-08-22).

Både andelen nyrekryteringar och anställda som lämnar de kommunala och de regionala sektorerna har ökat sedan 2020, vilket kan förklaras av hög arbetsbelastning under coronapandemin samtidigt som utbudet av examinerade studenter från hälso- och sjukvårdsutbildningar ökat. Även på längre sikt syns en uppåtgående trend i andelen avgångar och nyrekryteringar. I kommuner minskade både rekryteringar och avgångar 2017–2020, och i regioner framför allt under 2020. Skillnaden mellan andelen nyrekryterade och avgångar var som störst i kommun under 2015–2016 i samband med flyktingmottagandet.¹²

Kommuner och regioner behöver hantera både stora pensionsavgångar och personalrörlighet mellan sektorer

Andelen som lämnar kommun- och regionsektorn är störst bland anställda som är 60 år och äldre, vilket i hög utsträckning beror på pensioneringar. Personer som är 60 år och äldre står för drygt en tredjedel av avgångarna i både kommun- och regionsektorn. En stor del av dem är pensionsavgångar. Det är också en något högre andel anställda som lämnar i åldersgruppen 16–34 år.¹³

Utöver de anställda som lämnar kommun- och regionsektorn finns även en rörlighet inom sektorn, det vill säga mellan kommuner respektive regioner, samt inom enskilda kommuner och regioner. Utöver de 8,4 procent som lämnade kommunsektorn bytte omkring 3 procent inom sektorn, det vill säga till en annan kommun. Därutöver bytte omkring 8 procent arbetsställe inom en och samma kommun.¹⁴

Byten sker också mellan kommuner och regioner. Av de 8,4 procent som lämnade kommunsektorn utgjordes 0,6 procentenheter av personer som bytte till regioner. Motsvarande andel som bytte från region till kommun var 1,2 procentenheter av de 9,8 procent som lämnade regionsektorn.¹⁵

Personalrörligheten skiljer sig mellan olika personalgrupper

För de flesta personalgrupper inom kommun är andelen nya till sektorn högre än andelen avgångar. Andelen nyrekryterade anställda var

¹² SKR, *Personalen i välfärden*, 2023, s. 42.

¹³ SKR, *Personalen i välfärden*, 2023, s. 43–44.

¹⁴ SKR, *Personalen i välfärden*, 2023, s. 45.

¹⁵ SKR, *Personalen i välfärden*, 2023, s. 46.

hög bland vårdbiträden, 27,5 procent och sjuksköterskor 16,8 procent. Sjuksköterskor var också den personalgrupp som i störst utsträckning lämnade sektorn, 15,3 procent. Av de som lämnade gick en tredjedel till regionerna. Därutöver bytte cirka 3 procent av sjuksköterskorna till en annan kommun. Drygt en fjärdedel av de som lämnade sektorn var 60 år eller äldre.¹⁶

Professionerna bedömer att bristen kommer att bestå

I Socialstyrelsens enkätundersökning från 2023 uppgav samtliga professionsförbund att de bedömer att bristen kommer att kvarstå eller öka på fem års sikt inom både primärvård och vård på specialiserad nivå. Professionsförbunden lyfter fram att bristande arbetsmiljö leder till att fler söker sig bort från den offentliga hälso- och sjukvården, i vissa fall till privat vård och i vissa fall till andra områden i samhället. Det råder hög efterfrågan på samtliga legitimationsyrken enligt professionsförbundens svar.¹⁷

Samtliga professionsförbund uppger också att det finns behov av statligt finansierad specialistutbildning för att kunna skala upp antalet examinerade för att möta efterfrågan. Specialisering är en viktig del i ett yrkes attraktivitet, enligt flera av förbundens svar. I dag står flera professionsförbund själva för dessa typer av utbildningar, vilket enligt deras uppfattning påverkar både kvaliteten och legitimiteten i att specialisera sig. Flera föreningar driver införande av kompetenstrappor eller kompetensmodeller för att tydliggöra den egna professionens kompetens och öka attraktiviteten. Även statlig reglering av specialisttjänster efterfrågas som ett steg i att öka attraktiviteten och kunskapen om yrket hos chefer och ledning.¹⁸

¹⁶ SKR, *Personalen i välfärden*, 2023, s. 46.

¹⁷ Socialstyrelsen, *Nationell översikt över tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Nationella planeringsstödet 2024 – delrapport 1 av 3*, 2023, s. 44.

¹⁸ Socialstyrelsen, *Nationell översikt över tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Nationella planeringsstödet 2024 – delrapport 1 av 3*, 2023, s. 44.

6.3.3 Andelen sjuksköterskor per invånare minskar, men är relativt hög i ett internationellt perspektiv

Sverige hade 10,7 sjuksköterskor per 1 000 invånare 2021. Beräkningen baseras på antalet sjuksköterskor som arbetar kliniskt i hälso- och sjukvården. Jämfört med andra OECD-länder var Sverige bland de 12 länder som hade högst andel sjuksköterskor per invånare. Jämfört med de nordiska länderna hade Sverige en lägre andel sjuksköterskor per 1 000 invånare än Finland och Norge, men högre än Danmark.¹⁹

Det genomsnittliga antalet sjuksköterskor bland EU:s medlemsländer var 9,2 per 1 000 invånare 2021. Andelen sköterskor var högst i Finland, Irland och Tyskland med fler än 12 sjuksköterskor per 1 000 invånare. Men i länder med många sjuksköterskor, såsom Finland, Schweiz och Island, hade mellan 15 procent och 50 procent av sjuksköterskorna en lägre utbildning och ansvarade för mindre kvalificerade arbetsuppgifter, jämfört med exempelvis Sveriges sjuksköterskor.²⁰

Sverige tillhör en liten grupp länder där andelen sjuksköterskor sjunker över tid

I ett internationellt perspektiv har Sverige således ett högt antal sjuksköterskor per 1 000 invånare. Trots det tillhör vi tillsammans med Lettland och Slovakien, de länder av totalt 47 som ingick i jämförelsen, som har en marginellt lägre andel sjuksköterskor per 1 000 invånare år 2021 jämfört med år 2011. Sveriges 10,7 sjuksköterskor per 1 000 invånare var 0,2 färre jämfört med 2011.²¹

Fler utbildningsplatser, högre löner och nya biträdande sjuksköterskor bakom ökad andel sjuksköterskor

Schweiz, Norge, Australien och Sydkorea tillhör de länder som sett en ökning av antalet sjuksköterskor per 1 000 invånare mellan 2011 och 2021. Ökningen beror till stor del på en utbyggnad av antalet platser på sjuksköterskeprogrammen. Men det räcker inte som förklaring. I Norge antog regeringen 2016 en femårshandlingsplan –

¹⁹ OECD, *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, 2023, s. 184–185.

²⁰ OECD, *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, 2023, s. 184–185.

²¹ OECD, *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, 2023, s. 184.

Kompetenslyftet 2020 – för att förbättra sjuksköterskors kompetenser och löner samt minska personalomsättningen. Handlingsplanen förlängdes senare med ytterligare fem år under rubriken Kompetenslyftet 2025. Även om antalet sjuksköterskor har ökat i Norge, är i synnerhet personalomsättningen fortfarande hög bland sjuksköterskor som arbetar inom äldreomsorgen.²²

I Schweiz har ökningen av antalet sjuksköterskor drivits till stor del av en ökning av rollen ”biträdande sjuksköterskor” som har lägre kvalifikationer än övriga sjuksköterskor. Mellan 2011 och 2021 ökade antalet biträdande sjuksköterskor nästan tre gånger snabbare än antalet kvalificerade sjuksköterskor. Som ett resultat av detta steg andelen biträdande sjuksköterskor bland alla sjuksköterskor från 30 procent 2011 till 36 procent 2021. Men trots ökningen av både biträdande sjuksköterskor och kvalificerade sjuksköterskor har Schweiz fortsatt svårt att rekrytera sjuksköterskor, och det finns oro för brist under de kommande åren.²³

I några länder har rekrytering av utlandsutbildade sjuksköterskor spelat en viktig roll för att öka antalet sjuksköterskor. Nästan hälften av alla sjuksköterskor i Irland är utlandsutbildade och över en fjärdedel i Nya Zeeland. Andelen utlandsutbildade sjuksköterskor har även ökat kraftigt i Schweiz de senaste åren. De flesta utlandsutbildade sjuksköterskor i Schweiz kommer från Frankrike, Tyskland och, i mindre utsträckning, Italien.²⁴

6.4 Allt fler söker till utbildningar inom hälso- och sjukvård

Trots att vården framstod som rejält underbemannad under pandemi-åren har hälso- och sjukvårdsutbildningarna totalt sett ökat i attraktivitet under senare år (tabell 6.3). Det gäller framför allt sjuksköterskeprogrammet som mellan åren 2019 och 2023 fått ungefär 31 procent fler förstahandssökande. Däremot har söktrycket till arbetsterapeutprogrammet och fysioterapeutprogrammen stått still eller sjunkit något under perioden.

²² OECD, *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, 2023, s. 184.

²³ OECD, *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, 2023, s. 184.

²⁴ OECD, *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, 2023, s. 184.

Tabell 6.3 Antal förstahandssökande till hälso- och sjukvårdsutbildningar höst- och vårtermin 2019–2023

Utbildning	2019	2020	2021	2022	2023
Sjuksköterska	12 668	15 374	18 149	18 463	16 642
Specialistsjuksköterska	3 378	4 045	3 796	3 976	3 756
Arbetssterapeut	915	983	971	848	856
Fysioterapeut	3 015	3 481	3 575	2 844	2 365
Totalt	19 976	23 883	26 491	26 131	23 619

Källa: Universitetskanslersämbetet, Högskolan i siffror. (Hämtat 2024-04-17).

När vi jämför med antal sökande per antagen, det vill säga söktrycket, för de fyra utbildningarna ser vi att det var som högst under pandemi-åren för att sedan klinga av. Siffrorna för höstterminen 2023 visar ett något minskat söktryck än tidigare år (tabell 6.4).

Tabell 6.4 Antal sökande per antagen (söktryck) till hälso- och sjukvårdsutbildningar höstterminerna 2019–2023

Utbildning	2019	2020	2021	2022	2023
Sjuksköterska	2,1	2,5	3,2	2,9	2,5
Specialistsjuksköterska	2,1	1,9	2,2	2,1	2,3
Arbetssterapeut	1,5	1,5	1,6	1,3	1,5
Fysioterapeut	4,3	5,0	5,2	4,0	3,2
Medeltal	2,5	2,7	3,1	2,6	2,4

Källa: Universitetskanslersämbetet, Högskolan i siffror. (Hämtat 2024-08-12.)

6.4.1 Det försämrade arbetsmarknadsläget är en förklaring till det ökade intresset

Den överenskommelse om god och nära vård som staten ingått med SKR har bland annat som syfte att öka antalet studenter på sjuksköterskeutbildningen och säkerställa genomströmningen.²⁵ Det ökade intresset för utbildningar till vårddyrken kan om det håller i sig, förbättra förutsättningarna för att möta vårdens kompetensbehov av olika yrkesgrupper på sikt.²⁶

²⁵ Överenskommelse mellan staten och SKR om God och nära vård 2023, S2023/00372.

²⁶ Nationella värddkompetensrådet, *Pandemin och kompetensförsörjningen*, 2020, s. 14 och SKR, *Välfärdens kompetensförsörjning*, 2022, s. 19.

Det är också något fler som examineras från relevanta hälso- och sjukvårdsutbildningar 2023 än 2019 vilket också innebär att antalet utfärdade legitimationer har ökat under perioden (tabell 6.5).

Tabell 6.5 Antal examinerade studenter på hälso- och sjukvårdsutbildningar 2019–2023

Utbildning	2019	2020	2021	2022	2023
Sjuksköterska	4 443	4 502	4 598	4 426	4 348
Specialistsjuksköterska	2 371	2 406	2 377	2 780	2 582
Arbetssterapeut	428	384	401	389	368
Fysioterapeut	501	531	525	562	554
Totalt	7 743	7 823	7 901	8 157	7 852

Källa: Universitetskanslersämbetet, Högskolan i siffror. (Hämtat 2024-04-17.)

Antalet nyutexaminerade är av naturliga skäl en viktig indikator för att kunna bedöma hur många yrkesutövare som kommer att vara tillgängliga för att ersätta exempelvis pensionsavgångar och täcka upp eventuella nuvarande eller framtida brister.²⁷

6.4.2 Behoven ökar snabbare än utbudet av utbildade studenter

Trots att utbildningsutbudet har ökat över tid, ökar behoven av arbetskraft betydligt snabbare. Staten har gjort flera insatser för att öka antalet utbildade inom hälso- och sjukvårdsyrken men utbyggnaden har inte kunnat matcha behoven. Det beror bland annat på svårigheter att ordna tillräckligt många platser för verksamhetsförlagd utbildning. Bristen på legitimerad personal i verksamheterna har i sig en negativ påverkan på möjligheten att ta emot studenter för praktisk utbildning. Detta gäller särskilt inom den kommunala hälso- och sjukvården. När vårdens fokus förskjuts alltmer från sjukhus och vårdcentraler till den kommunala hälso- och sjukvården, behöver den verksamhetsförlagda utbildningen göra samma förflyttning. Samtliga legitimerade yrkesutövare inom den kommunala hälso- och sjukvården behöver ha fått möjlighet att genomföra den verksamhetsförlagda utbildningen inom alla relevanta delar av hälso- och sjukvården, även i kommunerna. Vi återkommer till den saken i avsnitt 7.2.6.

²⁷ Nationella vårdkompetensrådet, *Pandemin och kompetensförsörjningen*, 2020, s. 14 och SKR, *Välfärdens kompetensförsörjning*, 2022, s. 19.

Trots ett något ökat intresse för hälso- och sjukvårdsutbildningar har antalet utfärdade legitimationer minskat för de yrkesgrupper som är relevanta för kommunal hälso- och sjukvård. Tabell 6.6 visar att antalet utfärdade legitimationer framför allt har minskat för arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Minskningen av utfärdade legitimationer för fysioterapeuterna beror framför allt på att antalet legitimerade sjukgymnaster som ansökt om ny legitimation som legitimerad fysioterapeut har minskat.²⁸ Förklaringen är att de flesta sjukgymnaster har hunnit ansöka om att byta titel till fysioterapeut sedan det blev möjligt för drygt tio år sedan.

Tabell 6.6 Antal utfärdade legitimationer 2018 – 2022 samt procentuell förändring.

Yrkesgrupp	2018	2022	Förändring 2018–2022 (%)
Sjuksköterska	483	4814	-0,5
Arbetsterapeut	450	398	-11
Fysioterapeut	926	737	-20

Källa: Socialstyrelsen, Nationell översikt över tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Nationella planeringsstödet 2024 – delrapport 1 av 3, s. 29.

6.4.3 Läkare i kommunal hälso- och sjukvård

Läkare är inte anställda direkt av kommunerna utan arbetar i den kommunala hälso- och sjukvården genom läkarmedverkan från regionen. De fyller en viktig roll i den kommunala hälso- och sjukvården, inte minst i de särskilda boendena och i hemsjukvården.

Tillgången till olika läkarspecialiteter varierar

Olika läkarspecialiteter varierar i tillgång, efterfrågan och popularitet. Det beror på många olika faktorer, exempelvis

- tillgång till utbildningsplatser
- utbildningens längd och svårighetsgrad
- arbetsbelastning inom professionen

²⁸ Socialstyrelsen, Nationell översikt över tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Nationella planeringsstödet 2024 – delrapport 1 av 3, 2023, s. 28.

- patientpopulation
- lön och arbetets komplexitet.²⁹

Av samtliga specialistläkare arbetar en knapp majoritet, eller 46,9 procent, i den specialiserade vården. 18,8 procent är sysselsatta inom universitetssjukvården och 17,7 procent inom den regionala primärvården. Majoriteten av de som är specialiserade inom allmänmedicin jobbar inom regional primärvård.³⁰

Tillgången till läkare i särskilt boende är otillräcklig

Tillgången till läkare i särskilt boende har under lång tid varit otillräcklig. Av Socialstyrelsens enkät framgår andelen äldre i särskilt boende som svarat att det är mycket eller ganska lätt att få träffa läkare vid behov minskade med elva procentenheter mellan 2013 och 2023. Drygt hälften av de som svarade på frågan om tillgång till läkare upplever att det är ganska eller mycket svårt att få träffa läkare vid behov.³¹ Fler resultat från enkäten presenteras i avsnitt 3.4.3.

Olika kategorier av läkare

OECD för statistik över andel allmänläkare, specialistläkare och ”andra läkare” i medlemsländerna. Kategorin ”andra läkare” omfattar icke-specialister samt nyligen examinerade läkare som inte har påbörjat någon specialistutbildning. I Sverige utgör kategorin specialister 51 procent av samtliga läkare, medan andelen allmänläkare är 14 procent. Kategorin andra läkare utgör 35 procent. Bara fyra länder bland 36 jämförda OECD-länder har en högre andel ”andra läkare” än Sverige.³²

²⁹ Socialstyrelsen, *Nationell översikt över tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Nationella planeringsstödet 2024 – delrapport 1 av 3*, 2023, s. 20.

³⁰ Socialstyrelsen, *Nationell översikt över tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Nationella planeringsstödet 2024 – delrapport 1 av 3*, 2023, s. 22.

³¹ Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser 2023 – Resultat från undersökningen ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?”*

³² OECD, *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, 2023, s. 179.

Antalet specialisläkare inom geriatrik har ökat de senaste åren

Antalet specialisläkare inom geriatrik inom hälso- och sjukvården har de senaste åren ökat något i Sverige efter flera år av nedgång. År 2021 fanns det 24 läkare inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare, 65 år och äldre. År 2020 var siffran 23. Ökningen under 2021 syns bland geriatriker i både offentlig och privat regi. En möjlig anledning varför ökningen av specialisläkare inom geriatrik inte är större kan vara att gruppen av personer över 65 år blir större, samtidigt som antalet specialisläkare inom geriatrik inte har ökat i samma omfattning.³³

Fast läkarkontakt är en del i arbetet med att öka kontinuiteten inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har tagit fram ett nationellt riktvärde för hur många invånare en specialisläkare i primärvården i normalfallet kan ansvara för som fast läkarkontakt. Syftet är ökad trygghet och tillgänglighet samt likvärdigt god kvalitet över landet. Riktvärdet är 1 100 invånare per specialisläkare och 550 invånare per ST-läkare. För att svara mot riktvärdet på nationell nivå, och för att fler ska kunna få en fast läkarkontakt, behövs betydligt fler specialisläkare och ST-läkare i primärvården.³⁴ Vi återkommer till den saken i avsnitt 7.1.1.

Arbetsmiljön är ansträngd i primärvården

Den regionala primärvården har en ansträngd arbetsmiljö för de som arbetar där. Flera yrkesgrupper är högriskyrken för sjukskrivning till följd av psykiatriska diagnoser. Både specialisläkare och ST-läkare i allmänmedicin har fler sjukdagar än läkare och ST-läkare i andra sektorer i hälso- och sjukvården. Primärvårdsläkare känner sig ofta stressade, många menar att de har symptom på utmattnings- och överväger att byta arbete. Det är en allvarlig situation, eftersom arbetsmiljön är den enskilt viktigaste faktorn för att utveckla, motivera och behålla medarbetare inom primärvården, enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.³⁵

³³ Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre, lägesrapport 2024*, 2024, s. 106 f.

³⁴ Prop. 2023/24:1 Utgiftsområde 9, s. 33.

³⁵ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Ordnat för omställning? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport*, 2023, s. 8 och Försäkringskassan, *Sjukefrånvaro i psykiatriska diagnoser*, 2020, s. 38.

Ökat förebyggande och hälsofrämjande arbete ses som centralt för omställningen till en god och nära vård, men det saknas resurser för att arbeta mer förebyggande och hälsofrämjande i primärvården. Vårdcentralerna har svårt att hinna med det förebyggande arbetet, eftersom man tvingas prioritera mer akuta behov.³⁶

Svag positiv trend när det gäller tillgång på läkare i framtiden

Tabell 6.7 visar på en svag positiv utveckling när det gäller tillgången till läkare i framtiden. Antal examinerade och antal förstahandssökande till läkarutbildningen har ökat under perioden 2019–2023. Söktrycket till läkarprogrammen ökade från 5,3 höstterminen 2019 till 6,1 höstterminen 2023.

Tabell 6.7 Statistik för läkarutbildningen 2019–2023. Antal examinerade studenter på läkarutbildningen, antal förstahandssökande till läkarutbildningen höst- och vårtermin och antal sökande per antagen (söktryck) till läkarutbildningen höstterminerna

Läkarutbildningen	2019	2020	2021	2022	2023
Antal examinerade	1 385	1 405	1 474	1 457	1 422
Antal förstahandssökande	8 694	10 323	10 316	10 619	10 002
Antal sökande per antagen (söktryck)	5,3	6,7	7,1	6,6	6,1

Källa: Universitetskanslersämbetet (2024). Statistikdatabas. (Hämtat 2024-08-12)

6.5 Behovet av utveckling och nya arbetsätt i kommunal hälso- och sjukvård

Vår genomgång i detta kapitel visar att kompetensförsörjningen inom kommunal hälso- och sjukvård har varit en utmaning under många år. Den demografiska utvecklingen innebär att vi lever allt längre och att andelen äldre blir högre. Samtidigt ökar antalet i arbetsför ålder inte lika snabbt vilket skapar en svår ekvation att lösa. Det innebär således en stor risk att det kommer vara en betydande brist inom många yrken i den kommunala hälso- och sjukvården en lång tid framöver.

³⁶ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Ordnat för omställning? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport*, 2023, s. 147.

Det finns behov av åtgärder för att få befintlig personal att stanna i den kommunala hälso- och sjukvården. Åtgärder behövs också för att öka antalet studenter på relevanta utbildningar och se till att dessa får erfarenhet av kommunal hälso- och sjukvård under sin utbildning. Åtgärderna är nödvändiga för att situationen inte ska förvärras ytterligare.

Våra förslag som ska stärka kommunernas förutsättningar att säkra kompetensförsörjningen behöver ta avstamp i hur hälso- och sjukvården kommer att se ut framöver. Åtgärderna behöver därför vara i linje med den pågående omställningen till en god och nära vård. De behöver ta hänsyn till att de framtida behoven är störst inom primärvården och att den kommunala hälso- och sjukvården utgör den stor del av denna.

I konkurrensen om den framtida arbetskraften är det viktigt att yrkena är attraktiva, att karriärvägarna är tydliga och att kunskapsområdena studeras. I följande kapitel presenterar vi förslag i den riktningen.

7 Nya karriär- och utbildningsmöjligheter i kommunal hälso- och sjukvård

I detta kapitel presenterar vi förslag på åtgärder som vi bedömer stärker kompetensförsörjningen i den kommunala hälso- och sjukvården och bidrar till att det blir mer attraktivt för läkare och andra relevanta legitimerade yrkesutövare att arbeta i denna sektor.

Vår genomgång i kapitel 6 visar att kompetensförsörjningen har varit en utmaning under många år. Om kommunerna ska lyckas vända utvecklingen och om det ska bli mer attraktivt för alla yrkeskategorier att arbeta i kommunal hälso- och sjukvård behöver nya åtgärder prövas utan att vi på förhand säkert vet om de fungerar.

Den kommunala hälso- och sjukvårdens utveckling ställer krav på den personal som arbetar i den. Rätt kompetens och möjlighet till kompetensutveckling är inte bara viktigt för att yrkena ska uppfattas som attraktiva utan också en förutsättning för att professioner ska arbeta effektivt och patientsäkert i en kunskapsintensiv verksamhet. Rätt kompetens hos personalen bidrar därför också till att rätt åtgärder vidtas, att patientsäkerheten höjs och att resurserna används på ett hållbart sätt.

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

Enligt utredningens direktiv ska vi analysera och föreslå åtgärder för hur det ska bli mer attraktivt för läkare att arbeta i den kommunala hälso- och sjukvården. I kapitel 5 föreslår vi att regionerna ska ha kvar sitt huvudmannaskap även om det blir tillåtet för kommuner att anställa läkare för patientnära kliniskt arbete. Vi utgår därför ifrån

att de flesta läkare även framledes kommer att ha kvar sina anställningar i regionerna men, som i dag, även göra insatser i kommunerna. Därför bör våra förslag vara inriktade på att förbättra arbetssituationen för läkarna först och främst i primärvården. Om läkarnas arbetssituation är god i primärvården förbättras samtidigt attraktiviteten för att göra insatser i den kommunala hälso- och sjukvården.

Vi vill understryka att vi i våra intervjuer med professionsföreträdare inte har uppfattat att det i dag finns någon ovilja bland läkare i primärvården att arbeta eller göra insatser i exempelvis kommunernas särskilda boenden för äldre. Men förutsättningarna inom nuvarande system lyfts snarare fram som ett betydande förbättringsområde. När vi lämnar förslag på hur det kan bli mer attraktivt för läkare att arbeta i den kommunala hälso- och sjukvården handlar det i övervägande del om att förändra och förbättra redan fungerande befintliga strukturer.

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

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

Skälen till utredningens förslag

Huvuddelen av läkarinsatserna inom den kommunala hälso- och sjukvården utförs i dag och kommer även fortsättningsvis utföras av läkare som verkar inom regionernas primärvård, således till största delen av läkare med specialistkompetens i allmänmedicin. Tillgången till allmänläkare blir därmed en kritisk faktor när det gäller medicinsk kompetens i den kommunala hälso- och sjukvården. Att Sverige vid internationella jämförelser har en förhållandevis svag primärvård och att andelen allmänläkare i den svenska läkarkåren är förhållandevis låg, samtidigt som kraven på den kommunala hälso- och sjukvården

ökar kraftigt framöver, kommer utgöra en betydande utmaning. Det kommer, förutom utbildning av nya allmänläkare, att handla om att primärvården har en tillräckligt attraktiv arbetsmiljö som lockar nyutexaminerade läkare och som medför att man stannar i sin profession.

I våra intervjuer med professionsföreträdare för läkare i primärvården är det framför allt arbetsmiljön som de anser behöver förbättras. Både specialistläkare i allmänmedicin och ST-läkare i allmänmedicin har fler sjukdagar än läkare och ST-läkare i andra sektorer i hälso- och sjukvården.¹ Arbetsmiljön för läkare är den enskilt viktigaste faktorn för att få fler att vilja arbeta i primärvården.²

För att komma till rätta med situationen behöver antalet invånare per läkare vara på en rimlig nivå. För läkaren underlättar god patientkännedom såväl diagnostisering som behandling. Det bidrar även till en bättre arbetsmiljö, vilket är en förutsättning för att fler ska vilja arbeta i primärvården. Samtidigt är tillgången på specialistläkare i primärvården i dag en stor utmaning i de flesta regioner.

För att stötta regionerna i att nå Socialstyrelsens riktvärde om 1 100 invånare per specialistläkare i allmänmedicin behövs ett ökat nationellt och regionalt fokus i form av en färdplan. Vi föreslår därför i linje med Nationella vårdkompetensrådet, tillsättningen av en särskild utredare, som ska fungera som en nationell samordnare och som tillsammans med primärvårdsansvariga i regionerna planerar för åtgärder och insatser utifrån prognosläget när det gäller tillgång och efterfrågan av läkare, och sätter upp mål och delmål för hur och när riktvärden ska kunna nås.³

Syftet är att i samverkan med regioner och de sex regionala vårdkompetensråden, arbeta med att initiera, stödja, analysera och följa upp arbetet med fast läkarkontakt utifrån riktvärdet. De sex regionala vårdkompetensråden har skapats för att stärka samarbetet på lokal, sjukvårdsregional och nationell nivå. Råden har en viktig roll i sammanhanget och är en förlängning av det nationella vårdkompetensrådet.

Om regionerna når riktvärdet om 1 100 invånare per specialistläkare i allmänmedicin i primärvården kommer fler patienter få till-

¹ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Ordnat för omställning? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport*, 2023, s. 8 och Försäkringskassan, *Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser*, 2020, s. 38.

² Nationella vårdkompetensrådet och Socialstyrelsen, *Kompetensförsörjning inom primärvården, debredovisning*, 2022 s. 72 ff.

³ Nationella vårdkompetensrådet och Socialstyrelsen, *Kompetensförsörjning inom primärvården, debredovisning*, 2022 s. 70 ff.

gång till en fast läkarkontakt. Dessutom skulle varje enskild specialistläkare i allmänmedicin få mer utrymme för tillkommande uppdrag inom kommunal hälso- och sjukvård.

Bakgrund till regionernas behov av stöd för att nå Socialstyrelsens riktvärden

År 2022 tog Socialstyrelsen fram ett nationellt riktvärde för hur många invånare en specialistläkare i primärvården i normalfallet kan ansvara för som fast läkarkontakt. Riktvärdet för fast läkarkontakt i primärvården är 1 100 invånare per specialist i primärvården och 550 invånare per läkare i specialisttjänstgöring (ST) i allmänmedicin, i mitten av sin specialisttjänstgöring.

Det nationella riktvärdet avser att beskriva det antal av invånare baserat på ålder, vårdtyngd och konsumtionsmönster som är realistiskt att ansvara för. Riktvärdet är en vägledning för att omsätta värdet i ett regionalt och lokalt sammanhang, för till exempel verksamhetschefer på vårdcentraler eller hälsocentraler med den enskilde läkaren, beställare av primärvård, det vill säga regioner, samt av vårdgivare. De övriga framtagna stöden för fast läkarkontakt kan användas för att arbeta med det nationella riktvärdet i en regional och lokal kontext i planering och utveckling av funktionen fast läkarkontakt, utifrån geografi, demografi och bemanning, teamsamverkan samt utifrån vilka vårdbehov som andel invånare med flera kroniska sjukdomar eller andel äldre.⁴

Brist på specialistläkare i allmänmedicin är en utmaning fram till 2035

Vårt förslag har sitt ursprung i det faktum att antalet tillgängliga läkare i dag och framöver inte kommer att matcha behoven. Enligt den senaste statistiken uppgick antalet tillgängliga specialistläkare i allmänmedicin till ungefär 7 500 i hela landet år 2022, varav 4 900 arbetade i primärvården. För att matcha efterfrågan vid 1 100 invånare per specialistläkare i allmänmedicin inom primärvården skulle antalet i stället behöva uppgå till 8 300.⁵

⁴ Socialstyrelsen, *Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården*, 2022, s. 7.

⁵ Nationella vårdkompetensrådet och Socialstyrelsen, *Kompetensförsörjning inom primärvården, slutrapport*, s. 38 ff.

Under perioden 2022–2035 beräknas bristen, det vill säga skillnaden mellan tillgång och efterfrågan på specialistläkare i allmänmedicin i primärvården, minska från 3 400 år 2022 till 2 200 år 2035. År 2035 är den förväntade tillgången på specialistläkare i allmänmedicin i primärvården 6 600 och efterfrågan beräknas uppgå till 8 800, vid ett riktmärke om 1 100 invånare per specialistläkare i allmänmedicin. Detta innebär en betydande brist under hela prognosperioden och det krävs en kraftig ökning av tillgången på specialistläkare i allmänmedicin i primärvården för att efterfrågan ska kunna tillgodoses 2035.

Läkarbristen gör sig påmind i särskilda boenden för äldre

Vår genomgång ovan om läkarbristen i primärvården har direkta konsekvenser för hur läkarkontakten ser ut i kommunal hälso- och sjukvård. Sedan mitten av 1990-talet är det regionernas skyldighet att patienter ges möjlighet att få tillgång till och välja en fast läkarkontakt i primärvården.⁶ Under åren 2021–2023 har överenskommelsen mellan staten och SKR om god och nära vård innehållit särskilda siffersatta mål för området. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har haft i uppdrag att följa upp målen, men svårigheter att kartlägga måluppfyllelsen gör att målen som sådana utgick ur överenskommelsen år 2024.⁷ Men tillsynsgranskningen av särskilda boenden för äldre tyder på brister i kontinuiteten när det gäller läkarkontakt, vilket innebär patientsäkerhetsrisker.⁸

Som vi konstaterar i avsnitt 6.4.3 är tillgången till läkare i särskilt boende otillräcklig. Jämfört med 2019 var det fem procentenheter färre som 2023 svarade att det är mycket eller ganska lätt att få träffa läkare vid behov och jämfört med 2013 är det elva procentenheter färre som svarade på samma sätt. Drygt hälften av de som svarade på frågan om tillgång till läkare upplever att det är ganska eller mycket svårt att få träffa läkare vid behov. Rapporter visar på en liknande problembild i ordinärt boende.⁹

⁶ 7 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

⁷ Överenskommelse mellan staten och SKR om God och nära vård, *En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav*, s. 23.

⁸ Inspektionen för vård och omsorg, *Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO)*, 2022, s. 24.

⁹ Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser 2023. Resultat från undersökningen "Vad tycker äldre om äldreomsorgen?"*, 2023, s. 14.

Ytterligare faktorer som påverkar attraktiviteten för läkare

Vi anser att förslaget om att tillsätta en nationell samordnare för att genomföra insatser i samverkan med regionerna för att nå riktvärdet om 1 100 invånare per specialistläkare i allmänmedicin är ett mycket viktigt steg i att underlätta arbetssituationen för dessa. En samordnare kan agera som särskilt stöd för regionerna i denna process, exempelvis genom att säkerställa att alla regioner har en beslutad plan för att nå målet, bistå med förslag på åtgärder och insatser utifrån prognosläget när det gäller tillgång och efterfrågan av läkare och vara behjälplig i att sprida goda erfarenheter mellan regionerna själva. Om läkare i primärvården får en bättre arbetsmiljö, genom en rimlig arbetsbörda, bör det också bidra till att det blir mer attraktivt för dem att göra insatser i den kommunala hälso- och sjukvården. Arbetet skulle också bidra till att nå målen om fast läkarkontakt och kontinuitet inom ramen för omställningen till god och nära vård, vilket ytterligare skulle stärka attraktiviteten för kommunalt verksamma läkare. Vi anser att den föreslagna samordnaren bör tillsättas för en period om tre år som kan förlängas beroende på utvecklingen och resultat.

Samtidigt finns det andra faktorer som påverkar läkarnas situation i primärvården och därmed även deras möjligheter att göra efterfrågade insatser i den kommunala hälso- och sjukvården. Nedan för vi resonemang om två sådana faktorer, men vi lämnar inga förslag på åtgärder.

Tillgång till viktig information

En sådan faktor är att göra tillgången till viktig information lättare åtkomlig. Som vi konstaterar i avsnitt 4.3.2 är journalföringen i den kommunala hälso- och sjukvården i grunden skild från journalföringen i regionens hälso- och sjukvård. Avsaknaden av samlade patientjournaler är ett väsentligt praktiskt hinder mot samverkan i den kommunala hälso- och sjukvården och för övriga medarbetare inom den kommunala hälso- och sjukvården att ta del av en fullständig journalföring. Denna situation bidrar inte till att göra det attraktivt för läkare att göra insatser i den kommunala hälso- och sjukvården och försvårar det dagliga arbetet för samtliga i den kommunala hälso- och sjukvården. Därför ser vi positivt på de initiativ

relaterade till att öka delningen av hälsodata i olika former som vi beskriver i avsnitt 4.3.2.

I avsnitt 4.3.2 bedömer vi också att det finns ett stort behov av att föra parterna, det vill säga regioner och kommuner, närmare varandra och skapa ett förändrat synsätt där region och kommun inte ser varandra som motståndare, utan där båda parter kan se värdet i ett proaktivt arbetssätt kring läkarmedverkan. Både region och kommun är i behov av ett avtal som klargör det positiva för båda parter om läkarmedverkan i kommunerna kan fungera bättre än i dag. Vi menar att en sådan förbättring inte endast skulle gynna de personer som ansvarar för att sjukvården fungerar i regioner respektive kommuner, utan även gynna läkarnas arbetsmiljö och därmed göra arbetet i kommunerna mer attraktivt.

Väl fungerande team

En annan faktor som påverkar attraktiviteten för läkarna är tillgången till väl fungerande multiprofessionella team. Flera professionsföreträdare som vi intervjuat framhåller att sådana team är en viktig förutsättning för att primärvården ska kunna bedrivas med kontinuitet och utifrån patientens behov. Detta är också något som Nationella vårdkompetensrådet menar bör ligga till grund för planeringen av specialistläkarna i allmänmedicins uppdrag.¹⁰

Det multiprofessionella teamet, med ett generalistperspektiv på sin befolkning och en tydlig kontinuitet för sina patienter, är en av förutsättningarna för att den nära vården ska kunna bedrivas med effektivitet och patientsäkerhet utifrån patientens behov. I ett väl fungerande team kan medarbetarna dela på arbetsuppgifterna vilket påverkar hur många invånare en allmänläkare kan ansvara för. Arbetsfördelningen i teamet beror på medarbetarnas kompetenser. Eftersom arbetsförhållandena varierar över landet behöver teamets sammansättning anpassas efter regionala och lokala förutsättningar. Vi instämmer därför i Nationella vårdkompetensrådets bedömning att frågan om teamets sammansättning och arbetssätt bör analyseras närmare, eftersom ökade kunskaper om detta kan på sikt leda till en förbättrad arbetssituation för läkare i primärvården. Tryggheten i

¹⁰ Nationella vårdkompetensrådet och Socialstyrelsen, *Kompetensförsörjning inom primärvården, slutrapport*, 2022, s. 74.

teamet påverkar samtliga medarbetares möjligheter att utföra sina uppgifter på bästa möjliga sätt.

7.2 Gör det mer attraktivt för legitimerade yrkesgrupper att arbeta i den kommunala hälso- och sjukvården

I detta avsnitt presenterar vi förslag och bedömningar som vi anser stärker kompetensförsörjningen i den kommunala hälso- och sjukvården och som kan bidra till att det blir mer attraktivt för legitimerade yrkesgrupper att arbeta i den kommunala hälso- och sjukvården. Vi lyfter särskilt fram åtgärder som stärker ledarskap samt karriärs- och utvecklingsvägar för legitimerade yrkesgrupper, något som ofta lyfts fram i våra intervjuer med professionsföreträdare och representanter för kommunala vård- och omsorgsverksamheter.

7.2.1 Utveckla en nationell ledarskapsutbildning för chefer inom den kommunala hälso- och sjukvården

Utredningens förslag: Ge Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla en nationell ledarskapsutbildning anpassad för chefer inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Skälen för utredningens förslag

Ett välfungerande ledarskap är en viktig hörnsten för att stärka kommunernas förutsättningar att säkra kompetensförsörjningen i den kommunala hälso- och sjukvården och öka dess attraktivitet. Cheferna i verksamheterna behöver tid, men även rätt utbildning, för att kunna stödja och handleda personalen i det vardagliga arbetet samt säkerställa en god och hållbar arbetsmiljö. En god ledning och styrning bidrar till lägre personalomsättning och högre kontinuitet, vilket i sig leder till ökad patientsäkerhet och kvalitet i vården. Vi anser att ett välfungerande ledarskap är avgörande för att kommunerna ska kunna rekrytera och behålla medarbetare i hälso- och sjukvården.

Det krävs dessutom en stärkt ledarskapskompetens i kommunerna när det gäller läkare i primärvården som är verksamma i den kommunala hälso- och sjukvården. Det är en yrkeskår som redan i dag har särskilda utmaningar. I avsnitt 6.4.3 konstaterar vi att läkare har en ansträngd arbetsmiljö inom primärvården.

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) erbjuder i dag olika ledarskapsprogram som riktar sig till chefer inom hälso- och sjukvården.¹¹ Men det finns inget nationellt ledarskapsprogram som särskilt riktar sig till samtliga chefer inom den kommunala hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har tidigare erfarenhet av att ha utformat och upphandlat en nationell ledarskapsutbildning för äldreomsorgens chefer. Under perioden 2013–2015 genomfördes två utbildningsomgångar där 924 enhetschefer och arbetsledare från 209 kommuner gick igenom utbildningen.¹² Vi föreslår därför att regeringen ger myndigheten i uppdrag att ta fram en nationell ledarskapsutbildning för chefer inom den kommunala hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen bör inom ramen för uppdraget bestämma vilken eller vilka ledningsnivåer som ska omfattas av utbildningen.

I likhet med Nationella vårdkompetensrådet menar vi att en sådan nationell utbildning kan skapa en gemensam bas för alla chefer och kan inkludera exempelvis systemkunskap om hälso- och sjukvårdens organisation och metodstöd för olika arbetssätt. Men vi föreslår en ledarskapsutbildning riktad mot chefer i den kommunala hälso- och sjukvården, och inte chefer i hela den svenska hälso- och sjukvården vilket Nationella vårdkompetensrådet gör.¹³ I ett eventuellt nästa steg kan en utbildning utarbetas som omfattar fler delar av hälso- och sjukvården.

Bakgrund till förslaget om stärkt ledarskap

Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas någon som svarar för verksamheten, vilket oftast är en verksamhetschef. Verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.¹⁴ Enligt

¹¹ SKR, <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/berattelserochstod/ledarskapsstod.34757.html> (hämtad 2024-08-27).

¹² Socialstyrelsen, *Nationell ledarskapsutbildning för äldreomsorgens chefer, slutrapport 2016*, s. 7.

¹³ Nationella vårdkompetensrådet, *Förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning*, 2024, s. 274 ff.

¹⁴ 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2014:821).

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska vårdgivaren med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.¹⁵

Ledarskapet är viktigt för kompetensförsörjningen och attraktiviteten i hälso- och sjukvården

Ledarskapet inom hälso- och sjukvård beskrivs ofta som särskilt viktigt eftersom arbetet omfattar många olika komplexa och varierande uppgifter samt det faktum att personalen arbetar med eget ansvar för att vården bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.¹⁶

Utredningen *Effektiv vård* (SOU 2016:2) visar att ledarskapet är en viktig faktor för en rad utvecklingsområden, exempelvis utvecklingen av en sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst, ändrade arbetssätt och effektivisering av hälso- och sjukvården. Dessutom har *Tillitsdelegationen* (SOU 2017:56) som utrett en mer tillitsbaserad styrning av offentlig sektor, identifierat ledarskap som en viktig faktor i styrningen av välfärdsverksamheter. Ledarskapet är centralt i en verksamhets normstyrning, det vill säga försök att påverka attityder, beteenden och normer i verksamheten.¹⁷

Ledarskapets och chefernas betydelse inom hälso- och sjukvården tas även upp i andra rapporter och utredningar, exempelvis i Nationella vårdkompetensrådets rapport om kompetensförsörjningen inom förlossningsvården, Utredningen *Vilja välja vård och omsorg* (SOU 2021:52) och Myndigheten för vård och omsorgsanalys rapport om nationella insatser för stärkt ledarskap i hälso- och sjukvården.¹⁸ Regeringen har också konstaterat att chefernas kompetens och förutsättningar påverkar kvaliteten i vården och omsorgen om äldre.¹⁹

¹⁵ 3 kap 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

¹⁶ Se bland annat 6 kap. 1–2 §§ Patientsäkerhetslagen (2010:659), Nationella vårdkompetensrådet och Socialstyrelsen, *Kompetensförsörjning inom primärvården. Slutrapport, 2022*, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Åt samma håll. Nationella insatser för stärkt ledarskap i hälso- och sjukvården*, 2019, och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Visa vägen i vården*, 2017.

¹⁷ SOU 2016:2 s. 516, och SOU 2017:56 s. 53.

¹⁸ Nationella vårdkompetensrådet, *Kompetensförsörjning av barnmorskor i förlossningsvården*, 2023, s. 54 ff., SOU 2021:52, s. 181 ff och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Åt samma håll. Nationella insatser för stärkt ledarskap i hälso- och sjukvården*, 2019, s. 60 ff.

¹⁹ Prop. 2020/21:60, s. 85.

Bristerna när det gäller kompetensförsörjning är ett stort problem även för arbetet med omställningen av hälso- och sjukvården till en god och nära vård, både på vårdcentraler och i kommunernas verksamheter. Personalen behöver involveras för att hitta arbetssätt som verkligen fungerar i deras vardag.²⁰

Att stärka förutsättningarna för ledarskapet i kommuner och regioner är ett av områdena som medlen kunde användas till inom ramen för överenskommelsen God och nära vård 2024 mellan staten och SKR. I överenskommelsen beskriver parterna ledarskapet som avgörande för möjligheten att lyckas förbättra utvecklingen av hälso- och sjukvårdens verksamheter.²¹

Ledarskapet är extra viktigt inom kommunal hälso- och sjukvård

Förändringsledning är ett strukturerat tillvägagångssätt för att ledsaga individer, grupper och organisationer från nuläget till ett önskvärt framtida läge. Vi konstaterar att förändringsledning och ledarskap är extra viktigt inom den kommunala hälso- och sjukvården. Det beror bland annat på att den pågående omställningen till en god och nära vård ställer nya krav på kompetens hos chefer och medarbetare, vilket lyfts fram av Nationella vårdkompetensrådet.²² Det beror också på att kommunal hälso- och sjukvård har särskilda utmaningar genom att den ofta samverkar med både specialiserad vård och regional primärvård och att samverkan försvåras av otydligheter kring vilken huvudman som ansvarar för hälso- och sjukvården i olika situationer.²³ Dessutom möter chefer i kommunal hälso- och sjukvård flera utmaningar såsom att de kan arbeta i olika typer av verksamheter, exempelvis särskilda boenden eller hemsjukvården, samt att de ofta har medarbetare från flera yrkesgrupper, varav vissa är legitimerad personal.²⁴

Det kan bli särskilt komplicerat när alltmer vård flyttas ut från sjukhusen och mer vård ska ske i hemmet i olika former. Denna

²⁰ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Ordnat för omställning? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport*, 2023, s. 79.

²¹ Överenskommelse mellan staten och SKR om God och nära vård 2023, S2023/00372, s. 31–32.

²² Nationella vårdkompetensrådet och Socialstyrelsen, *Kompetensförsörjning inom primärvården. Slutrapport*, 2022, s. 15 ff.

²³ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Läget för ledarna. Förutsättningar för ledarskapsutveckling i kommunal vård och omsorg*, 2021, s. 44.

²⁴ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Åt samma håll. Nationella insatser för stärkt ledarskap i hälso- och sjukvården*, 2019, s. 52.

förflyttning kräver en ny typ av ledarskap för att stötta medarbetarna i kommunal hälso- och sjukvård, liksom ett tydliggörande av vem som har det medicinska ansvaret när vård flyttas.²⁵

Ledarskapet i hälso- och sjukvården behöver anpassas efter organisation och hälso- och sjukvårdens utveckling

Det har tidigare konstaterats att det finns behov av lättillgängliga och uppdaterade kunskapsunderlag och kunskapsstöd om ledarskap, för att stödja ledarskapsutveckling och utformning av ledarskapsutbildningar samt kunskapsunderlag för chefer och ledare om styrning inom hälso- och sjukvården generellt.²⁶ Vidare kommer omvärldsförändringar att kräva en utveckling av hälso- och sjukvården som går bortom verksamhetsutveckling av enskilda verksamheter och ständiga förbättringar. Det ställer nya krav på ledarskapet när det gäller att leda grupper och processer i förändring, ha en god förmåga till kommunikation, ha förståelse för olika verksamheters och aktörers uppdrag samt kompetens att utveckla arbetssätten med ny digital teknik. Både kommuner och regioner kommer att behöva utveckla sina kompetensprofiler för chefer som de anställer samt erbjuda kompetensutveckling för de som finns i hälso- och sjukvården i dag.²⁷

Enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör ledarskapsutbildning och utveckling utformas av, och vara förankrat i organisationen där cheferna arbetar. Det var ett viktigt skäl till att myndigheten inte lämnade förslag om en nationell ledarskapsutbildning för chefer i vården.²⁸ Men vi anser att det finns behov av en enhetlig nationell ledarskapsutbildning som kan skapa en gemensam bas för alla chefer i den kommunala hälso- och sjukvården. En sådan nationell satsning i syfte att skapa en samlad drivkraft för omställning står inte i motsats till att lokal förankring i hemorganisationer behövs. Vi återkommer till detta nedan.

²⁵ Nationella vårdkompetensrådet, *Förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning*, 2024, s. 276 ff.

²⁶ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Åt samma håll. Nationella insatser för stärkt ledarskap i hälso- och sjukvården*, 2019, s. 6–7.

²⁷ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Åt samma håll. Nationella insatser för stärkt ledarskap i hälso- och sjukvården*, 2019, s. 24–25.

²⁸ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Åt samma håll. Nationella insatser för stärkt ledarskap i hälso- och sjukvården*, 2019, s. 26 och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Visa vägen i vården*, 2017.

Utformning av en nationell ledarskapsutbildning inom hälso- och sjukvården

Vi föreslår att regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram en nationell ledarskapsutbildning anpassad för chefer inom den kommunala hälso- och sjukvården. Myndigheten bör inom ramen för uppdraget bestämma vilken eller vilka ledningsnivåer som ska omfattas av utbildningen. Vidare bör Socialstyrelsen i utformningen av utbildningen samverka med Nationella vårdkompetensrådet och hämta inspiration från rådets förslag.²⁹

Regionala utbildningar i samverkan med andra

I ett första steg föreslog Nationella vårdkompetensrådet att parter som samverkar, exempelvis chefer inom regional primärvård, regional vård på specialiserad nivå och kommunal hälso- och sjukvård, ska kunna delta tillsammans i en ledarskapsutbildning för att öka förståelsen för varandras verksamheter.³⁰

En sådan utbildning möjliggör för deltagarna att utbyta erfarenheter och få ökad förståelse för varandras verksamheter, kompetensutveckling och verktyg för att utöva ett gott och hållbart ledarskap, vilket på sikt förbättrar primärvårdens arbetsmiljö och kompetensförsörjning. Utbildningen bör även omfatta ledarskap i förhållande till följande verksamhetsområden; patientnära arbete, möjligheter till fortbildning, forskning och handledning av studenter.

Mot en nationell och enhetlig utbildning

I ett andra steg i utvecklingen av förslaget menar rådet att det, mot bakgrund av förslaget om regionala ledarskapsutbildningar, finns behov av ett motsvarande nationellt ledarskapsprogram för hela hälso- och sjukvården. Det kan skapa en gemensam bas för alla chefer och kan inkludera exempelvis systemkunskap om hälso- och sjukvårdens

²⁹ Nationella vårdkompetensrådet och Socialstyrelsen, *Kompetensförsörjning inom primärvården. Slutrapport*, 2022, s. 15–17 och Nationella vårdkompetensrådet, *Förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning*, 2024, s. 274.

³⁰ Nationella vårdkompetensrådet och Socialstyrelsen, *Kompetensförsörjning inom primärvården. Slutrapport*, 2022, s. 15–17.

organisation och arbetssätt.³¹ Vi anser att förslaget har flera fördelar. Den främsta fördelen är att sådan utbildning är nationell och enhetlig, och inte olika beroende på vilken del av landet som utbildningen tas fram och används, även om den behöver anpassas efter lokala förutsättningar mellan samverkande regioner och kommuner.

Men, som vi noterar ovan, föreslår vi en ledarskapsutbildning, som i ett första steg är riktad mot chefer i den kommunala hälso- och sjukvården, och inte chefer i hela den svenska hälso- och sjukvården vilket Nationella vårdkompetensrådet gör.³² I ett eventuellt nästa steg kan en utbildning utarbetas som omfattar fler delar av hälso- och sjukvården.

7.2.2 Genomför försöksverksamhet med Magnetmodellen i kommunal hälso- och sjukvård

Utredningens förslag: Genomför och följ upp försöksverksamhet med Magnetmodellen i kommunal hälso- och sjukvård.

Skälen för utredningens förslag

I kapitel 6 konstaterar vi att det råder brist på sjuksköterskor i den kommunala hälso- och sjukvården. För att klara kompetensförsörjningen av sjuksköterskor behöver förutsättningar för en god och säker vård säkras, vilket Magnetmodellen kan bidra till.

Magnetmodellen handlar om att sjuksköterskors kompetens tillvaratas genom att omvårdnadskompetens finns i arbetsledningen, personaltäthet prioriteras och teamarbetet fungerar. Magnetmodellen är en amerikansk modell som det nu forskas på i Europa och Sverige. Forskningsstudier visar att behandlingsresultaten vid dessa sjukhus som infört Magnetmodellen är bättre och patienterna är mer nöjda än vid icke-certifierade sjukhus.³³ Hittills är modellen prövad på sjukhus men vi menar att den bör kunna prövas även i kommunal hälso- och sjukvård. Vi anser att kommunal hälso- och sjukvård är

³¹ Nationella vårdkompetensrådet, *Förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning*, 2024, s. 279.

³² Nationella vårdkompetensrådet, *Förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning*, 2024, s. 274 ff.

³³ Svensk sjuksköterskeförening, *Ledarskap för omvårdnad och Magnetmodellen*, 2018, s. 3.

ett särskilt lämpligt provområde för Magnetmodellen eftersom omvårdnadskomponenten är extra omfattande där.

Om kommunal hälso- och sjukvård ska lyckas rekrytera och behålla sjuksköterskor behöver chefer och ledare på alla nivåer engagera sig i kvalitetsutveckling av omvårdnad. Det innebär en ledning som tar ansvar dels för att det finns tillräckligt antal grundutbildade respektive specialistutbildade sjuksköterskor, dels för att alla medarbetare får en kontinuerlig fortbildning och kompetensutveckling. Omvårdnadskompetens hos chefer och ledare på alla nivåer är nödvändig för att de ska kunna identifiera behov av kvalitetsutveckling och förbättringsarbete inom omvårdnad och för att leda denna utveckling. Det vill säga förbättrade resultat för patienters hälsa, förbättrad kvalitet i omvårdnad liksom alla medarbetares ökade kännedom om och förståelse för dessa resultat.

Enligt forskning gör Magnetmodellen det attraktivt för sjuksköterskor att välja arbetsplatser där modellen är implementerad, och stanna kvar även vid arbetskraftsbrist.³⁴

En modell med magnetisk dragningshjälp

Magnetmodellen kommer ursprungligen från USA där de sjukhus som en grupp forskare ansåg ha en magnetisk dragningskraft på såväl grundutbildade som specialistutbildade sjuksköterskor då det gällde att ansöka om anställning och vilja att stanna kvar och utvecklas.

Magnetsjukhusen karaktäriseras bland annat av att sjuksköterskornas kompetens tas tillvara, att personaltätheten är god och att teamarbetet fungerar. Fjorton kvalitetskriterier, eller magneter, har identifierats som attraherar sjuksköterskor. Utifrån kriterierna har en modell med fem områden utarbetats:³⁵

- Strukturer för personlig utveckling och inflytande för sjuksköterskor
- Excellent utfört omvårdnadsarbete
- Ny kunskap, innovationer och förbättringar

³⁴ Svensk sjuksköterskeförening, *Ledarskap för omvårdnad och Magnetmodellen*, 2018 och utredningens tolkning efter samråd med Vårdförbundet.

³⁵ Svensk sjuksköterskeförening, *Ledarskap för omvårdnad och Magnetmodellen*, 2018, s. 6.

- Utvecklande ledarskap för sjuksköterskor
- Resultat från verksamheten

Modellområdenas rubriker är översatta från engelska av Svensk sjuksköterskeförening.

Strukturer för personlig utveckling och inflytande för sjuksköterskor

För att stödja sjuksköterskornas patientnära arbete utgår Magnetmodellen från att det behövs strukturer och processer som involverar sjuksköterskorna i teamet och i hela organisationen. Det behövs en decentraliserad organisation där sjuksköterskor tillsammans med övriga i teamet löser problem, implementerar evidensbaserad praktik och fattar beslut som förbättrar omvårdnadens kvalitet. De sjukhus som söker en magnetutmärkelse i USA måste kunna visa en organisationsstruktur som stödjer ett delat beslutsfattande på samtliga nivåer i organisationen – *Shared Governance/ Shared Decision making*.³⁶

Det är den amerikanska sjuksköterskeföreningen – *American Nurses Association, ANA* – som har ett eget ackrediteringscenter – *American Nurses Credentialing Center, ANCC* – som certifierar de verksamheter som ansöker om Magnetutmärkelsen.

Excellent utfört omvårdnadsarbete

För att uppnå hög omvårdnads kvalitet krävs ett *excellent utfört omvårdnadsarbete* med stöd av en professionell modell för omvårdnad – *Professional Practice model*. Modellen är en konceptuell ram som beskriver vilka teorier, fenomen eller system som ligger till grund för omvårdnaden.

Modellen ska visa hur sjuksköterskor utövar omvårdnad, samarbetar, kommunicerar och utvecklas professionellt för att säkerställa att vården når upp till hög kvalitet för patienter och anhöriga. Varje magnetverksamhet ska utveckla sin egen professionella modell för omvårdnad men den ska ha följande beståndsdelar:³⁷

³⁶ Svensk sjuksköterskeförening, *Ledarskap för omvårdnad och Magnetmodellen*, 2018, s. 7.

³⁷ Svensk sjuksköterskeförening, *Ledarskap för omvårdnad och Magnetmodellen*, 2018, s. 7.

- Avsikt
- Vision
- Värdegrund
- Hur organisationen leds och förvaltas
- Hur organisationen säkerställer omvårdnaden av patienten
- Hur olika professioner relaterar till varandra
- Hur organisationen utvecklas och erkänner medarbetarnas insatser.

Ny kunskap, innovationer och förbättringar behöver värderas

Enligt Magnetmodellen är en kultur där omvårdnadsforskning har högt värde och där användandet av forskningsresultat värdesätts viktigt. En sådan kultur kan, enligt modellens intentioner, främja implementering av en kunskapsbaserad praktik. Därför är det viktigt att sjuksköterskor som är ledare eller chefer i vården har detta i fokus och skapar en kultur där idéer och utbildningar stödjer detta.³⁸

Utvecklande ledarskap för sjuksköterskor

För att få med olika perspektiv är omvårdnadskompetens nödvändig i alla beslutsnivåer på till exempel sjukhus, i öppenvård och inom den kommunala hälso- och sjukvården. Sjuksköterskor behöver därför vara representerade i den högsta arbetsledningen och delta i beslut som påverkar organisationens visioner, mål och prioriteringar.³⁹ Vi anser att det bör finnas möjligheter för sjuksköterskor att påverka den högsta arbetsledningen i den kommunala hälso- och sjukvården, oavsett om de ingår i den eller inte. Flera kommuner har små organisationer och har därför svårt att bereda olika professioner plats i den högsta arbetsledningen. Det är därför viktigt att Magnetmodellen anpassas efter de förhållanden som råder i kommunal hälso- och sjukvård.

³⁸ Svensk sjuksköterskeförening, *Ledarskap för omvårdnad och Magnetmodellen*, 2018, s. 8.

³⁹ Svensk sjuksköterskeförening, *Ledarskap för omvårdnad och Magnetmodellen*, 2018, s. 8.

Mätbara resultat

I Magnetmodellen ingår även att följa upp resultatet av modellens inverkan i hälso- och sjukvården över tid med hjälp av olika mät-kriterier. Tonvikten ligger på att fånga upp resultat inom omvårdnads-verksamheten. Olika metoder används för att utvärdera och åter-koppla vårdprocesser och resultat på såväl individ-, grupp-, och enhets-nivå.⁴⁰

Pågående forskningsprojekt vid Mittuniversitetet

Ett treårigt forskningsprojekt pågår sedan våren 2023 vid Mitt-universitetet som syftar till att identifiera, beskriva, testa och ut-värdera hur kommunal hälso- och sjukvård kan bli en attraktiv och lärande arbetsplats. Forskningsprojektet omfattar sjuksköterskor och annan legitimerad personal inom två särskilda boenden i Sundsvalls kommun, men utfallet antas påverka all vårdpersonal.⁴¹

Projektet bygger på fallstudier som omfattar implementering av nya arbetssätt, ökade möjligheter till inflytande, kompetensutveck-ling samt förbättrad handledarkompetens. Det primära syftet är en ökad attraktivitet och få fler att vilja stanna kvar på arbetsplatsen. Sekundära mål är förbättrat teamarbete, förbättrad vårdkvalitet och nöjdare sjuksköterskestudenter. Slutmålet är att de båda särskilda bo-enden som ingår i projektet uppfyller kraven för en formell magnet-certifiering.

Magnetmodellen bör prövas i kommunal hälso- och sjukvård

Mittuniversitetets forskningsprojekt kommer att pågå ytterligare två år. Det framgår i våra kontakter med arbetsledningen för projektet att projektet stödjer vårt förslag om en försöksverksamhet av magnet-modellen. Vi föreslår därför att Magnetmodellen prövas inom ramen för försöksverksamheter i fler kommuner. Regeringen kan överväga att ge Socialstyrelsen, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys eller annan lämplig myndighet i uppdrag att utarbeta en plan för försöks-verksamheten.

⁴⁰ Svensk sjuksköterskeförening, *Ledarskap för omvårdnad och Magnetmodellen*, 2018, s. 9.

⁴¹ Mittuniversitetet, *Striving for magnet standard in nursing homes – a pilot project to empower nurses. Project plan*, 2023, s. 2.

Dessa försöksverksamheter kan komplettera Mittuniversitetets projekt genom exempelvis använda andra metoder. Syftet är att skapa en lärprocess som visar hur och om modellen kan användas i en svensk kommunal kontext. Vi anser att försöksverksamheten kan påbörjas under 2026 och avslutas tre år senare och omfatta åtminstone två medelstora eller stora kommuner. Modellen har utarbetats för, och utvecklats inom, amerikanska sjukhus och kan därför behöva anpassas för något mindre verksamheter, såsom den svenska kommunala hälso- och sjukvården.

Försöksverksamheten bör utvärderas av Socialstyrelsen eller Myndigheten för vård- och omsorgsanalys efteråt för att fastställa modellens potentiella värde för kommunerna, arbetstillfredsställelse hos sjuksköterskor och förhållandet till omställningen till nära vård. Förslagsvis bör modellen även utvärderas i förhållande till strukturella mål, exempelvis antal sjukhusinläggningar och konsumtion av slutenvård.

7.2.3 Fler specialistsjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård

Utredningens förslag: Avsätt särskilda medel till kommuner för vidareutbildning av specialistsjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård.

Skälen för utredningens förslag

Att skapa utvecklingsmöjligheter för sjuksköterskor är ett sätt att göra yrket mer attraktivt men bidrar också till att höja kompetensnivån i hälso- och sjukvården vilket förbättrar kvalitet och patient-säkerhet. Detta är särskilt angeläget i kommunal hälso- och sjukvård där det finns utmaningar med att ha tillräcklig medicinsk kompetens. Därför skulle fler specialistsjuksköterskor bidra till att höja kompetensen i den kommunala hälso- och sjukvården.

För att möjliggöra för fler att utbilda sig till specialistsjuksköterska behöver förutsättningarna för att genomgå en specialistutbildning förbättras. I dag får sjuksköterskor många gånger söka tjänstledigt för att utbilda sig till specialist och själva bekosta sin utbildning. Det tar sedan lång tid att tjäna in vad det kostat att utbilda sig. Mot

bakgrund av den kompetensbrist som råder i hälso- och sjukvården är det i dag också ofta svårt att få tjänstledigt för att vidareutbilda sig. Många väljer därför att inte utbilda sig till specialister även om de skulle vilja det.

Kommunerna ser utmaningar med att erbjuda specialistutbildning

Kommunerna ser utmaningar med att bevilja sjuksköterskor tjänstledigt för specialistutbildning. En svårighet är bristen på sjuksköterskor i sig. En annan svårighet är att kommunen behöver ersätta sjuksköterskor som är lediga för studier med annan personal, inte sällan genom att anlita hyrpersonal vilket är kostsamt. Några kommuner menar även att medlen från staten har kommit för sent, så att det inte funnits tid kvar för sjuksköterskor att söka några utbildningar. Göteborgsregionens kommunalförbund lyfter att 43 procent av medlen som de tilldelats för ändamålet har återbetalats till Kammarkollegiet, och menar att kortsiktigheten gör det svårt att genomföra satsningen.⁴²

Dessutom har kommunernas behov av långsiktighet för att kunna tillgodogöra sig satsningen på avsett sätt. Det är därför viktigt att avsätta medel till kommunerna och tydligt knyta dem till detta ändamål. Endast genom att vara uthålliga när det gäller vidareutbildning till specialistsjuksköterskor med inriktning mot distrikts-, äldrevård och psykiatri kommer det vara möjligt att upprätthålla nuvarande nivå och ha möjlighet att förbättra den medicinska kompetensen i kommunal hälso- och sjukvård för att tillgodose de ökande behoven.⁴³

Vårdförbundets modell för vidareutbildning till specialistsjuksköterska

Vårdförbundet har tagit fram en modell för att förbättra möjligheten att från grundutbildad sjuksköterska utbilda sig till specialistsjuksköterska som de benämner *akademisk specialisttjänstgöring* (AST).⁴⁴ AST innebär att arbetsgivaren inrättar utbildningsanställningar som

⁴² Socialstyrelsen, *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2021, 2022*, s. 43.

⁴³ Socialstyrelsen, *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2021, 2022*, s. 43.

⁴⁴ Utredningens tolkning efter samråd med Vårdförbundet.

man som sjuksköterska kan söka för att utbilda sig till specialist-sjuksköterska. Specialistutbildningen ska ges på avancerad nivå vid universitet eller högskola och ske inom anställningen med full lön och villkor reglerade i kollektivavtalet utifrån AST-modellen.

För att bli aktuell för tjänsten måste sjuksköterskan samtidigt söka till och komma in på den specialistutbildningen på universitet/högskola som tjänsten avser.

Villkoren för AST kan se lite olika ut hos olika arbetsgivare. Men följande villkor är lika för alla utbildningsanställningar enligt AST.

- AST är en tillsvidareanställning, som också kallas utbildningsanställning, med full lön.
- Det rådande kollektivavtalet på arbetsplatsen gäller. Det innebär till exempel att anställningen ingår i den årliga löneöversynen och att de allmänna anställningsvillkoren till exempel semester, ledigheter, övertid osv tas ut enligt gällande kollektivavtal.
- Tjänsten är heltid och innehåller både studier och kliniskt arbete. Hur studiedelen och delen kliniskt arbete läggs upp kan variera, men utbildningen är en del av anställningen. Även studietakten kan variera.
- Med AST förbinder sig inte den studerande att jobba hos arbetsgivarna en viss tid efter utbildningens slut.⁴⁵

Bakgrund till bristen på specialistsjuksköterskor i Sverige

Efter grundutbildning till sjuksköterska som är tre års högskolestudier, det vill säga 180 poäng, finns möjligheten att vidareutbilda sig till specialistsjuksköterska. Utbildningen till specialistsjuksköterska omfattar ytterligare 60–75 högskolepoäng, och motsvarar studier på avancerad nivå. Utbildningen ger fördjupade omvårdningskunskaper om evidens, forskningsmetoder och utvärderingsinstrument inom ett specifikt vårdområde. Det finns elva olika fasta program till specialistsjuksköterska, samt ett som respektive lärosäte kan besluta om inriktningen till. De inriktningar som finns i dag är ambulanssjukvård, anestesi, distriktssköterska, intensivvård, medicin,

⁴⁵ Utredningens tolkning efter samråd med Vårdförbundet.

kirurgi, onkologi, operation, psykiatri, äldreomsorg och öppen hälso- och sjukvård för barn.⁴⁶

År 2021 fanns det närmare 138 000 förvärvsarbetande med en sjuksköterskeutbildning. Omkring 75 900, eller 55 procent, hade en grundutbildning som sin högsta sjuksköterskeutbildning. Ungefär 53 800, eller 39 procent, hade en specialistsjuksköterskeexamen och cirka 8 300, eller 6 procent, en barnmorskeexamen.⁴⁷

Medelåldern är relativt hög bland specialistutbildade och sjuksköterskor med inriktning mot distriktssköterska respektive psykiatri

En komponent för att kunna beräkna den framtida tillgången på sjuksköterskor är hur många som under prognosperioden väntas lämna arbetskraften, oftast genom pension. Medan de grundutbildade sjuksköterskorna är en relativt ung grupp, endast cirka tre av tio är 50 år eller äldre, är andelen äldre bland de specialistutbildade sjuksköterskorna mycket hög. Detta gäller inte minst specialistutbildade med inriktning mot distriktssköterska respektive psykiatrisk vård där närmare två av tre i dag är 50 år eller äldre. För övriga specialistinriktningar är närmare hälften 50 år eller äldre. I genomsnitt beräknas årligen cirka 1 900 specialist- och barnmorskeutbildade lämna arbetskraften, detsamma gäller för drygt 1 500 grundutbildade sjuksköterskor.⁴⁸ Vi saknar särskild statistik för specialistutbildade med inriktning mot äldreomsorg.

Tillgången till sjuksköterskor kommer vara relativt svag även framöver

I kapitel 6 visade vi att 60 procent av kommunerna 2023 rapporterade att de hade brist på grundutbildade sjuksköterskor och att 69 procent rapporterade om brist på specialistsjuksköterskor.

Om den framtida examinationen, vidareutbildningen och antalet som lämnar arbetskraften läggs samman får vi fram den framtida utvecklingen av tillgången. Den totala tillgången på sjuksköterskegruppen kommer att öka med närmare 10 procent fram till år 2040. Men variationen är stor beroende på utbildningsinriktning. Tillgången

⁴⁶ Vårdförbundet, <https://www.vardforbundet.se/rad-och-stod/karriar-och-utveckling/karriarvag/vidareutbildning-till-sjukskoterska/> (hämtad 2024-08-27).

⁴⁷ SCB, *Trender och Prognoser 2023*, 2024, s. 101.

⁴⁸ SCB, *Trender och Prognoser 2023*, 2024, s. 102.

på grundutbildade sjuksköterskor och specialistutbildade sjuksköterskor inriktade mot psykiatrisk vård beräknas växa med drygt 5 procent. Tillgången på distriktssköterskor beräknas däremot vara nästan oförändrad.⁴⁹ Vi har inte tillgång till särskild statistik när det gäller specialistsjuksköterskor med inriktning inom äldrevården.

Risk att dagens bristsituation av specialistsjuksköterskor med inriktning mot distriktssköterska och psykiatrisk vård förstärks på sikt

Tillgång och efterfrågan kommer att öka i ungefär samma utsträckning för sjuksköterskegruppen som helhet framöver. Men utvecklingen av tillgången och efterfrågan varierar mellan olika utbildningsinriktningar. Trots att tillgång och efterfrågan växer ungefär lika mycket kommer dagens brist på sjuksköterskor kvarstå under prognosperioden, det vill säga fram till 2040. Det gäller för grundutbildade sjuksköterskor, barnmorskeutbildade samt specialistutbildade sjuksköterskor med inriktning mot psykiatrisk vård och med inriktning mot anestesi-, intensiv-, operations- och ambulanssjukvård. För specialist-sjuksköterskor med inriktning mot distriktssköterska respektive psykiatrisk vård finns det risk att dagens bristsituation förstärks på sikt eftersom tillgången bedöms vara relativt oförändrad under prognosperioden samtidigt som efterfrågan ökar.⁵⁰

7.2.4 Avancerad specialistsjuksköterska kan stärka kompetensen och karriärmöjligheterna

Utredningens bedömning: Den pågående utredningen om behörighet och yrkesreglering inom hälso- och sjukvård och tandvård (dir. 2023:148) bör utreda och eventuellt föreslå lämplig reglering för införande av avancerad specialistsjuksköterska.

⁴⁹ SCB, *Trender och Prognoser 2023, 2024*, s. 102.

⁵⁰ SCB, *Trender och Prognoser 2023, 2024*, s. 103 och 110.

Skälen för utredningens bedömning

Vi anser att avancerad specialistsjuksköterska kan vara en viktig komponent för att förbättra kompetensförsörjningen till den kommunala hälso- och sjukvården och samtidigt bidra till omställningen till en god och nära vård. Avancerad specialistsjuksköterska gör sjuksköterskerollen mer attraktiv genom en ny karriärmöjlighet, vilket även ökar möjligheten att fler ska stanna längre i yrket. Syftet är att dessa avancerade specialistsjuksköterskor ska arbeta patientnära i hälso- och sjukvården.

I kapitel 5 föreslår vi att det ska vara tillåtet för en kommun att anställa läkare för patientnära kliniskt arbete. Även med hänsyn till denna nya möjlighet bedömer vi att det i fortsättningen kommer att vara sjuksköterskor som står för huvuddelen av de medicinska bedömningarna inom den kommunala hälso- och sjukvården. För att kunna hålla en hög patientsäkerhet i den kommunala hälso- och sjukvården är det därför mycket angeläget att höja kompetensen hos sjuksköterskorna.

Coronapandemin gjorde sårbarheten inom den kommunala hälso- och sjukvården tydlig. Det faktum att det finns färre läkare än sjuksköterskor som ansvarar för relativt omfattande områden med ett stort antal patienter som ofta har multipla och komplexa hälsoproblem med stort vård- och omsorgsbehov, bidrar till detta.⁵¹

Avancerad specialistsjuksköterska kan utgöra ett värdefullt komplement som säkerställer att god och säker vård ges i rätt tid och sannolikt kan minska behovet av att tillkalla jourläkare eller behöva skicka in patienten till akutmottagning för bedömning.⁵² Ju högre kompetens en sjuksköterska har inom området medicin, desto fler patienter kan få en patientsäker bedömning och behandling, i och med att sjuksköterskan då har både personkännedom och hög medicinsk kompetens. Det handlar inte om att utbilda sjuksköterskor till mini-läkare, utan till en sjuksköterskeroll med extra hög kompetens.

För att avancerad specialistsjuksköterska ska kunna införas finns det behov att utreda hur rollen kan utformas. Vi bedömer att en sådan översyn ryms inom den pågående utredningen om behörighet och yrkesreglering inom hälso- och sjukvård och tandvård (dir. 2023:148). Enligt direktivet ska utredningen bedöma bland annat om det finns

⁵¹ Nationella vårdkompetensrådet, *PM – Avancerad specialistsjuksköterska*, 2023, s. 2 och SOU 2022:10 volym 2, s. 412 ff.

⁵² Nationella vårdkompetensrådet, *PM – Avancerad specialistsjuksköterska*, 2023, s. 2.

behov av reglerad specialistkompetens eller specialistutbildning för fler legitimerade yrkesgrupper – nya eller befintliga – och vid behov hur det ska regleras.⁵³

Sjuksköterskeyrket är särskilt viktigt inom den kommunala hälso- och sjukvården

Sjuksköterskans roll är av särskild betydelse inom den kommunala hälso- och sjukvården. Förutsättningarna skiljer sig åt mellan att arbeta i den kommunala hälso- och sjukvården jämfört med den regionala primärvården. I den kommunala hälso- och sjukvården arbetar sjuksköterskor i högre utsträckning ensamma och utan tillgång till den kollegiala teammiljö som annars är vanlig inom den regionala hälso- och sjukvården.

Eftersom kommunernas vårdansvar inte omfattar läkarvård, har sjuksköterskor den högsta medicinska kompetensen i det dagliga arbetet i kommunerna. Sjuksköterskor, eller annan som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen, får delegera en arbetsuppgift till någon annan endast när det är förenligt med kravet på en god och säker vård. Den som delegerar en arbetsuppgift till någon annan, ansvarar för att denne har förutsättningar att fullgöra uppgiften.⁵⁴ Sjuksköterskans specifika kompetensområde är omvårdnaden, vilket innebär att självständigt leda och ansvara för bedömning, diagnostik, planering, genomförande och utvärdering av omvårdnaden. Sjuksköterskans uppgift är att erbjuda möjligheter att förbättra, bibehålla eller återfå sin hälsa, hantera hälsoproblem, sjukdom eller funktionsnedsättning och uppnå bästa möjliga välbefinnande och livskvalitet fram till döden. Sjuksköterskan ansvarar också för medicinska insatser och behandlingar.

Behov av fler karriärvägar och högre kompetens inom fler områden

Införandet av en avancerad specialistsjuksköterska kan bidra till en ökad attraktivitet och en ny karriärmöjlighet för yrket sjuksköterska. För att höja effektiviteten inom en alltmer avancerad hälso- och sjukvård behövs dessutom högre kompetensnivå inom fler områden.

⁵³ Dir. 2023:148 s. 6.

⁵⁴ 6 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

Den pågående omställningen till en nära vård och allt fler äldre i behov av hälso- och sjukvård kommer kräva att nya roller och nya arbetssätt utvecklas. Många äldre kommer att vårdas i kommunal hälso- och sjukvård där den samlade kompetensen i dag är generellt lägre än i den regionala hälso- och sjukvården. Införandet av rollen som avancerad specialistsjuksköterska skulle därför kunna vara en av flera pusselbitar i arbetet med att höja den medicinska kompetensen i kommunal hälso- och sjukvård.

En avancerad specialistsjuksköterska har efter utbildning erhållit en fördjupad omvårdnadskompetens tillsammans med en utökad medicinsk kunskap. Det möjliggör för en avancerad specialistsjuksköterska att ge en helhetsvård för äldre sköra patienter i kommunal hälso- och sjukvård.

Två olika modeller för ett införande av avancerad specialistsjuksköterska

Vi har identifierat två olika förslag till införandet av den nya rollen, en modell baserad på högskoleutbildning och en modell baserad på utbildningstjänstgöring.

En modell baserad på högskoleutbildning

Betänkandet *Framtida specialistsjuksköterskan* (SOU 2018:77) föreslår införandet av en avancerad specialistsjuksköterskeexamen med vald inriktning som omfattar 120 högskolepoäng. Utbildningen ska ges på avancerad nivå och är en vidareutbildning på sjuksköterskeexamen med fördjupning mot vald inriktning till exempel kirurgi inom den slutna vården eller familj inom den öppna vården, det vill säga en avancerad distriktssköterska. Fullgjorda kursfordringar leder till en yrkesexamen på avancerad nivå och legitimation.⁵⁵

Enligt betänkandet ska examen säkerställa att utbildningen ger fördjupade färdigheter och kunskaper inom avancerad klinisk bedömning och diagnostisering, avancerad patofysiologi, avancerad farmakologi, implementering av evidensbaserad praktik, behandling, förskrivningsrätt, ordination av läkemedel, hälsofrämjande arbete och beslutsfattande, samt fördjupning av sjuksköterskans kärn-

⁵⁵ SOU 2018:77, s. 433 och 437 ff.

kompetens inom det vårdvetenskapliga ansvarsområdet. Detta innebär att den avancerade specialistsjuksköterskan har en ytterligare fördjupning i sin utbildning inom det medicinska området i förhållande till sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor.⁵⁶

En modell baserad på utbildningstjänstgöring

Vårdförbundet och Svensk sjuksköterskeförening har tillsammans tagit fram ett alternativt förslag där organisationerna förespråkar ett statligt reglerat verksamhetsanknutet fortbildningsprogram som involverar arbetsgivaren. Förslaget förutsätter examen från specialistutbildning, masterexamen i omvårdnad och ett statligt reglerat fortbildningsprogram. Fortbildningsprogrammet ska enligt förslaget vara verksamhetsanknutet och involverar arbetsgivare, och ska tas fram i samarbete med Socialstyrelsen, professionsföreningar och lärosäten och ska leda till skyddad specialistbeteckning.⁵⁷

Möjligheter och utmaningar med de båda modellerna

Det finns såväl möjligheter som utmaningar med de olika förslagen. En modell baserad på en högskoleutbildning skulle innebära en enhetlig och kvalitetssäkrad utbildning, samtidigt som den kliniska förankringen kan påverkas av begränsningar bland annat av antalet platser för verksamhetsförlagd utbildning.⁵⁸

En modell baserad på en utbildningstjänst kan å andra sidan uppfattas som en trygghet för såväl arbetstagare som arbetsgivare eftersom rollen är efterfrågad genom arbetsgivarens deltagande och investering i utbildningen. Å andra sidan kan en utbildningstjänst bidra till att olika regionala modeller skapas, vilket innebär en osäkerhet för såväl individ som arbetsgivare vid exempelvis flytt till en ny region.

Vår utredning tar inte ställning i valet av modell, eller om det finns ett tredje, bättre sätt. Vi lämnar den frågan till den pågående utredningen om behörighet och yrkesreglering inom hälso- och sjukvård och tandvård (dir. 2023:148). Enligt direktivet ska utredningen bedöma bland annat om det finns behov av reglerad specialist-

⁵⁶ SOU 2018:77, s. 437 ff.

⁵⁷ Svensk sjuksköterskeförening och Vårdförbundet, *Avancerad specialistsjuksköterska*, 2021, s. 7.

⁵⁸ Nationella vårdkompetensrådet, *PM – Avancerad specialistsjuksköterska*, 2023, s. 6.

kompetens eller specialistutbildning för fler legitimerade yrkesgrupper – nya eller befintliga – och vid behov hur det ska regleras.⁵⁹ Uppdraget ska redovisas senast den 30 maj 2025. Vi gör detta överlämnande i samråd med företrädare för nämnda utredning.

7.2.5 Förbättra möjligheterna till kontinuerlig fortbildning i kommunal hälso- och sjukvård

Utredningens bedömning: Den pågående utredningen om behörighet och yrkesreglering inom hälso- och sjukvård och tandvård (dir. 2023:148) bör utreda frågan och eventuellt utarbeta ett förslag som speglar de behov som finns när det gäller kontinuerlig fortbildning som omfattar legitimerade yrken inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Skälen för utredningens bedömning

Tillgång till kontinuerlig fortbildning är viktigt för att göra kommunal hälso- och sjukvård mer attraktiv och stärka den medicinska kompetensen i sektorn. Men trots att det i förarbetena till patient-säkerhetslagen framgår att vårdgivaren ska se till att de som arbetar i verksamheten har rätt kompetens för sina arbetsuppgifter så anser vi att det inte ges tillräcklig fortbildning i dag.⁶⁰ Det finns därför ett behov av ett nationellt helhetsgrepp avseende fortbildning i syfte att bland annat skapa likvärdighet, lära av goda exempel och möjliggöra kvalitetssäkring.

Regeringen har tillsatt utredningen *Behörighet och yrkesreglering inom hälso- och sjukvård och tandvård* (dir. 2023:148). I uppdraget ingår bland annat att bedöma om det är lämpligt att införa krav på att möjliggöra kontinuerlig fortbildning för de professioner inom hälso- och sjukvården och tandvården som omfattas av yrkeskvalifikationsdirektivet. I uppdraget ingår också att överväga hur den övriga vårdpersonalens behov av fortbildning kan tillgodoses. Vi bedömer att denna utredning bör utreda frågan och eventuellt utarbeta ett förslag som speglar de behov som finns när det gäller kontinuerlig fort-

⁵⁹ Dir. 2023:148 s. 6.

⁶⁰ Prop. 2009/10:210, s. 206.

bildning i kommunal hälso- och sjukvård som vi här belyser. Vi gör detta överlämnande i samråd med företrädare för nämnda utredning.

Varför är kontinuerlig fortbildning viktigt?

En stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård kräver att professionerna kan fortbilda och vidareutbilda samt utveckla sig inom sina akademiska områden. Yrkesroller förändras och utvecklas över tid vilket innebär att olika professioner får nya och mer avancerade ansvars- och kunskapsområden, som innebär ett ökat behov av fortbildning eller vidareutbildning.

I dag får många personer med mycket komplexa behov betydande delar av sin vård genom den kommunala hälso- och sjukvården. I takt med att den kommunala hälso- och sjukvården blivit alltmer avancerad har kravet på kunskap och kompetens ökat väsentligt.

Den medicinska och tekniska utvecklingen ställer höga krav på ny kunskapsinhämtning

Den medicinska och tekniska utvecklingen ställer höga krav på ny kunskapsinhämtning för vårdens medarbetare för en ökad specialisering. De kommunala hälso- och sjukvårdsprofessionernas möjligheter till fortbildning och möjligheterna att utvecklas inom sitt yrke är därför viktig för att både vara fortsatt attraktiv på arbetsmarknaden och för att på kunna erbjuda den säkraste och mest effektiva hälso- och sjukvårdsinsatsen.

I takt med att artificiell intelligens (AI) algoritmer blir allt bättre på att sortera data, hitta mönster och göra förutsägelser, ökar förhoppningarna om att även AI kan få en avgörande betydelse för att göra den framtida hälso- och sjukvården mer effektiv och säker, och samtidigt bidra till att lösa de utmaningarna med begränsade resurser och svårigheter att rekrytera kvalificerade medarbetare. Forskning och utveckling kring tillämpningar av AI i hälso- och sjukvården pågår i dag inom en lång rad områden, från diagnostik och behandling till administration och medicinsk forskning.

*Fortbildning stärker den medicinska kompetensen
och kan förbättra patientsäkerheten*

En god kompetensförsörjning innebär att en verksamhet kan säkerställa tillgång till personal med rätt kompetens, på såväl kort som på lång sikt. En förutsättning för en trygg och säker vård av god kvalitet är att kompetenta och engagerade medarbetare ges möjlighet att arbeta på toppen av sin kompetens.⁶¹ Syftet med fortbildning och kompetensutveckling kan både vara att yrkesutövaren blir mer trygg i sin roll och att utvecklas till att kunna utföra nya arbetsuppgifter.⁶²

I våra intervjuer med representanter för kommunal hälso- och sjukvård och professionsföreträdare lyfts ofta bristen på fortbildning, tillsammans med önskan om fler karriärvägar, upp som ett område som borde prioriteras mer.

Vårdgivaren ansvarar för medarbetarnas regelbundna fortbildning och kompetensutveckling

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) är vårdgivaren ansvarig för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.⁶³ Det betyder att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls. I förarbetena till lagen framgår att vårdgivaren ska se till att de som arbetar i verksamheten har rätt kompetens för sina arbetsuppgifter och att de i övrigt fullgör sina åligganden på korrekt sätt. Vårdgivaren ansvarar också för att identifiera medarbetarnas utbildningsbehov och ge möjligheter till regelbunden fortbildning och kompetensutveckling.⁶⁴

Det systematiska patientsäkerhetsarbetet som vårdgivaren ska bedriva regleras närmare i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.⁶⁵ Till detta kommer reglerna i Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG om erkännande av yrkeskvalifikationer – yrkeskvalifikationsdirektivet. Enligt direktivets artikel 22 ska medlemsstaterna, i enlighet med varje

⁶¹ Socialstyrelsen, *Agera för säker vård - Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024*, 2020, s. 32.

⁶² Nationella vårdkompetensrådet, *Förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning*, 2024, s. 310.

⁶³ Jfr 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659).

⁶⁴ Prop. 2009/10:210 s. 90.

⁶⁵ Jfr 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9.

medlemsstats specifika förfaranden, genom att uppmuntra fortbildning, säkerställa att yrkesutövare som omfattas av direktivets bestämmelser om automatiskt erkännande på grundval av samordnade minimikrav för utbildning kan uppdatera sina kunskaper, färdigheter och kompetenser så att yrkesinsatsen bibehålls på säker och effektiv nivå och för att hålla sig à jour med utvecklingen inom yrket. Artikel 6 gäller alltså yrkena läkare, specialistläkare, sjuksköterska med ansvar för allmän hälso- och sjukvård, tandläkare, specialisttandläkare, barnmorska, apotekare, veterinär och arkitekt. Fortbildningsinsatserna bör omfatta tekniska, vetenskapliga, rättsliga och etiska framsteg inom respektive yrke.⁶⁶

7.2.6 Inför ett breddat VULF-avtal

Utredningens förslag: Genomför det redan lämnade förslaget från utredningen SOU 2024:9 om att införa ett nationellt VULF-avtal som även omfattar arbetsterapeututbildningen och fysioterapeututbildningen.

Skälen till utredningens förslag

Den nyligen avslutade utredningen *Samordnat arbete för fler platser för verksamhetsförlagd utbildning i sjuksköterskeutbildningen* (SOU 2024:9) föreslår att staten bör ingå ett nationellt avtal för vårdvetenskaplig utbildning, lärande och forskning i sjuksköterskeutbildningen (VULF) med Sveriges kommuner och regioner (SKR) och Vårdföretagarna.⁶⁷ Det övergripande syftet med avtalet är att långsiktigt säkerställa en sjuksköterskeutbildning av god kvalitet med tillgång till fler platser för verksamhetsförlagd utbildning. Därigenom möjliggörs fler utbildningsplatser och fler legitimerade yrkesutövare. Men det är fortfarande lärosätena som är ansvariga för utbildningens kvalitet och examinering. Lärosätena avgör också hur många studenter som antas och vilka som examineras.

Vi anser att förslaget bör genomföras men då omfatta de större hälso- och sjukvårdsutbildningar som är relevanta för kommunal

⁶⁶ Prop. 2015/16:44, s. 80 f.

⁶⁷ SOU 2024:9 s. 167 f.

verksamhet och som leder till ett legitimerat yrke. De utbildningar vi avser är, utöver sjuksköterskeutbildningarna, arbetsterapeututbildningen och fysioterapeututbildningen. Detta utesluter inte att andra legitimationsyrken, utöver de ovan nämnda, har betydelse för insatser i den kommunala hälso- och sjukvården.

En nackdel med nuvarande förslag som endast omfattar sjuksköterske- och specialistsjuksköterskeutbildningen är att olika avtal för specifika utbildningar kan innebära en ojämlikhet mellan yrkesgrupper och studenter. Samtidigt finns redan en sådan ojämlikhet eftersom både läkarutbildningen och tandläkarutbildningen har sitt ALF- respektive TUA-avtal. Mot denna bakgrund är det angeläget att inkludera fler hälso- och sjukvårdsutbildningar i ett VULF-avtal. Dessutom är förslaget till VULF-avtal konstruerat för att kunna omfatta fler medellånga hälso- och sjukvårdsutbildningar.⁶⁸

Vi anser att när fokus förskjuts alltmer från de stora sjukhusens vårdavdelningar till bland annat kommunal hälso- och sjukvård, behöver den verksamhetsförlagda utbildningen göra samma förflyttning. Samtliga legitimerade yrkesutövare inom den kommunala hälso- och sjukvården behöver ha fått möjlighet att genomföra den verksamhetsförlagda utbildningen inom alla relevanta delar av hälso- och sjukvården, även i kommunerna. Det är lärosätena som ansvarar för utbildningen och vad som ingår i de olika utbildningsmomenten.

Bakgrund till verksamhetsförlagd utbildning och de berörda utbildningarna

Verksamhetsförlagd utbildning är en central del av innehållet i hälso- och sjukvårdsutbildningar vid lärosätena. Den genomförs i samverkan mellan lärosätena som ansvarar för examinationen av momentet verksamhetsförlagd utbildning samt regioner och kommuner som tar emot studenterna som gör sin verksamhetsförlagda utbildning. Den verksamhetsförlagda utbildningen bedrivs i kursform och har en kursplan som bland annat anger antal högskolepoäng, mål och formerna för bedömning av studenternas prestationer.⁶⁹

Flera regioner och kommuner bedömer att verksamhetsförlagd utbildning är effektivt för att locka studenter till framtida arbetsplatser genom att studenten får insikt i arbetet samtidigt som det

⁶⁸ SOU 2024:9 s. 177.

⁶⁹ SKR, *Insatser för att utöka VFU*, 2023, s. 10.

etableras nätverk mellan studenter, chefer och medarbetare som kan möjliggöra framtida rekryteringar.⁷⁰

Studenterna behöver kunna genomföra den verksamhetsförlagda utbildningen inom alla relevanta delar av hälso- och sjukvården, inklusive den kommunala. Detta är viktigt för att studenterna dels ska få insikt i och förståelse för kommande arbetsuppgifter, dels att sådan utbildning många gånger leder till en rekrytering. Det är också viktigt för förståelsen av det samlade hälso- och sjukvårdssystemet.

Vissa vårdgivare anser sig förhindrade att ta emot studenter under utbildning bland annat på grund av tidsbrist, brist på handledare liksom brist på lokaler. Många verksamheter, särskilt de kommunala, har begränsad erfarenhet av att utbilda och saknar vanan av att ta emot studenter.⁷¹ Det krävs legitimerad personal med pedagogisk utbildning enligt universitetens och högskolornas direktiv för att verksamhetsförlagd utbildning ska kunna genomföras. Kommuner behöver därför anställa legitimerad personal och låta dem genomgå de pedagogiska utbildningarna som krävs.

Flera utredningar och rapporter har på senare tid lyft fram att det finns en stor potential att öka antalet platser för verksamhetsförlagd utbildning i kommunal hälso- och sjukvård, särskilt när det gäller sjuksköterskeutbildningarna.⁷² Vi anser att det finns behov att stärka den verksamhetsförlagda utbildningen för fler utbildningar som leder till ett legitimationsyrke i den kommunala hälso- och sjukvården.

De tre aktuella utbildningarna styrs av lag och förordning och anordnas av ett 30-tal utbildningsanordnare

Utbildningarna till sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut styrs främst av regler i högskolelagen (1992:1434) och i högskoleförordningen (1993:100).⁷³ Denna ordning har gällt sedan den 1 januari 2002, då staten övertog huvudmannskapet för vårdhögskoleutbildningarna, inklusive utbildningarna till sjuksköterska, arbetsterapeut

⁷⁰ Nationella vårdkompetensrådet och Socialstyrelsen, *Kompetensförsörjning inom primärvården – Delredovisning*, S2021/06575, 2022, s. 33.

⁷¹ Nationella vårdkompetensrådet och Socialstyrelsen, *Kompetensförsörjning inom primärvården – Delredovisning*, S2021/06575, 2022, s. 35.

⁷² Se exempelvis SOU 2024:9, SKR, *Insatser för att utöka VFU*, 2023, och Nationella vårdkompetensrådet och Socialstyrelsen, *Kompetensförsörjning inom primärvården. Slutrapport*, 2022, SOU 2018:77, och SOU 2016:2.

⁷³ Jfr 1 kap. 1–2 §§ högskolelagen (1992:1434) och 1 kap. 1 § samt bilaga 1 till högskoleförordningen (1993:100).

och fysioterapeut. Dessförinnan svarade de dåvarande landstingen och Gotlands kommun för dessa utbildningar.

Sjuksköterskeutbildningen bedrivs av 25 olika utbildningsanordnare

Sjuksköterskeutbildning bedrivs vid 21 statliga universitet och högskolor samt vid 4 enskilda utbildningsanordnare i Sverige. Totalt 15 354 var studenter registrerade på ett program som leder till sjuksköterskeexamen vårterminen 2023.⁷⁴ 4 348 sjuksköterskor examinerades det året.⁷⁵ Sjuksköterskeexamen är en yrkesexamen på grundnivå och omfattar 180 högskolepoäng. Utbildningens huvudämne är vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad och innehåller både teoretiska och kliniska kurser tillsammans med ett fördjupningsarbete.⁷⁶

Efter att ha genomfört grundutbildningen är det möjligt att bygga på med ytterligare 60 högskolepoäng för att bli specialistsjuksköterska. För distriktssjuksköterska krävs 75 högskolepoäng. Ytterligare en annan påbyggnadsutbildning på avancerad nivå resulterar i barnmorskeexamen.⁷⁷ Den verksamhetsförlagda utbildningens omfattning för sjuksköterskestudenter varierar mellan 22 och 45 veckor beroende på lärosäte och regleras inom ramen för 130 avtal.⁷⁸

Inför vårterminen 2024 sökte 7 796 behöriga personer sjuksköterskeutbildningen som förstahandsval, det var därmed den enskilt mest sökta yrkesutbildningen på högskolenivå.⁷⁹ Enligt Universitetskanslersämbetet behöver antalet personer som påbörjar sjuksköterskeutbildningen öka med drygt 1 000 per år fram till 2035 jämfört med nuvarande nivå. Ökningen är nödvändig för att säkerställa balans mellan tillgång och behov.⁸⁰

Arbeterapeututbildning bedrivs vid nio lärosäten

Arbeterapeututbildningen omfattar 180 högskolepoäng och är en yrkesexamenutbildning på grundnivå som leder till arbetsterapeutexamen. Totalt 1 343 var registrerade på ett program som leder till

⁷⁴ Universitetskanslersämbetet, Högskolan i siffror. (hämtad 2024-08-27).

⁷⁵ Universitetskanslersämbetet, Högskolan i siffror. (hämtad 2024-08-27).

⁷⁶ SKR, *Insatser för att utöka VFU*, 2023, s. 10.

⁷⁷ SOU 2024:9 s. 63.

⁷⁸ SOU 2024:9 s. 139.

⁷⁹ Universitetskanslersämbetet, Högskolan i siffror. (hämtad 2024-08-27).

⁸⁰ Universitetskanslersämbetet, *Prognoser för behovet av högskoleutbildade*, 2021, s. 77.

arbetsterapeutexamen vårterminen 2023 vid något av de åtta lärosäten som har tillstånd att utfärda sådan examen. 368 arbetsterapeuter examinerades det året.⁸¹ Från och med höstterminen 2024 kommer ett nionde lärosäte, Uppsala universitet, att få tillstånd att bedriva utbildningen. Huvudämnet är arbetsterapi, men studenterna läser också medicin och samhälls- och beteendevetenskap.

Den verksamhetsförlagda utbildningens omfattning varierar mellan 18 och 21 veckor. Vid exempelvis Göteborgs universitet ingår den verksamhetsförlagda utbildningen i flera av programmets kurser. Hela utbildningen innehåller 21 veckors verksamhetsförlagd utbildning under handledning av legitimerade arbetsterapeuter inom Västra Götalandsregionen samt några veckors fältstudier. Fältstudierna sker inom olika verksamheter i samhället där arbetsterapeutisk kunskap används eller skulle kunna användas. Under fältstudier handleds studenterna av lärare. Vid Örebro universitet omfattar den verksamhetsförlagda utbildningen 20 veckor och vid Lunds universitet 18 veckor.⁸²

Inför vårterminen 2024 sökte 225 behöriga personer arbetsterapeututbildningen som förstahandsval.⁸³ Enligt Universitetskanslersämbetet behöver antalet personer som påbörjar arbetsterapeututbildningen öka med drygt 100 per år fram till 2035 jämfört med nuvarande nivå. Ökningen är nödvändig för att säkerställa balans mellan tillgång och behov.⁸⁴

Genom Sveriges Arbetsterapeuter har vi frågat de lärosäten som vårterminen 2024 bedrev arbetsterapeututbildning om deras avtal när det gäller verksamhetsförlagd utbildning. Av de sju lärosäten som svarade hade samtliga avtal med den närmaste regionen och ramavtal med regionens kommuner. Dessutom tecknar de flesta lärosäten enskilda avtal med ytterligare en eller flera regioner och en eller flera kommuner i landet. Vi uppskattar att lärosätenas totala antal avtal är omkring 50.

⁸¹ Universitetskanslersämbetet, Högsolan i siffror. (hämtad 2024-08-27).

⁸² Bygger i huvudsak på underlag till utredningen från Sveriges Arbetsterapeuter 2024-04-15.

⁸³ Universitetskanslersämbetet, Högsolan i siffror. (hämtat 2024-03-26).

⁸⁴ Universitetskanslersämbetet, *Prognoser för behovet av högskoleutbildade*, 2021, s. 69.

Fysioterapeututbildning bedrivs vid åtta lärosäten

Fysioterapeututbildningen omfattar 180 högskolepoäng och är en yrkesexamensutbildning på grundnivå som leder till fysioterapeutexamen samt en medicine kandidatexamen med fysioterapi som huvudområde. Totalt 1 882 var registrerade på ett program som leder till fysioterapeutexamen vårterminen 2023 vid något av de åtta lärosäten som har tillstånd att utfärda sådan examen.⁸⁵ 554 fysioterapeuter examinerades det året.⁸⁶

Utbildningen består av både teoretisk, praktisk och verksamhetsförlagd utbildning. Den verksamhetsförlagda utbildningen varierar i omfattning mellan de olika lärosätena. Vid exempelvis Karolinska Institutet omfattar den verksamhetsförlagda utbildningen omkring 22 veckor medan samma utbildningsmoment utgör 14 veckor vid Umeå universitet.⁸⁷

Inför vårterminen 2024 sökte 981 behöriga personer fysioterapeututbildningen som förstahandsval.⁸⁸ Enligt Universitetskanslersämbetet beräknas efterfrågan på fysioterapeuter öka med cirka 15 procent fram till 2035 och det finns risk för fortsatt brist på fysioterapeuter framöver.⁸⁹

Genom Fysioterapeuterna har vi frågat de lärosäten som vårterminen 2024 bedrev arbetsterapeutsutbildning om deras avtal när det gäller verksamhetsförlagd utbildning. Samtliga åtta lärosäten svarade. Av dessa lärosäten uppgav sju lärosäten att de har avtal med åtminstone den närmaste regionen och ett antal kommuner. Karolinska Institutet har i stället ett övergripande ALF-avtal med Region Stockholm som anger att regionen också ska ta emot studenter inom andra program.⁹⁰

Fyra lärosäten har tecknat avtal med mellan 3 och 5 regioner. Antal avtal med kommuner varierar mellan 5 avtal och 17 avtal. Göteborgs universitet och Lunds universitet har inga enskilda avtal med kommuner utan har i stället tecknat ramavtal med samtliga kommuner i Västra Götalandsregionen respektive Kommunförbundet Skåne samt Malmö stad. Vi uppskattar att lärosätenas totala antal avtal är omkring 90.⁹¹

⁸⁵ Universitetskanslersämbetet, Högskolan i siffror (hämtad 2024-08-27).

⁸⁶ Universitetskanslersämbetet, Högskolan i siffror (hämtad 2024-08-27).

⁸⁷ Bygger i huvudsak på underlag till utredningen från Fysioterapeuterna, 2024-04-23.

⁸⁸ Universitetskanslersämbetet, Högskolan i siffror. (hämtad 2024-04-12.)

⁸⁹ Universitetskanslersämbetet, *Prognoser för behovet av högskoleutbildade*, 2021, s. 77.

⁹⁰ Bygger i huvudsak på underlag till utredningen från Fysioterapeuterna, 2024-04-23.

⁹¹ Bygger i huvudsak på underlag till utredningen från Fysioterapeuterna, 2024-04-23.

Inga lagkrav på verksamhetsförlagd utbildning i dag

Det finns i dag inga lagkrav eller andra styrande principer för verksamhetsförlagd utbildning. Den verksamhetsförlagda utbildningen regleras inte heller i någon större utsträckning i examensbeskrivningarna även om lärosätena själva ställer krav på genomförd verksamhetsförlagd utbildning för utfärdande av examen.⁹²

Verksamhetsförlagd utbildning regleras vanligen i avtal mellan lärosäten och regioner respektive kommuner. Dessa avtal utgår från den principöverenskommelse som låg till grund för förstatligandet av regionernas vårdutbildningar 2002. I propositionen om ett nytt huvudmannaskap för vårdhögskoleutbildningar bedömde regeringen att klinisk praktik bör regleras i avtal mellan respektive högskola och region. Vidare förutsatte regeringen att kommuner skulle fortsätta att tillgodose behovet av praktikplatser för vårdhögskoleutbildningarna det vill säga utbildning till arbetsterapeut, audionom, barnmorska, biomedicinsk analytiker, ortopedingenjör, fysioterapeuter, sjuksköterska, inklusive specialistsjuksköterskeutbildning och tandhygienist samt utbildning inom social omsorg.⁹³

Lärosätet bär ansvar för att utbildningen uppfyller rättsliga krav, krav som följer av kursplanen samt för examination. Lärosätet måste också kunna garantera att alla studenter får en plats där verksamhetsförlagd utbildning kan genomföras. Samtidigt är det regionen, kommunen eller den privata vårdgivaren som lärosätet har avtalat med som i praktiken svarar för att tillhandahålla platserna och även får ett stort inflytande över den verksamhetsförlagda utbildningens genomförande.⁹⁴

Andra jämförbara utbildningar har formaliserade krav på praktik

Inom lärarutbildningarna, som i likhet med hälso- och sjukvårdsutbildningarna innehåller verksamhetsförlagd utbildning, regleras omfattningen i förordning.⁹⁵ Där regleras bland annat att högskolorna i den utsträckning det är möjligt ska förlägga den verksamhetsförlagda utbildningen inom verksamheter med olika förutsättningar samt att

⁹² Nationella vårdkompetensrådet och Socialstyrelsen, *Kompetensförsörjning inom primärvården – Delredovisning*, S2021/06575, 2022, s. 129.

⁹³ Prop. 2000/01:71 s. 31 f.

⁹⁴ SOU 2024:9 s. 102.

⁹⁵ Förordningen (2021:1335) om utbildning till lärare och förskolelärare.

alla studenter ska fullgöra en så stor del som möjligt av sin verksamhetsförlagda utbildning vid en övningsskola eller övningsförskola.

Reglering av verksamhetsförlagd utbildning för vissa utbildningar

I januari 2019 inledde EU-kommissionen ett överträdelseförfarande mot Sverige på grund av att kommissionen ansåg att omfattningen av utbildning till barnmorska, sjuksköterska, tandläkare och läkare i timmar enligt yrkeskvalifikationsdirektivet inte anges tydligt i den nationella lagstiftningen. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter omfattades inte.

När det gäller utbildning till barnmorska respektive sjuksköterska tillsatte regeringen *Utredningen om utbildning till sjuksköterska och barnmorska*.⁹⁶ Efter att utredningen blev klar 2022 har regeringen, på utredningens förslag, infört en ny bestämmelse i högskoleförordningen (1993:100) som reglerar det minsta antalet timmar utbildning enligt yrkeskvalifikationsdirektivet som vissa utbildningar som leder till yrkesexamina ska omfatta. Sjuksköterskeutbildningen ska därvid omfatta minst 4 600 timmar, varav minst en tredjedel teoretisk utbildning och minst hälften klinisk utbildning.⁹⁷

Sveriges universitets- och högskoleförbund har efter önskemål från lärosätenas sida beslutat om en vägledande rekommendation gällande hur högskoleförordningens bestämmelser om minsta antal timmar i klinisk utbildning enligt yrkeskvalifikationsdirektivet bör tillämpas på sjuksköterskeutbildningen. Den kliniska utbildningen gällande sjuksköterskeutbildningen ska enligt rekommendationen omfatta totalt 1 725 klocktimmar, vilket motsvarar 43 veckor.⁹⁸

⁹⁶ Dir. 2021:26 och SOU 2022:35.

⁹⁷ Jfr 6 kap. 17 a § högskoleförordningen (1993:100), förordningens bilaga 4 samt SOU 2024:9 s. 85–86.

⁹⁸ Sveriges universitets- och högskoleförbund, *Rekommendation om minsta antal timmar klinisk utbildning i sjuksköterskeutbildningen*, dnr SU-850-0025-23.

Tidigare utredningar har analyserat verksamhetsförlagd utbildning

År 2013 tillsatte regeringen utredningen *En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården*. Syftet var bland annat att göra en analys hur hälso- och sjukvården kan använda resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt.⁹⁹

I slutbetänkandet från 2016 framhöll utredningen behovet av en ökad nationell styrning inom utbildningsområdet i takt med att huvudmännen ökat sitt inflytande över vårdutbildningarnas innehåll.¹⁰⁰ Bristen på sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor var enligt utredningen synnerligen negativ för hälso- och sjukvårdens effektivitet och utgör ett nationellt problem som då hade pågått i minst 20 år.¹⁰¹

Utredningen lyfte fram några skäl som den ansåg bidragit till kompetensförsörjningsbristen, såsom utbildningens dimensionering, arbetsmiljö, karriärutvecklingsmöjligheter och löneförhållanden. Utredningen föreslog att i särskild ordning utreda specialistutbildningen för sjuksköterskor, bland annat när det gäller avvägningen mellan praktisk tjänstgöring och teoretisk utbildning.¹⁰²

Förslag om ett VULF-avtal med samma omfattning och ersättningsystem som andra liknande avtal

Utredningens förslag fick gehör och en särskild utredare fick 2017 i uppdrag att se över specialistsjuksköterskeutbildningen. Utredaren fick också i uppdrag att utreda om det fanns behov av formaliserad nationell samordning som kunde stärka kvaliteten i den verksamhetsförlagda utbildningen och hur en sådan samverkan i så fall borde organiseras.¹⁰³

I sitt betänkande 2018 föreslog *Utredningen om specialistjuksköterskeutbildning och vissa andra hälso- och sjukvårdsutbildningar* (SOU 2018:77) att ett nationellt avtal för vårdvetenskaplig utbildning, lärande och forskning (VULF) borde inrättas för specialistjuksköterskor och avancerade kliniska specialistsjuksköterskor en-

⁹⁹ Dir. 2013:104 s. 1.

¹⁰⁰ SOU 2016:2 s. 338–339.

¹⁰¹ SOU 2016:2 s. 341.

¹⁰² SOU 2016:2 s. 341 och 592.

¹⁰³ Dir. 2017:86 s. 1–10.

ligt samma modell som ALF-avtalet för läkarutbildningen (Avtal om läkarutbildning och forskning).¹⁰⁴

ALF-avtalet har under en längre tid reglerat ersättning och ansvar mellan staten och sjukvårdshuvudmännen för verksamhetsförlagd utbildning och klinisk forskning för läkarutbildningen. Två andra liknande avtal är TUA och ULF som reglerar samma sak för tandläkarutbildningen respektive lärarutbildningarna. Dessa tre avtalsmodeller utgör de huvudsakliga varianter som skulle kunna fungera som utgångspunkt för en konstruktion av ett VULF-avtal för sjuksköterskeutbildningen.¹⁰⁵

Ett VULF-avtal skulle tydliggöra att vårdgivare och lärosäten har ett gemensamt ansvar för att säkerställa en utformning och ett genomförande för en tillräcklig mängd platser för verksamhetsförlagd utbildning av hög kvalitet.¹⁰⁶

VULF-avtalet borde också, enligt utredningen vara reglerat på regional nivå. Syftet är att skapa bättre förutsättningar för staten och vårdgivarna, att åstadkomma en ökad kvalitet i den verksamhetsförlagda utbildningen samt möjliggöra en god uppföljning av hur statliga medel för verksamhetsförlagd utbildning används.¹⁰⁷

Ny utredning har analyserat frågan om platser för verksamhetsförlagd utbildning

Några år efter att ovanstående utredning överlämnat sitt betänkande beslutade regeringen 2022 att uppdra till en särskild utredare att i egenskap av nationell samordnare stödja universitet och högskolor, hälso- och sjukvårdsmän och vårdgivare i deras arbete att tillhandahålla ändamålsenliga lärandemiljöer av hög kvalitet i hälso- och sjukvården och samordna arbetet i landet. Syftet var att öka tillgången till platser där studenter i sjuksköterskeutbildningen kan genomföra sin verksamhetsförlagda utbildning så att fler utbildningsplatser kan erbjudas. Utredaren överlämnade sitt betänkande, *Utvecklat samarbete för verksamhetsförlagd utbildning i sjuksköterskeutbildningen* (SOU 2024:9) till regeringen i januari 2024. Utredningen föreslår att

¹⁰⁴ SOU 2018:77 s. 483–508.

¹⁰⁵ SOU 2024:9 s. 214.

¹⁰⁶ SOU 2018:77 s. 485.

¹⁰⁷ SOU 2018:77 s. 483–508.

ett VULF-avtal bör införas som omfattar både grundutbildningen och specialistutbildningen till sjuksköterska.

Mot en mer samlad statlig styrning av verksamhetsförlagd utbildning

Utredningen menar i sitt betänkande att den statliga finansieringen bör samlas i ett avtal för vårdvetenskaplig utbildning, lärande och forskning (VULF), i enlighet med tidigare förslag från SOU 2018:77. Det skulle skapa en mer samlad styrning från riksdag och regering i förhållande till lärosäten och sjukvårdshuvudmän, och därtill en mer långsiktig styrning än nuvarande tidsbegränsade satsningar. Vidare skulle en helhetssyn, ett gemensamt ansvarstagande och en samordning av åtgärder som vänder sig till lärosäten och sjukvårdshuvudmän främjas genom att satsningarna hanteras inom ramen för ett gemensamt avtal. Utredningen bedömer att en mer samlad och långsiktig statlig styrning skapar bättre förutsättningar för att bedriva hälso- och sjukvårdsutbildning av god kvalitet.¹⁰⁸

Vilka utbildningar anser vi bör omfattas av VULF-avtalet?

En viktig anledning till att utredningen SOU 2024:9 inte föreslog att fler hälso- och sjukvårdsutbildningar borde ingå i avtalet var att de inte ville frångå sitt direktiv.¹⁰⁹

Möjligheter till synergieffekter när det gäller utbildningsresurser och utbildningsstrukturer samt att olika studentgrupper i viss mån skulle kunna genomgå verksamhetsförlagd utbildning integrerat talar enligt vår bedömning för att ett avtal bör kunna inkludera fler medellånga vårdutbildningar. Stöd för denna bedömning hittar vi både i våra egna intervjuer med professionsföreträdare för arbetsterapeuter, fysioterapeuter samt i utredningen SOU 2024:9.¹¹⁰

Förslaget från SOU 2024:9 om ett VULF-avtal är konstruerat för att kunna utökas till att omfatta fler hälso- och sjukvårdsutbildningar. VULF-avtalet är således skalbart.¹¹¹ Det innebär att de utbildningar som tillhör de största legitimerade yrkesgrupperna i kommunal hälso-

¹⁰⁸ SOU 2024:9 s. 176.

¹⁰⁹ SOU 2024:9 s. 189.

¹¹⁰ SOU 2024:9 s. 187.

¹¹¹ SOU 2024:9 s. 177.

och sjukvård, förutom sjuksköterskeutbildningen, kan ingå i ett sådant avtal. Det innebär att utbildningarna till arbetsterapeut och fysioterapeut bör omfattas av VULF-avtalet.

Professionsföreträdare ser både fördelar och nackdelar med att ingå i ett VULF-avtal

Professionsföreträdare för arbetsterapeuter och fysioterapeuter har i dialog med oss framfört vilka fördelar respektive nackdelar de ser med att ingå i ett VULF-avtal.

En fördel är att förutsättningarna förbättras för framför allt små kommuner som ligger en bit bort från lärosätena att kunna locka till sig studenter som ska göra sin verksamhetsförlagda utbildning hos dem. Vissa kommuner vill ta emot, men får inga studenter, eftersom dessa i första hand väljer större och geografiskt närmare arbetsgivare i regionen eller större kommuner. Därför är det positivt att VULF-avtalet innebär att studenterna som väljer att resa och bo längre bort från hemorten får ersättning för det. Det är orättvist att läkarstudenter får sådan ersättning genom ALF-avtalet men inte övriga studenter som läser andra hälso- och sjukvårdsutbildningar. Ett VULF-avtal skulle således stärka harmonisering av villkor mellan utbildningarna när det gäller ersättning och skapa bättre förutsättningar för långsiktig planering för inblandade aktörer.

Att ingå i ett VULF-avtal skulle också stärka det geografiskt nära samarbetet mellan hälso- och sjukvården och lärosätena.

Professionsföreträdarna lyfter också risker med att ingå i ett VULF-avtal. Framför allt befarar de att få för lite inflytande i olika beslutande organ eftersom deras yrkesgrupper är relativt små jämfört med sjuksköterskeyrket.

Dessutom bedömer professionsföreträdarna att de redan i dag eventuellt har bättre förutsättningar att matcha tillgång och efterfrågan av verksamhetsförlagd utbildning än sjuksköterskeprogrammen. I dag har samordnarna av verksamhetsförlagd utbildning god uppfattning var möjligheter till ändamålsenlig handledning för studenter finns i regioner och kommuner. Det finns en risk att kunskapen går förlorad och flexibiliteten begränsas vid en förändring.

Skälen för ett nationellt VULF-avtal

Verksamhetsförlagd utbildning regleras i dag genom avtal mellan regioner och kommuner respektive lärosäten. Utredningen SOU 2024:9 menar att avtalsmodellen behöver utvecklas dels strukturellt för att möta utvecklingen inom den högre utbildningen och inom hälso- och sjukvården, dels innehållsligt för att avhjälpa vissa allvarliga hinder för att fler platser för verksamhetsförlagd utbildning och därmed fler utbildningsplatser ska kunna erbjudas.¹¹²

Nuvarande ordning med drygt 130 lokala avtal för sjuksköterskeutbildningarna skapar inlåsningseffekter som försvårar ett effektivt nyttjande av tillgängliga platser för verksamhetsförlagd utbildning.¹¹³ Samma effekt borde de många avtal ha som reglerar verksamhetsförlagd utbildning för arbetsterapeututbildningarna respektive fysioterapeututbildningarna.

I nuläget saknar flera lärosäten avtal om verksamhetsförlagd utbildning med kommuner, trots att kommunerna bedriver en allt större del av hälso- och sjukvården. Potentiellt tillgängliga platser för verksamhetsförlagd utbildning kan i nuläget förbli outnyttjade. Floran av avtal som reglerar verksamhetsförlagd utbildning är alltså ett hinder för att effektivt kunna nyttja platser för verksamhetsförlagd utbildning i landet och det finns ett behov av att skapa större geografiska områden för placering av studenter.¹¹⁴

Ett problem är att vissa verksamheter som har möjlighet att ta emot studenter för verksamhetsförlagd utbildning inte utnyttjas. Det kan bero på att platserna är belägna långt ifrån studieorten eller studentens bostadsort. Både lärosäten och studenter kan av olika skäl välja bort platser för verksamhetsförlagd utbildning. För studenternas del kan resa och boende vara förenat med merkostnader som blir ett hinder.¹¹⁵ VULF-avtalet innebär att studenterna som väljer att resa och bo långt från hemorten får ersättning för det, på samma sätt som i ALF-avtalet.

Det nationella avtalet bör därför i dialog med ALF-aktörer kompletteras med regionala avtal. Vidare bör regeringen uppdraga till lärosäten med medicinska fakulteter att ingå sådana avtal med berörda lärosäten samt hälso- och sjukvårdshuvudmän i geografiska områden

¹¹² SOU 2024:9 s. 168.

¹¹³ SOU 2024:9 s. 176

¹¹⁴ SOU 2024:9 s. 156.

¹¹⁵ SOU 2024:9 s. 157.

som lämpligen utgår från sjukvårdsregionernas och de regionala vårdkompetensrådets indelning.¹¹⁶ Detta skulle lösgöra fler platser för verksamhetsförlagd utbildning i kommunal hälso- och sjukvård och hos privata vårdgivare.

Kommuner och privata vårdgivare har den största potentialen att öka antalet platser för verksamhetsförlagd utbildning

Den största potentialen att öka antalet platser för verksamhetsförlagd utbildning finns i kommunernas hälso- och sjukvård och i den hälso- och sjukvård som utförs av privata vårdgivare.¹¹⁷ Våra intervjuer med professionsföreträdare för arbetsterapeuter och fysioterapeuter samt med företrädare för utredningen SOU 2024:9 visar att detta gäller för samtliga hälso- och sjukvårdsutbildningar, inte bara sjuksköterskeutbildningen.

Det är därför en viktig strukturell förändring av nuvarande avtalsmodell att kommuner och privata vårdgivare involveras på ett tydligare sätt. Det bör ske dels genom att kommuner och privata vårdgivare genom sina intresseorganisationer företräds som avtalsparter och medlemmar i samverkansgrupp på nationell nivå, dels genom att kommuner ingår som avtalsparter på regional nivå och är representerade i styr- och samordningsgrupper.¹¹⁸

Enligt förslaget bör staten finansiera de utbildningsstödjande strukturerna, såsom organisation och personella resurser, inom hälso- och sjukvården som behöver stärkas för att skapa bättre förutsättningar för kommuner och privata vårdgivare att medverka i högre utbildning.¹¹⁹

Skillnad mellan hur många överenskommelser kommunerna har med de olika utbildningarna

84 procent av kommunerna har i dag platser för verksamhetsförlagd utbildning för sjuksköterskor på grundnivå. För arbetsterapeuter är andelen 51 procent och för fysioterapeuter 47 procent. Den låga andelen är en naturlig konsekvens av att programmen är mindre och

¹¹⁶ SOU 2024:9 s. 167.

¹¹⁷ SOU 2024:9 s. 170.

¹¹⁸ SOU 2024:9 s. 171.

¹¹⁹ SOU 2024:9 s. 174.

har färre disputerade lärare. Det är inte möjligt att ha verksamhetsförlagd utbildning i verksamheter som inte har anställda arbetsterapeuter och fysioterapeuter med pedagogisk utbildning. Storleken på programmen påverkar också möjligheterna till verksamhetsförlagd utbildning. Endast fem kommuner, eller knappt två procent har platser för verksamhetsförlagd utbildning för dietistprogram på grundnivå (tabell 7.1).¹²⁰

Tabell 7.1 Antal kommuner som har avtal om platser för verksamhetsförlagd utbildning för sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter (2023)

Program	Ja	Nej	Ingen information
Sjuksköterskeprogram	255 (84%)	36 (12%)	11
Arbetsterapeutprogram	154 (51%)	137 (45%)	11
Fysioterapeutprogram	143 (47%)	148 (49%)	11

Källa: Statistik från Socialstyrelsens Öppna jämförelser 2023. Notera att statistik från Stockholm är uppdelad i 13 stadsdelsområden.

Förbättrade möjligheter till forskning för personal i hälso- och sjukvård

En viktig anledning till att upprätta ett VULF-avtal är att möjligheterna till forskning för de legitimerade yrkena skulle förbättras. Vid utformning av satsningen på forskning som ingår i VULF-avtalet föreslår utredningen SOU 2024:9 en satsning på statlig finansiering av forskningsstid för forskarstudier och postdoktoral meritering för sjuksköterskor. Därigenom kan antalet yrkesutövare med doktorsexamen och postdoktoral meritering öka och de kan därefter konkurrera om forskningsmedel i exempelvis ALF-systemet. Det skulle avhjälpa bristen på handledare och lärare med rätt kompetens, vilket utgör två centrala hinder för att öka antalet platser för verksamhetsförlagd utbildning liksom antalet utbildningsplatser.¹²¹ Ökad forskningsaktivitet inom den kommunala hälso- och sjukvården har potential att generellt öka statusen för kommunal hälso- och sjukvård. Ökad status är viktigt för att underlätta rekryteringsmöjligheter och samverkan mellan kommunal och regional hälso- och sjukvård.

¹²⁰ Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser 2023*. (hämtad 2024-08-27).

¹²¹ SOU 2024:9 s. 361 ff.

Det skulle också öka tillgången till handledare i hälso- och sjukvården och universitetslärare med aktuell vetenskaplig och klinisk kompetens, stärka utbildningarnas forskningsanknytning samt kvalitén i hälso- och sjukvården. Fler möjligheter till forskarutbildning och forskarmeritering kan också öka utbildningarnas attraktionskraft genom fler och förbättrade karriärvägar.¹²²

Effektivare resursanvändning genom regionala avtal i stället för lokala avtal

I dag regleras platser för verksamhetsförlagd utbildning i sammanlagt över hundra olika lokala avtal när det gäller hälso- och sjukvårdsutbildningar. Avtalen ingås ofta mellan ett lärosäte och en region eller mellan ett lärosäte och en kommun. I och med att fler studenter numera väljer att läsa sin utbildning på ett lärosäte i en del av landet men önskar genomföra den verksamhetsförlagda utbildningen i en annan del av landet, hanteras en allt större del av den verksamhetsförlagda utbildningen utanför lärosätenas ordinarie system och processer. Den ökade studentmobiliteten innebär svårigheter för lärosätena att säkerställa att platserna för verksamhetsförlagd utbildning uppfyller ställda kvalitetskrav vad gäller till exempel handledarkompetens och lärandemiljö.¹²³

Regionala avtal skulle möjliggöra en mer effektiv användning av befintliga platser för verksamhetsförlagd utbildning genom att stödja en bättre matchning av utbud och efterfrågan.

Men det finns behov av att skjuta till statliga medel för att kompensera för merkostnader för studenternas resor och boende när den verksamhetsförlagda utbildningen inte utförs på eller i närheten av den ordinarie studieorten. Kostnaderna innebär ett hinder för studenter att genomföra verksamhetsförlagd utbildning, vilket ytterst kan minska genomströmningen och i förlängningen antalet examinerade studenter.¹²⁴

¹²² SOU 2024:9 s. 175.

¹²³ SOU 2024:9 s. 169–175.

¹²⁴ SOU 2024:9 s. 175.

VULF-avtalets struktur och organisation som det beskrivs i SOU 2024:9

Förslaget om VULF-avtalets struktur, organisation, omfattning och innehåll är detaljerat beskrivet i kapitel 6 i utredningen SOU 2024:9.¹²⁵ Här följer en sammanfattning.

Avtalspartnerna är både nationella och regionala

Avtalspartnerna består av både nationella och regionala aktörer. Det centrala VULF-avtalet föreslås tecknas mellan staten, som företräder flertalet lärosäten, SKR som företräder hälso- och sjukvårdshuvudmännen samt Vårdföretagarna, som företräder många av de privata vårdgivarna.

De regionala VULF-avtalen bör enligt förslaget tecknas mellan berörda lärosäten samt hälso- och sjukvårdshuvudmän i det regionala avtalets geografiska område. Det bör vara frivilligt för lärosäten, regioner och kommuner att ansluta sig till VULF-avtalet.

Styrning av VULF-avtalet sker genom samverkan

Enligt förslaget ska det inrättas en nationell samverkansgrupp för VULF-avtalet på central nivå. Den nationella samverkansgruppen utser exempelvis de regionala nodernas styrelser på förslag av de aktörer som ingår i respektive nod, anger övergripande prioriteringar för samarbetet, följer och utvärderar avtalets tillämpning och vid behov ska gruppen föreslå ändringar, främja samverkan mellan noderna och på olika sätt bistå de regionala noderna administrativt exempelvis genom att tillhandahålla förslag på regionala VULF-avtal. Ett nationellt kansli ska inrättas vid en statlig myndighet som en samordnande punkt.

Regional styrning genom noder

På regional nivå ska VULF-avtalet organiseras genom noder. De sju lärosätena med medicinska fakulteter föreslås fungera som centra för

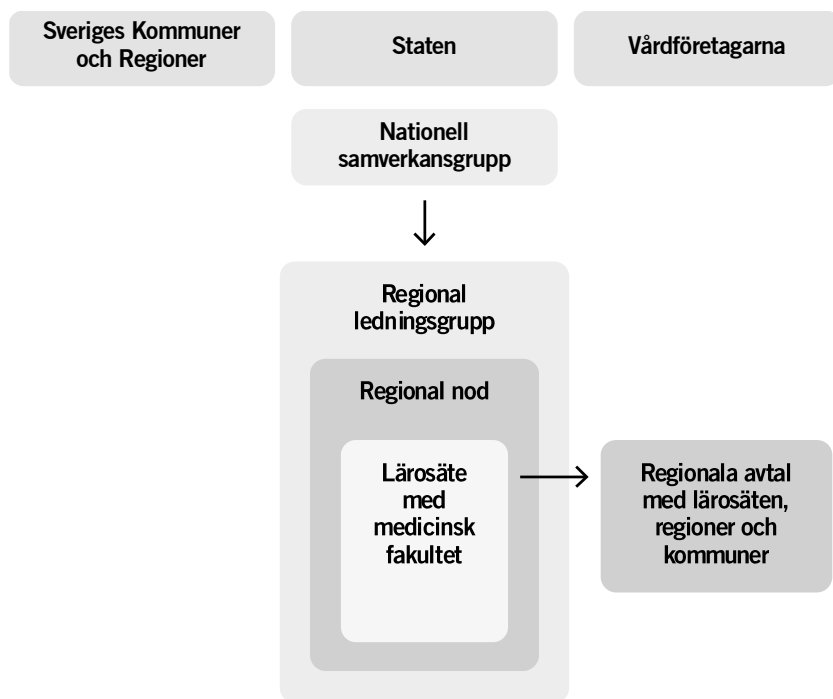
¹²⁵ SOU 2024:9 s. 180–185.

noderna. Fakulteterna har ett brett utbildningsutbud och där bedrivs omfattande forskning, vilket främjar samordning och effektivare användning av den samlade nationella utbildnings- och forskarmeriteringsresursen. De medicinska fakulteterna har redan en organisatorisk infrastruktur som är anpassad till ALF- och TUA-avtalen som möjliggör samordning av insatser också i förhållande till ett VULF-avtal. Dessa lärosäten utgörs av Göteborgs universitet, Karolinska institutet, Linköpings universitet, Lunds universitet, Umeå universitet, Uppsala universitet samt Örebro universitet. I de regionala noderna ingår även samtliga övriga lärosäten, regioner och kommuner som lämpligen kan hänföras till nodens område och som önskar ansluta sig till det regionala VULF-avtalet.

På regional nivå ska noderna främja samarbete och samverkan med aktörer som kan erbjuda platser, liksom främja forskarmeritering i omvårdnad.

Varje regional nod leds operativt av en regional ledningsgrupp. Den regionala ledningsgruppen utses av den nationella samverkansgruppen på förslag från aktörerna i en viss regional nod. Den regionala ledningsgruppen ska bestå av en jämlik representation fördelat på lärosäten, regioner och kommuner.

Figur 7.1 Översiktsbild av VULF-avtalets organisation och struktur



Källa: Illustration ur SOU 2024:9 s. 184.

7.2.7 Stimulera utvecklingen av en akademiskt präglad kommunal hälso- och sjukvård

Utredningens bedömning: Akademiska miljöer som etableras gemensamt av kommuner, regioner och lärosäten har betydelse för kunskapsutveckling och attraktivitet inom den kommunala hälso- och sjukvården. Åtgärder för att stärka området bör hanteras inom regeringens myndighetsstruktur för forskning och innovation.

Skälen för utredningens bedömning

Ny kunskap inom hälso- och sjukvårdsområdet utvecklas kontinuerligt vilket gör det angeläget att dess legitimerade yrkesutövare håller sig uppdaterade om de senaste rönen inom respektive verksamhet.

Kunskapsutveckling och forskning bör därför bli en naturlig del för de legitimerade yrkesutövarna även i den kommunala hälso- och sjukvården, på samma sätt som den i dag är inom andra delar av hälso- och sjukvården. Forskningsmiljöer i kommunal hälso- och sjukvård skulle inte bara kunna utveckla och förbättra kvaliteten i vården utan även skapa utvecklingsmöjligheter för professionerna. Det skulle i sig göra det mer attraktivt att arbeta i verksamheterna för både framtida kommunalt verksamma läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

I utredningen *Effektiv vård* (SOU 2016:2) framhölls att en växande del av hälso- och sjukvården utförs i kommunerna. Det är därför angeläget att även denna del av vården ingår i ett akademiskt sjukvårdssystem. Samtidigt är det en utmaning eftersom forskningstraditionen är mycket svagare utvecklad i kommunal hälso- och sjukvård jämfört med regional hälso- och sjukvård.¹²⁶ Utredningen föreslog en försöksverksamhet med *akademisk hemsjukvård* som skulle kunna knytas till framgångsrika exempel på samverkan mellan kommun och region. Men att bygga upp akademiskt präglad verksamhet i kommunerna kommer att kräva starkt stöd från universitetssjukvården. Det är enligt utredningen viktigt att påpeka att ansvariga aktörer först måste försäkra sig om att det finns handledarkompetens och annat stöd i kommunerna. Det handlar om att ge kommunerna förutsättningar att genomföra försöksverksamhet med *akademisk hemsjukvård* och *akademiska särskilda boenden*.¹²⁷

I våra intervjuer med företrädare för kommunal hälso- och sjukvård och professioner framkommer ett intresse av att öka möjligheterna till kompetensutveckling och bidra till en ökad akademisering av den kommunala verksamheten. Vi menar därför att statens myndighetsstruktur för forskning och innovation bör stimulera parternas strävan i etablering av akademiska miljöer.

Bakgrund - forskning och utveckling har en central roll i hälso- och sjukvårdssystemet

Sverige är för sin utveckling beroende av ett samhälle som motiverar till innovation och utveckling. Forskning och utbildning har därför även en central roll i ett effektivt sjukvårdssystem där den kommu-

¹²⁶ SOU 2016:2 s. 599.

¹²⁷ SOU 2016:2 s. 599 och s. 350.

nala hälso- och sjukvården ingår. Detta är även av betydelse för att göra området attraktivt för medarbetare. Utredningen SOU 2016:2 menar att det i sammanhanget är viktigt att utgå från begreppet akademiskt sjukvårdssystem. Det betyder att hela det svenska vårdsystemet bör ingå i det akademiska systemet, det vill säga såväl slutenvård som öppenvård, såväl sjukhusvård som regional primärvård men också den kommunala hälso- och sjukvården.¹²⁸

Utredningen SOU 2016:2 poängterar att ett akademiskt systemtänkande inte betyder att all sjukvårdspersonal ska bedriva forskning. Men i diskussionerna kring bredd respektive elitsatsningar glöms, i strävan på excellens, betydelsen av bredd för en akademisk miljö lätt bort. Det borde inte finnas någon motsättning mellan bredd respektive excellens. Excellens förutsätter bredd om inte annat för att excellenta innovationer ska kunna implementeras.¹²⁹

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska kommunerna medverka med finansiering av forskning

Utredningen SOU 2016:2 framhåller att den nuvarande lagstiftningen inte tillräckligt framhäver den viktiga kopplingen mellan *forskning* respektive *utveckling*. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) är regioner och kommuner skyldiga att medverka så att det kan drivas både ett kliniskt och ett folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Regioner och kommuner är ålagda att samverka med varandra och med berörda universitet och högskolor.¹³⁰ Vidare har regioner och kommuner en skyldighet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i hälso- och sjukvården.¹³¹ Kopplingen mellan de två uppgifterna är uppenbar. Följaktligen borde en akademisering kunna medföra en starkare utveckling inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Mot en mer akademisk kommunal hälso- och sjukvård

Primärvårdens ställning har stärkts under senare tid när det gäller utvecklingen mot en mer akademisk hälso- och sjukvård. Det är framför allt inrättandet av så kallade akademiska vårdcentraler som drivit

¹²⁸ SOU 2016:2 s. 346.

¹²⁹ SOU 2016:2 s. 346.

¹³⁰ 18 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

¹³¹ 5 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

processen framåt. Akademiska vårdcentraler sammanför verksamhetsförlagd utbildning, med fortbildning, patientnära forskning och utveckling för att möta omställningen mot en god och nära vård. Akademiska vårdcentraler vänder sig till alla personalkategorier i primärvården.¹³²

Som vi konstaterar ovan blir den kommunala hälso- och sjukvården en allt viktigare del av hela hälso- och sjukvårdssystemet, särskilt mot bakgrund av förflyttningen mot en nära vård. Vi menar därför att bedömningen i SOU 2016:2 att denna del av hälso- och sjukvården bör ingå i ett akademiskt sjukvårdssystem fortsatt är relevant. En utmaning är att forskningstraditionen generellt är svagare utvecklad i den kommunala verksamheten jämfört med den regionala motsvarigheten.

En akademiskt präglad kommunal hälso- och sjukvård är en viktig förutsättning för att kunna täcka det ökande utbildningsbehovet inom sektorn. Såväl läkar- sjuksköterske- och paramedicinska utbildningar, såsom arbetsterapeut- och fysioterapeututbildningar, behöver större utbildningsutrymme inom kommunal hälso- och sjukvård. I dessa grundutbildningsprogram är den kommunala hälso- och sjukvården sparsamt representerad. Att bygga upp en akademiskt präglad kommunal hälso- och sjukvård kommer att kräva stöd från universitetssjukvården. För att detta ska lyckas är det viktigt att säkerställa att det finns handledarkompetens och andra stödfunktioner.¹³³

Exempel på akademiska forskningsmiljöer i kommuner

Ett exempel på en akademisk forskningsmiljö inom hälso- och sjukvård och som involverar kommuner är *FOU nu*. Det är en Forsknings- och utvecklingsverksamhet (FoU) i samverkan mellan Region Stockholm och åtta kommuner: Ekerö, Järfälla, Sigtuna, Sollentuna, Solna stad, Sundbyberg, Upplands-Bro och Upplands Väsby. Huvudman är Stockholms läns sjukvårdsområde. Målsättning med *FOU nu* är att stärka förutsättningarna för ökad kvalitet och effektivitet inom

¹³² Region Värmland, <https://www.regionvarmland.se/regionvarmland/jobb-utbildning--forskning/klinisk-utbildning-och-praktik/akademiska-varldcentraler> (hämtad 2024-08-27) och Region Skåne, <https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/sakkunnigrupper/avc/> (hämtad 2024-08-27).

¹³³ SOU 2016:2 s. 350.

vård och omsorg av äldre personer och inom LSS-området för vuxna med funktionsnedsättning.¹³⁴

Största delen av FoU-arbetena har involverat både region och kommun i samverkan, samtidigt som vissa arbeten har en tydligare regional eller kommunal profil. Huvuddelen av arbetena har haft en bredd som riktat sig mot båda områdena äldre och funktionshinder. En ägare eller verksamhet väljer vilka samarbeten de vill medverka i samt hur aktivt de vill medverka. Ibland kan en ägare eller kommun utgöra pilotverksamhet för att skapa lärande och erfarenhet innan spridning och implementering sker hos andra. Medverkan sker i olika grad och kan variera över tid, utifrån behov, förutsättning och intresse.¹³⁵

Verksamhetens intäkter består av bidrag som inkluderar exempelvis basanslag från ägarna, statliga stimulansmedel via Storstockholm och från överenskommelsen God och nära vård, externa forskningsanslag, samt intäkter i samband med samlokalisering med FoU Nordväst.¹³⁶

Ett annat exempel är samarbetet mellan Region Örebro län, Örebro universitet och länets kommuner för att med stöd av forskning bidra till verksamhetsutveckling inom den kommunala äldreomsorgen. Inom ramen för detta pågår samarbetet som kallas Samverkansforum äldre som omfattar två akademiska vård- och omsorgsboenden – ett i Kumla, Akvarellen, och ett i Örebro, Trädgårdarna.¹³⁷

Ett ytterligare exempel är forskningsprojekt som bedrivs i Äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen i Göteborgs stad. Ett av de forskningsprojekt som bedrivs sker på Silvergruvans vård- och omsorgsboende i Backa, som är Göteborgs Stads första akademiska vård- och omsorgsboende. Där arbetar forskare tillsammans med hyresgäster, närstående och personal för att ta fram en modell för ett personcentrerat kontaktpersonskap.¹³⁸

De redovisade exemplen på etablerade akademiska forskningsmiljöer i kommuner visar, vilket även våra intervjuer med kommunala företrädare gjorde, att det finns ett intresse att öka akademiseringen av den kommunala hälso- och sjukvården. Vi lämnar inget

¹³⁴ FOU nu, *Verksamhetsberättelse 2023 för FOU nu*, s. 5.

¹³⁵ FOU nu, *Verksamhetsberättelse 2023 för FOU nu*, s. 5.

¹³⁶ FOU nu, *Verksamhetsberättelse 2023 för FOU nu*, s. 18.

¹³⁷ Region Örebro län, <https://via.tt.se/pressmeddelande/3357749/unikt-samarbete-utvecklar-forskning-inom-den-kommunala-aldreomsorgen?publisherId=3235654>, (hämtad 2024-09-11).

¹³⁸ Göteborgsregionen, <https://goteborgsregionen.se/kunskapsbank/naravardgoteborgsstadintegrerarforskningivardochomsorg.5.133ad058187230f715a5fbc.html>, (hämtad 2024-09-11).

förslag på området, men vi anser att statens myndighetsstruktur för forskning och innovation bör ta vara på engagemanget genom att stödja och stimulera parternas strävan i etablering av akademiska miljöer.

8 Konsekvensutredning

I detta kapitel redogör vi för de konsekvenser som följer av våra förslag som vi lämnar i denna utredning. Redovisningen presenteras i två avsnitt:

- Stärkt läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård och en ordning med kommunala läkare.
- Stärkt kompetensförsörjning i kommunal hälso- och sjukvård

8.1 Konsekvenser av förslagen om stärkt läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård och en ordning med kommunala läkare

I detta avsnitt redovisar vi vår analys över de konsekvenser som följer av förslagen i kapitel 4 och 5.

8.1.1 Särskilt om konsekvenser relaterade till genomförande av redan lämnade förslag från annan utredning

Läkarmedverkan och frågan om hur den bäst bör organiseras är en fråga som återkommande varit föremål för utredningar. Det har i relativ närtid lämnats flera utredningsförslag på hur den kommunala hälso- och sjukvården kan stärkas. I vår utredning har vi identifierat ett antal redan lämnade utredningsförslag som vi menar bör prioriteras för genomförande. De aktuella förslagen är följande:

- Inför ett lagkrav på att regionerna ska erbjuda medicinsk bedömning av läkare dygnet runt.
- Inför ett lagkrav på att kommunerna ska erbjuda medicinsk bedömning av sjuksköterska dygnet runt.

- Inför ett lagkrav på en ledningsansvarig för kommunal hälso- och sjukvård i alla kommuner.
- Inför ett lagkrav på en ledningsansvarig för regionens hälso- och sjukvårdsinsatser i kommunerna.

Samtliga dessa förslag kommer ursprungligen från Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner (SOU 2022:41). Den utredningen överlämnades sommaren 2022 och utredningens förslag om stärkt primärvård i kommuner är vid tidpunkten för vår utredning fortsatt under beredning i Regeringskansliet.

Vi bedömer att det inte är ändamålsenligt att utforma egna förslag med motsvarande eller likartad innebörd som de redan lämnade förslagen i SOU 2022:41. I linje med detta är vår utrednings bedömning i stället att hänvisa till att de redan lämnade förslagen bör genomföras. I konsekvens med detta hänvisar vi även till den konsekvensutredning som redan har genomförts i den tidigare utredningen.¹

8.1.2 Allmänt om konsekvenser av de sedan tidigare lämnade förslagen

Enligt vårt direktiv ska vi lämna förslag som stärker kommunernas möjligheter att säkra tillgången till läkare i kommunal hälso- och sjukvård. Vår bedömning är att de nu lämnade förslagen har god potential att bidra till en stärkt tillgång till läkare. Det generella syftet med förslagen är att både region och kommun bättre ska förstå vad ansvaret för läkarmedverkan innebär och därigenom prioritera ett proaktivt arbetssätt i den kommunala hälso- och sjukvården. En fortsatt utmaning är att detta måste genomföras relativt den generella bristen på läkare som utgör ett praktiskt hinder för mer omfattande satsningar på stärkt läkartillgång. Det kommer fortsatt att krävas arbete för att långsiktigt kunna uppnå Socialstyrelsens mål om 1 100 invånare per specialistläkare i primärvården. Detta är ett arbete som måste prioriteras.

¹ Se SOU 2022:41 s. 557 f.

8.1.3 Särskilt om vår syn på hur förslagen om krav på tillgång till medicinsk bedömning dygnet runt påverkar finansieringsprincipen

Även om vi hänvisar till den redan genomförda konsekvensutredningen i SOU 2022:41 ser vi ändå anledning att kommentera hur förslagen om krav på tillgång till medicinsk bedömning dygnet runt påverkar finansieringsprincipen.

I SOU 2022:41 bedömer den utredningen att tillgång till medicinsk bedömning av såväl sjuksköterska som läkare dygnet runt i grunden är åtaganden som redan i dag är gällande enligt befintliga regler i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Utredningen framhåller därmed att förslagen endast förtydligar vad som redan förväntas av kommuner och regioner. I konsekvens med denna bedömning anser utredningen att det inte är fråga om några nya åtaganden för vare sig kommun eller region.² Därmed aktualiseras inte heller finansieringsprincipen. Men denna bedömning har ifrågasatts, bland annat av finansdepartementets sakkunniga i utredningen SOU 2022:41 och i de efterföljande remissvaren.³

Vi har förståelse för de invändningar som framförts om att tillgång till medicinsk bedömning dygnet runt kan anses utgöra ett nytt åtagande för kommuner och regioner. Det kan visserligen anföras att ett behov av förtydligande regler i sig skulle kunna vara ett tecken på att det är fråga om nya åtaganden. Samtidigt har vi viktiga invändningar mot detta synsätt.

Om region och kommun i grunden har en uppgift som åligger dem, men sedan inte sköter denna uppgift eller låter uppgiftens utförande negligeras över tid, kan detta enligt vår åsikt inte vara ett argument för att varje förtydligande från statens sida om hur uppgiften ska utföras skulle utgöra ett nytt åtagande för kommun och region. Ett annat synsätt skulle innebära att kommuner och regioner i princip skulle kunna välja hur och vilka uppgifter de vill eller kan utföra och sedan åberopa finansieringsprincipen när ett förtydligande från statens sida blir aktuellt.

I ett gemensamt stödmaterial som upprättats av Finansdepartementet i samråd med SKR, och som regeringen ställt sig bakom, framgår att finansieringsprincipen ska tillämpas om *frivilliga* uppgifter

² SOU 2022:41 s. 572–573 och 578–579.

³ Se SOU 2022:41 s. 661–662 samt exempelvis remissvar från SKR dnr 22/00964.

blir obligatoriska för kommunerna.⁴ Vi menar att det inte går att säga att nuvarande regler om kommuner och regioners ansvar för hälso- och sjukvård skulle innebära att tillgången till medicinsk bedömning dygnet runt skulle vara en *frivillig* uppgift.

Region och kommun är i grunden ålagda uppgiften att tillhandahålla hälso- och sjukvård. Det ligger i sakens natur att det erbjudandet behöver finnas tillgängligt dygnet runt och komma till del även för patienterna i kommunal hälso- och sjukvård. I regionens och kommunens ansvar för hälso- och sjukvård ligger också att verksamheten löpande behöver utvecklas över tid för att motsvara samtidens befogade förväntningar på vad hälso- och sjukvård i grunden ska innebära.

Det kan föras en diskussion avseende hur eventuella förtydliganden från statens sida bäst och mest lämpligt bör utformas. Vid sidan om formella lagändringar kan styrning ske genom exempelvis förordningar, vägledning, överenskommelser eller riktade statsbidrag. På hälso- och sjukvårdens område har det observerats att överenskommelser och andra samverkansmetoder är vanligt förekommande.⁵ Lämpligheten i att styra genom överenskommelser, nationella strategidokument eller nationella samordnare har på senare tid ifrågasatts. Det har uttalats att denna form av styrning bör undvikas.⁶ Vi menar att detta är något som bör beaktas när man överväger vilken typ av insatser som lämpligen bör komma på fråga när staten vill förtydliga ett i grunden befintligt uppdrag.

Sammantaget framstår förslagen från SOU 2022:41 om förtydligade lagkrav på tillgång till medicinsk bedömning dygnet runt som ändamålsenliga. Vi anser att dessa förtydliganden av innebörden i det grunduppdrag som regionerna och kommunerna redan i dag har för hälso- och sjukvård inte utgör något nytt åtagande som aktualiserar finansieringsprincipen.

⁴ Informationsmaterial från Finansdepartementet och SKR, *Den kommunala finansieringsprincipen*, 2007-04-16 samt prop. 2006/07:100 s. 221–222.

⁵ SOU 2024:43 s. 413–414.

⁶ SOU 2024:43 kap. 11–14.

8.1.4 Konsekvenser av förslaget om bemyndigande att meddela föreskrifter om läkarmedverkan

I utredningen föreslår vi att det ska bli möjligt att meddela föreskrifter om läkarmedverkan. Vi föreslår även att ansvaret att utfärda dessa föreskrifter ska ligga på Socialstyrelsen.

Sammanfattande konsekvensbedömning

Det är vår uppfattning att stärkt styrning av de övergripande avtalen om läkarmedverkan mellan kommun och region ger båda dessa parter förbättrade förutsättningar för samarbete. Styrningen ger de relativt sett mindre kommunerna en stärkt ställning i förhållande till regionerna när avtalen ska förhandlas. Regionerna vinner i sin tur på att en större enhetlighet kan uppnås i samarbetet med kommunerna.

Ett centralt syfte med förslaget är att båda parter bättre ska förstå vad ansvaret för läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård innebär. En förväntad effekt är därmed att båda parter ska ta ett större ansvar för den gemensamma vården och prioritera ett proaktivt och teamövergripande arbetssätt.

I situationer där regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare kommer den stärkta styrningen att göra det lättare för kommunerna att anlita läkare på regionens bekostnad. Det innebär att trösklarna för att anlita en läkare på regionens bekostnad kommer att sänkas.

Patientperspektivet

Vi bedömer att förslagets kanske allra viktigaste konsekvens är generellt förbättrade förutsättningar för läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård. Detta menar vi är avgörande för att de enskilda patienterna ska få den vård som de behöver och har rätt till. Genom att avtalen blir mer enhetliga och genom att goda arbetsmetoder sprids får patienterna tillgång till en bättre och mer likvärdig vård i landets alla kommuner. Genom förtydligade avtal blir det också klarare för parterna vad som ska gälla och inträffa om eller när det förekommer brister i läkarmedverkan. Vår bedömning är att kommunerna genom stärkta avtal kommer ha bättre och klarare förutsättningar för att anlita

egna läkare på regionens bekostnad när detta behövs. Att kommunerna börjar anlita egna läkare när regionerna brister i läkarmedverkan menar vi är något som omedelbart kommer de enskilda patienterna till del.

Det kommunala självstyret

Att införa föreskrifter om avtalen mellan region och kommun innebär ett intrång i den kommunala självstyrelsen eftersom både region och kommun kommer behöva förhålla sig till innehållet i föreskrifterna. Men intrånget är enligt vår uppfattning nödvändigt för att komma åt de problem som i dag präglar läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården och de brister som finns i de befintliga avtalen mellan region och kommun. När det gäller kommunerna är syftet med den ökade styrningen snarast att vara ett stöd och kompensera för den skillnad i styrkeförhållande som finns mellan de organisatoriskt större regionerna och de enskilda 290 kommunerna.

I tidigare utredningar har det förekommit mer ingripande förslag där förtydliganden av innebörden av läkarmedverkan föreslagits ske genom direkt reglering i lag. Vi konstaterar att det var först 2007 som det överhuvudtaget infördes ett lagkrav på att det ska finnas ett formellt avtal mellan region och kommun. Att i första hand försöka förbättra dessa avtal framstår enligt vår bedömning som den mest ändamålsenliga lösningen och bör i detta skede prioriteras före nya lagregler. Det innebär ändå att syftet med förslaget inte kan uppnås på något annat mindre ingripande sätt än det som vi nu föreslår. I förlängningen menar vi att stärkt styrning av avtalen kommer leda till att den kommunala hälso- och sjukvården kan erbjuda en lika god, säker och nära vård som den vård som erbjuds i den övriga hälso- och sjukvården. Sammantaget anser vi att förslaget är proportionerligt.

Ekonomiska konsekvenser för kommuner och regioner

Vi bedömer att en förstärkt styrning av avtalen mellan region och kommun inte innebär några nya åtaganden eller kostnader varken för region eller kommun. Tvärt om är syftet med den ökade styrningen snarast att förenkla avtalsarbetet mellan de båda parterna. Vi förutser inte att de kommande föreskrifterna skulle ha ett sådant innehåll att

finansieringsprincipen skulle aktualiseras endast på grund av föreskrifternas innehåll i sig.

Att ingå, och därefter följa upp och underhålla, avtalen mellan region och kommun är redan i dag en uppgift som ankommer på de båda parterna. Att kommuner och regioner med anledning av kommande nya föreskrifter behöver uppdatera, eller i förekommande fall ingå nya, avtal mellan varandra anser vi därmed inte heller är något som aktualiserar finansieringsprincipen.

Konsekvenser för Socialstyrelsen

Vi föreslår att regeringen ska delegera rätten att upprätta föreskrifter om läkarmedverkan till Socialstyrelsen. För Socialstyrelsen kommer detta medföra ett nytt uppdrag som myndigheten inte tidigare har haft. Myndigheten får därmed kostnader dels för att upprätta föreskrifterna, dels för att därefter löpande underhålla dem. Utredningen har tillfrågat Socialstyrelsen som uppger att myndigheten schablonberäknar framtagandet av en ny föreskrift till cirka 3,5 miljoner kronor. För detta behöver Socialstyrelsen ersättas. Vi föreslår att regeringen avsätter medel från utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg och anslag 1:6 i statens budget.

Övriga konsekvenser

Vi bedömer att förslaget inte får konsekvenser för de integrationspolitiska målen, miljön, brottsligheten eller det brottsförebyggande arbetet. Vi menar att förslagen indirekt kan ha vissa positiva effekter på jämställdheten, sysselsättningen och den offentliga servicen. Förslagen är förenliga med EU-rätten och andra internationella åtaganden som Sverige har.

Nollalternativ

Om något bemyndigande att meddela föreskrifter inte kommer på plats bedömer vi att flera av de grundläggande problemen med bristande samordning mellan region och kommun riskerar att kvarstå. Erfarenheterna från coronapandemin visar att det i första hand är

patienterna som kommer i kläm när region och kommun inte har ett fungerande samarbete kring läkarmedverkan. Vi bedömer att förslaget om nya forskrifter om läkarmedverkan innebär ett förhållandevis begränsat ingripande som ändå har stor potential till förbättringar för patienterna. Det skulle inte gagna patienterna om åtgärden inte genomförs.

8.1.5 Konsekvenser av förslaget om en ordning där kommunerna kan anställa läkare

I detta avsnitt redovisar vi vår analys över de konsekvenser som följer av förslaget i kapitel 5 om en ordning där kommunerna får lov att på frivillig grund anställa egna läkare.

Sammanfattande konsekvensbedömning

Att kommunerna ges en frivillig möjlighet att anställa läkare stärker den kommunala självstyrelsen och ger kommunerna en utvidgad bestämmanderätt över den egna verksamheten. Denna tillkommande frihet är av betydelse för kommunernas möjligheter att agera självständigt i tider av extraordinära händelser eller vid förhöjd beredskap. Förslaget har även förutsättningar för att stärka den kommunala hälso- och sjukvården för de enskilda patienterna. Förslaget innebär att kommunerna ges en möjlighet till ett visst självbestämmande över läkarinsatserna i den kommunala hälso- och sjukvården, en möjlighet som kommunerna inte haft tidigare. I teknisk mening innebär förslaget även ett likställande av olika utförare i kommunal hälso- och sjukvård eftersom dagens förbud mot att anställa läkare endast tar sikte på kommunerna. Ett motsvarande förbud föreligger inte för enskilda utförare, oaktat att dessa av ekonomiska skäl sällan eller aldrig anställer läkare på egen bekostnad.

Patientperspektivet

Att kommunerna ges en rätt, men ingen skyldighet, att anställa läkare bedömer vi medför möjliga positiva effekter för patienterna i de kommuner som väljer att utnyttja möjligheten att anställa läkare. I dessa

kommuner blir det möjligt för den anställda eller anlitate läkaren att vara med och stärka den kommunala hälso- och sjukvården i stort.

För kommuner som inte utnyttjar möjligheten medför den tillkommande friheten inte någon skillnad mot i dag ur ett patientperspektiv. Eftersom regionen även fortsättningsvis har det grundläggande ansvaret för att erbjuda vård av läkare är patienterna garanterade en god vård även i dessa kommuner.

Rätten att anställa läkare är frivillig. Om en kommun väljer att använda denna frivilliga rätt kan det föras en diskussion om likvärdighet mellan patienter i kommuner som väljer att anställa läkare och patienter i kommuner som inte utnyttjar denna möjlighet. Vi anser att avgörande ur ett patientperspektiv är att en frivillig rätt att anställa läkare för en kommun under alla omständigheter inte medför någon negativ konsekvens för patienter i kommuner som inte utnyttjar den frivilliga möjligheten.

Det kommunala självstyret

Vi anser att förslaget stärker det kommunala självstyret eftersom kommunerna ges en möjlighet och en frihet som de i dag inte har. Genom förslaget får kommunerna en möjlighet att ta egna initiativ för att stärka den kommunala hälso- och sjukvården även avseende läkarinsatser, något som hittills inte varit möjligt. Vi bedömer att möjligheten att kunna ta initiativ till en stärkt läkarvård också kan vara av betydelse för den lokala demokratin. Det blir genom förslaget möjligt att på en lokal demokratisk arena föra en debatt om hur kommunens hälso- och sjukvård kan stärkas även avseende läkarvård genom initiativ och beslut som kommunen själv har rådighet över.

En annan konsekvens av förslaget är att kommunerna ges en utökad flexibilitet att agera självständigt, särskilt i tider av extraordinära händelser eller vid förhöjd beredskap. Erfarenheterna från coronapandemin visar att dagens förbud mot att anställa läkare i praktiken hindrar kommunerna från att ta egna initiativ och agera proaktivt när behoven inom den kommunala hälso- och sjukvården snabbt förändras. Att tillåta kommunerna att anställa läkare är således en frihetsreform som garanterar flexibilitet för kommunerna.

Eftersom det är fråga om en frivillig möjlighet att anställa läkare har framför allt större kommuner bättre förutsättningar att utnyttja

möjligheten eftersom de i många fall har mer samlade resurser än mindre kommuner. För mindre kommuner finns möjligheten till samarbete mellan flera kommuner för att på den vägen kunna utnyttja möjligheten att själva anställa läkare.

Förslaget innebär ingen inskränkning i regionernas ansvar för läkarmedverkan. Kommunalt anställda läkare kommer därmed att vara en insats som går utöver ordinarie vårdinsatser.

Ekonomiska konsekvenser för kommuner och regioner

Eftersom rätten att anställa läkare baseras på frivillighet är det inte fråga om något nytt åtagande för kommunerna. Finansieringsprincipen blir därmed inte aktuell. Vi bedömer inte heller att förslaget orsakar några kostnader för regionerna.

Konsekvenser för läkare och arbetsmarknad

Även om kommunerna ges en frivillig möjlighet att anställa läkare talar de praktiska och ekonomiska förutsättningarna för att relativt få kommuner kommer att utnyttja denna möjlighet. Mot denna bakgrund bedömer vi att förslaget inte får någon avgörande betydelse för den generella tillgången på läkare eller läkarnas arbetsmarknad i stort. Men i enskilda fall kan förslaget leda till att efterfrågan på läkare på arbetsmarknaden blir något högre än vad den annars skulle ha varit.

Vi har i avsnitt 5.4.6 redogjort för våra överväganden avseende de närmare praktiska förutsättningarna för läkare att utföra sitt arbete såsom anställda eller på uppdrag av en kommun.

Övriga konsekvenser

Vi bedömer att förslaget inte får konsekvenser för de integrationspolitiska målen, miljön, brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet. Förslagen bedöms indirekt ha positiva effekter på jämställdheten, sysselsättningen och den offentliga servicen. Förslagen är förenliga med EU-rätten och andra internationella åtaganden som Sverige har.

Nollalternativ

Om kommunerna inte får tillåtelse att anställa läkare på frivillig grund kommer nuvarande grundordning att kvarstå vilket innebär att kommunerna även fortsättningsvis skulle vara förhindrade att anställa läkare vid behov. Ett sådant utfall skulle inte gagna patienterna.

8.2 Konsekvenser av förslagen om stärkt kompetensförsörjning i kommunal hälso- och sjukvård

I detta avsnitt redovisar vi vår analys över konsekvenserna som följer av förslagen i kapitel 7.

8.2.1 Allmänna konsekvenser av förslagen

Vi bedömer att våra förslag bidrar till förbättrad kompetensförsörjning, samt gör det mer attraktivt för legitimerade yrkesutövare, inklusive läkare, att arbeta inom den kommunala hälso- och sjukvården på kort och lång sikt.

Införandet av exempelvis förbättrade möjligheter till fortbildning och vidareutbildning för personalen, ledarskapsutbildning för chefer, försök med Magnetmodellen och avancerad specialistsjuksköterska får konsekvenser i första hand för de medarbetare och chefer inom verksamheterna som deltar i nämnda aktiviteter. Deltagandet kommer att ta tid och resurser ifrån verksamheten vilket huvudmännen behöver beakta vid verksamhetsplaneringen.

Vi bedömer att de olika insatserna på sikt kommer att höja kompetensen hos personalen och cheferna vilket kommer att bidra till minskad omsättning av medarbetare och till förbättrad arbetsmiljö med nöjdare medarbetare, ökad attraktivitet och möjlighet att rekrytera nya medarbetare, vilket i sig bedöms leda till minskad personalomsättning och högre kontinuitet i det patientnära arbetet.

8.2.2 Konsekvenser av förslaget om tillsättandet av en samordnare för att nå riktvärdet om 1 100 invånare per allmänläkare i primärvården

Vi föreslår att tillsätta en nationell samordnare för att initiera, stödja och genomföra samordnade insatser i samverkan med Sveriges 21 regioner för att utveckla färdplaner och mål för hur riktvärdet om 1 100 invånare per specialistläkare i allmänmedicin i primärvården kan uppnås.

Konsekvenser för berörda yrkesgrupper och patienter

Tillsättandet av en nationell samordnare förväntas bidra till att regionerna snabbare uppnår målet om 1 100 invånare per läkare. Konsekvensen blir att varje enskild läkare får bättre förutsättningar att genomföra tillkommande uppdrag i den kommunala hälso- och sjukvården, vilket leder till en förbättrad arbetsmiljö. För patienterna blir konsekvenserna att fler får tillgång till en fast läkarkontakt.

Konsekvenser för det kommunala självstyret

Vi bedömer att förslaget inte har någon påverkan på det kommunala självstyret eftersom det är frivilligt att samarbeta med den nationella samordnaren.

Ekonomiska konsekvenser för staten, regioner och kommuner

Inrättandet av en nationell samordnare kräver ekonomiska resurser för denna specifikt utformade roll. Vi bedömer att det krävs ett uppdrag under tre år där en schablonkostnad kan beräknas till tre miljoner kronor årligen. Regeringen bör tillföra medel i enlighet med ett sådant uppdrag från utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg och anslag 1:6 i statens budget. Samordnaren ska arbeta i tät samverkan med regionernas primärvårdsansvariga. Det ingår redan i dag i regionernas ansvar att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen, och att erbjuda fast läkarkontakt (jfr 7 kap. 3 § HSL), men en ökad prioritet för arbetet med att nå riktvärdet för fast läkarkontakt kan medföra ett behov av omprioriteringar.

8.2.3 Konsekvenser av förslaget om en nationell ledarskapsutbildning för chefer inom den kommunala hälso- och sjukvården

I utredningen föreslår vi att Socialstyrelsen får i uppdrag att ta fram en nationell ledarskapsutbildning anpassad för chefer inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Konsekvenser för berörda yrkesgrupper och patienter

Ett välfungerande ledarskap är avgörande för att attrahera, rekrytera, och behålla medarbetare inom den kommunala hälso- och sjukvården. Vi bedömer att ett förbättrat ledarskap har förutsättning att leda till en minskad personalomsättning och därmed en stärkt kontinuitet i det patientnära arbetet och förbättrad arbetsmiljö. Allt detta är omständigheter som är till patienternas fördel.

Det kommunala självstyret

Vi bedömer att förslaget om ledarskapsutbildningen inte kommer att påverka det kommunala självstyret eftersom det ska vara frivilligt för kommunerna att använda utbildningen.

Ekonomiska konsekvenser för staten, regioner och kommuner

Utformandet och genomförandet av ledarskapsprogram får ekonomiska konsekvenser för den myndighet som får uppdraget, det vill säga Socialstyrelsen. Vi bedömer att utformningen tar två heltidstjänster i anspråk under sex månader där en schablonkostnad kan beräknas till 1,5 miljon kronor per tjänst. Vi föreslår att finansiering bör ske genom ett tillskott som hämtas från anslag 1:6 inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg i statens budget. När det gäller de kommuner som väljer att använda ledarskapsutbildningen bör det inte medföra några extra kostnader, utan rymmas inom kommuners befintliga ansvar för personalens kompetens- och karriärutveckling samt andra förutsättningar för att personalen vill arbeta kvar i verksamheten. Förslaget är därför kostnadsneutralt för kommunerna.

Införandet av en ledarskapsutbildning för chefer får konsekvenser i första hand för de chefer inom verksamheterna som deltar i utbildningen. Deltagandet kommer att ta tid och resurser ifrån verksamheten vilket huvudmännen behöver beakta vid verksamhetsplaneringen.

8.2.4 Konsekvenser av förslaget om att genomföra försöksverksamhet avseende Magnetmodellen

I utredningen föreslår vi att regeringen bör ta initiativ till en försöksverksamhet med Magnetmodellen i kommunal hälso- och sjukvård och att försöket sedan följs upp.

Konsekvenser för berörda yrkesgrupper och patienter

Magnetmodellen handlar om att stärka sjuksköterskornas förutsättningar vilket i sig kan leda till bättre omvårdnadsresultat och ökad attraktivitet för de organisationer som arbetar enligt modellen, vilket skulle minska personalomsättningen. Eftersom sjuksköterskor är ett centralt yrke i den kommunala hälso- och sjukvården skulle nyttan av modellen även komma patienter och brukare till nytta, framför allt i form av förbättrad kontinuitet. Vi bedömer att försöksverksamheten i sig får små konsekvenser för de patienter och brukare som bor i de kommuner som ingår i försöket. Men om försöksverksamheten blir lyckad och fler kommuner väljer att applicera Magnetmodellen på sina verksamheter kommer konsekvenserna att bli större för patienter och brukare inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Konsekvenser för det kommunala självstyret

Vi bedömer att försöksverksamheten inte kommer att påverka det kommunala självstyret eftersom den bygger på frivillighet. Det är redan i dag möjligt för vilken kommun som helst att införa Magnetmodellen, och den valfriheten påverkas inte av vårt förslag.

Ekonomiska konsekvenser för staten, kommuner och regioner

Vi anser att det finns behov av finansiering från regeringens sida av försöksverksamheten. För att kunna uppskatta kostnader förknippade med förslaget har vi varit i kontakt med ansvariga för det pågående forskningsprojektet vid Mittuniversitetet som på flera sätt liknar vårt förslag om försöksverksamhet av Magnetmodellen.

Vi har tagit del av Mittuniversitetets bedömning när det gäller vilka personalkategorier som berörs av en försöksverksamhet som vi föreslår, antalet medarbetare samt hur stor del av deras tjänster som bör ägnas åt försöksverksamheten. Mittuniversitetet har i informationen till vår utredning tagit hänsyn till att vårt förslag är något annat än deras forskningsprojekt.

Om vi utgår från att försöksverksamheten tar tre år i anspråk och omfattar två kommuner i samma storlek som Sundsvall menar vi att en projektledare behöver engageras på halvtid i båda kommuner. Dessutom behöver ett magnetteam engageras som består av ungefär 15 personer på 10 procent i de båda kommunerna samt utvecklingstid för implementering av modellen av sjuksköterskor i kommunerna. Vi uppskattar att det finns ungefär 100 sjuksköterskor per kommun, det vill säga totalt 200 sjuksköterskor i två kommuner. Bland dessa kan ett urval om 20 sjuksköterskor vara med och delta med 10 procent av sin tid i försöksverksamheten. Slutligen behöver vi ta hänsyn till teamutvecklingstid även för övrig relevant personal som undersköterskor om 2,5 procent av en tjänst. Bland ungefär 200 undersköterskor per kommun kan en utvald andel som deltar i försöksverksamheten vara ungefär 30, det vill säga totalt 60 i de båda kommunerna. Vi räknar med en schablonkostnad per involverad medarbetare om 1,5 miljon kronor per år. Den totala kostnaden för försöksverksamheten i två mellanstora kommuner blir med hänsyn taget till ovanstående ungefär 33,75 miljoner kronor för tre år (tabell 8.1). Vi anser att denna uppgift är förknippad med stor osäkerhet. För att få en mer exakt uppgift bör Mittuniversitetet kunna bidra med mer information om kostnader förknippade med forskningsprojektet.

Vi föreslår att finansiering bör ske genom ett tillskott som hämtas från anslag 1:6 inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg i statens budget.

Tabell 8.1 Uppskattade kostnader för försöksverksamhet av Magnetmodellen i två medelstora kommuner

Titel	Antal	Lön (mkr)	Andel av tjänst (%)	Total kostnad per år (mkr)	Kostnad tre år (mkr)
Projektledare	2	1,5	50	1,5	4,5
Magnetteam	30	1,5	10	4,5	13,5
Sjuksköterskor	20	1,5	10	3	9
Undersköterskor	60	1,5	2,5	2,25	6,75
Totalt				11,25	33,75

Källa: Uppgifter från Mittuniversitetet och egna beräkningar.

8.2.5 Konsekvenser av förslaget om fler specialistsjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård

I utredningen föreslår vi att det avsätts särskilda medel till kommuner för vidareutbildning av specialistsjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård.

Konsekvenser för berörda yrkesgrupper och patienter

Förslaget syftar till att skapa bättre utvecklingsmöjligheter för sjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård och därmed göra yrket mer attraktivt för både befintlig personal och de som potentiellt skulle kunna söka tjänster i en kommun. Om fler sjuksköterskor vidareutbildar sig till specialistsjuksköterska, särskilt distriktsköterska, bidrar det till att höja kompetensnivån i den kommunala hälso- och sjukvården vilket förbättrar vårdkvaliteten och därmed patient- och brukarsäkerheten.

Konsekvenser för det kommunala självstyret

Vi bedömer att förslaget om att säkerställa att statliga medel avsätts till kommuner för vidareutbildning av specialistsjuksköterskor inte kommer att påverka det kommunala självstyret eftersom det bör vara frivilligt för kommunerna att använda sådana medel.

Ekonomiska konsekvenser för staten, regioner och kommuner

Enligt vårt förslag bör 100 miljoner kronor avsättas till kommunerna för detta ändamål, såsom det var i överenskommelsen mellan staten och SKR om god och nära vård 2021. Det skulle innebära att medel återigen säkras åt vidareutbildning till specialistsjuksköterska i kommunal hälso- och sjukvård. I överenskommelsen för 2024 aviserade regeringen och SKR att delar av överenskommelsen från och med 2025 ska hanteras genom ett förordningsstyrt statsbidrag. Vi föreslår därför att finansiering hämtas inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg och anslag 1:6 i statens budget.

Införandet av förbättrade möjligheter till vidareutbildning för personalen får konsekvenser i första hand för de medarbetare inom verksamheterna som deltar i vidareutbildningen. Deltagandet kommer att ta tid och resurser ifrån verksamheten vilket huvudmännen behöver beakta vid verksamhetsplaneringen.

8.2.6 Konsekvenser av bedömningarna avseende avancerad specialistsjuksköterska, kontinuerlig fortbildning respektive akademisk präglad kommunal hälso- och sjukvård

Vi lämnar inte någon konsekvensbeskrivning när det gäller att utreda införandet av avancerad specialistsjuksköterska respektive att utreda kontinuerlig fortbildning i kommunal hälso- och sjukvård. I avsnitten 7.2.4 och 7.2.5 redovisar vi varför vi bedömer att den pågående utredningen om behörighet och yrkesreglering inom hälso- och sjukvård och tandvård (dir. 2023:148) bör utreda och eventuellt föreslå lämplig reglering för dessa två åtgärder. Om utredningen (dir. 2023:148) föreslår sådana regleringar bör utredningen även analysera dess konsekvenser. Det har i våra samtal med utredningen framkommit att frågorna redan ryms i utredningens direktiv (dir. 2023:148) och att utredningen har tillräckligt med tid och resurser för att ta hand om dem.

Vi lämnar inte heller någon konsekvensbeskrivning när gäller vår bedömning avseende utvecklingen av en akademiskt präglad kommunal hälso- och sjukvård (avsnitt 7.2.7). Vi anser att ett eventuellt förslag och konsekvensbeskrivning på området bör utarbetas inom regeringens myndighetsstruktur för forskning och innovation.

8.2.7 Konsekvenser av förslaget om att införa ett VULF-avtal

I utredningen föreslår vi att det redan framlagda förslaget om ett nationellt avtal för vårdvetenskaplig utbildning, lärande och forskning i sjuksköterskeutbildningen (VULF) ska genomföras, men med tillägget att avtalet även bör omfatta de större hälso- och sjukvårdsutbildningar som är relevanta för kommunal verksamhet och leder till ett legitimerat yrke.

När det gäller konsekvenser av förslaget hänvisar vi till utredningen SOU 2024:9. Analysen finns att ta del av i kapitel 10 i utredningen. Basen för den utredningens beräkningar var antalet utbildningsplatser och antal veckor för verksamhetsförlagd utbildning för sjuksköterskeutbildningen. Vi kan inte återge helheten här eller replikera en analys där två ytterligare utbildningar ingår utöver sjuksköterskeutbildningen. I stället kommer vi att, där det är möjligt, att visa hur förslagets konsekvenser skulle skilja sig om förslaget även omfattar arbetsterapeututbildningen och fysioterapeututbildningen.

Konsekvenser för universitet och högskolor

I detta avsnitt analyserar vi de kostnader som är förknippade med verksamhetsförlagd utbildning för universitetet och högskolor och hur de påverkas av förslaget.

Fler platser för verksamhetsförlagd utbildning, handledare och vetenskapligt meriterade lärare

Utredningens förslag ökar antalet platser för verksamhetsförlagd utbildning, vilket är positivt för lärosätena. Vårt och utredningens (SOU 2024:9) förslag om forskningstid för sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter förväntas också leda till att tillgången till vetenskapligt meriterade lärare och vetenskapligt meriterade handledare ökar. Det är en förutsättning både för att kunna bibehålla och utöka utbildningsvolymerna, men även för att säkerställa utbildningar och verksamhet av god kvalitet. Även en enhetlig ersättning till samtliga vårdgivare som deltar i verksamhetsförlagd utbildning och viss annan harmonisering av villkor bör bidra till bland annat verksamhets-

förlagd utbildning i fler verksamheter och fler handledare med rätt kompetens.⁷

Ökade kostnader för verksamhetsförlagd utbildning

I förslaget ingår en enhetlig ersättning för vårdgivare som deltar i verksamhetsförlagd utbildning, som utredningen föreslår ska ingå i VULF-avtalet. Det innebär sannolikt att kostnaderna för ersättning kommer att öka för många universitet och högskolor.

Enligt SOU 2024:9 är den genomsnittliga ersättningen 1 600 kronor per vecka och student. Det är en aning högre än de 1 200 kronor per vecka som gällde år 2002 när staten bestämde att den kliniska praktiken skulle regleras i avtal mellan högskola och landsting.

Ersättningen för vårdutbildningar budgetåret 2002 var 37 286 kronor per helårsstudent.⁸ Budgetåret 2024 uppgick ersättningen till 64 301 kronor per helårsstudent.⁹ Om ersättningen för verksamhetsförlagd utbildning skulle räknas upp på motsvarande sätt som ersättningen per helårsstudent, motsvarar ersättningen om 1 200 kronor år 2002 en ersättning om cirka 2 100 kronor år 2024. Det är en ökning med 900 kronor. För en sjuksköterskestudent med rekommendationen 43 veckors verksamhetsförlagd utbildning innebär det att lärosätets kostnad för ersättning blir 90 300 kronor per student. Den totala ersättningen som lärosätet erhåller för att utbilda studenten under de tre åren är 192 903 kronor. Båda siffrorna är baserade på 2024 års nivå.

När det gäller arbetsterapeututbildningen respektive fysioterapeututbildningen finns ingen motsvarande rekommendation för hur lång den verksamhetsförlagda utbildningen ska vara. Men den tenderar att vara omkring 20 veckor för båda utbildningarna. Om vi applicerar samma ersättningsnivåer som ovan blir det 42 000 kronor per student. Den totala ersättningen som lärosätet erhåller för att utbilda studenten under de tre åren är densamma som för sjuksköterskestudenten, nämligen 192 903 kronor.

⁷ SOU 2024:9 s. 363.

⁸ Prop. 2001/02:1, utgiftsområde 16, s. 123.

⁹ Prop. 2023/24:1, utgiftsområde 16, s. 130.

Ekonomiska konsekvenser och finansiering

Förslaget om ett VULF-avtal från utredningen SOU 2024:9 kommer att medföra kostnader för staten som kräver finansiering. Den totala summan är 300 miljoner kronor per år i rörliga kostnader, samt 38 miljoner kronor i engångskostnad.¹⁰

Vi bedömer att vissa kostnader inte skulle påverkas i någon större utsträckning om VULF-avtalet breddas enligt vårt förslag så att även arbetsterapeututbildningen och fysioterapeututbildningen ingår. De kostnader som kommer att påverkas är främst utbildningsstödjande strukturer, ersättning för resor och boende samt forskarmeritering. Dessa kostnader påverkas i högre grad av antalet studenter eller forskare som utgör beräkningsunderlaget. Vi behöver därför bedöma hur dessa kostnader kan påverkas av en breddning av VULF-avtalet.

Nyckel för uppskattning av tillkommande kostnader för arbetsterapeuter och fysioterapeuter

För att kunna göra en kvalificerad bedömning av tillkommande kostnader för ett VULF-avtal som även omfattar arbetsterapeuter och fysioterapeuter behöver vi först bedöma vilken mängd resurser som dessa två utbildningar kan behöva i förhållande till sjuksköterskeutbildningen. Det är rimligt att anta att kostnaderna till stor del styrs av antal studenter som ska ha verksamhetsförlagd utbildning. Totalt var 22 749 registrerade på något av de fyra programmen vårterminen 2023. Sjuksköterskestudenterna, som utgörs av studenter på grundutbildning och specialistutbildning, utgjorde 86 procent av samtliga studenter, de övriga två utbildningarna utgjorde 14 procent av totalen (tabell 8.2).

¹⁰ SOU 2024:09 s. 385.

Tabell 8.2 Antal registrerade studenter på program vårterminen 2023

Utbildning	Registrerade	Andel (%)
Grundutbildad sjuksköterska	15 354	
Specialistsjuksköterska	4 170	86
Arbetsterapeut	1 343	6
Fysioterapeut	1 882	8
Totalt	22 749	100

Källa: Universitetskanslersämbetet (2024). Statistikdatabas, hämtat 2024-05-13.

Vi måste också ta hänsyn till att den verksamhetsförlagda utbildningen är knappt hälften så lång på arbetsterapeututbildningen och fysioterapeututbildningen jämfört med sjuksköterskeutbildningen; 20 veckor mot 43 veckor. För enkelhetens skull utgår vi från schablonen att de nytillkomna kostnaderna för arbetsterapeuter och fysioterapeuter är ungefär hälften så stora per student jämfört med sjuksköterskestudenter.

Utbildningsstödjande strukturer för hälso- och sjukvården

Vi godtar utredningens (SOU 2024:9) antaganden om lönekostnader för personalförstärkning för att planera, samordna och stödja de ytterligare veckor verksamhetsförlagda utbildningsveckor som behövs för sjuksköterskeutbildningen. Det ger en kostnad om uppskattningsvis 80 miljoner kronor per år (tabell 8.3).¹¹ Kostnaden per sjuksköterskestudent är 4 097 kronor.

Om vi antar att kostnaden per arbetsterapeutstudent och fysioterapeutstudent är hälften så stor, på grund av hälften så lång verksamhetsförlagd utbildning, betyder det 2 048 kronor per student. Kostnaden för 1 343 arbetsterapeutstudenter och 1 882 fysioterapeutstudenter blir sammanlagt ungefär 6,6 miljoner kronor per år.

Den totala kostnaden för utbildningsstödjande strukturer för hälso- och sjukvård blir därför ungefär 86,6 miljoner kronor per år om arbetsterapeututbildningen respektive fysioterapeututbildningen ingår tillsammans med sjuksköterskeutbildningen i VULF-avtalet.

¹¹ SOU 2024:09 s. 388.

Ersättning för resor och boende

Vi godtar utredningens antaganden om den genomsnittliga ersättningen som behöver betalas för resor och boende är 3 000 kronor per student och år. Beräkningen bygger bland annat på att ungefär 10 procent av studenterna på grundutbildningen till sjuksköterska eller på någon av utbildningarna till specialistsjuksköterska har behov av ersättning. Eftersom antalet registrerade studenter på dessa utbildningar är ungefär 19 500 är den totala kostnaden 6 miljoner kronor (tabell 8.3).¹²

Om vi använder samma metod som ovan för att beräkna kostnaderna för studenter på arbetsterapeutprogrammen och fysioterapeutprogrammen blir det sammanlagt ungefär 500 000 kronor. Den totala kostnaden för utbildningsstödjande strukturer för hälso- och sjukvård är därför ungefär 6,5 miljoner kronor per år om arbetsterapeututbildningen respektive fysioterapeututbildningen ingår tillsammans med sjuksköterskeutbildningarna i VULF-avtalet.

Forskarmeritering

Enligt utredningen SOU 2024:9 uppgår den totala kostnaden för forskarstudier på postdoktoral meritering till ungefär 150 miljoner kronor per år (tabell 8.3). Utredningen utgår från att 150 heltidsstuderande sjuksköterskor under ett år genomgår forskarutbildning eller postdoktoral meritering. För enkelhetens skull använder vi samma beräkningsgrunder som utredningen.¹³ Vi antar också att intresset och behovet av forskarmeriterade arbetsterapeuter och fysioterapeuter står i ungefärlig relation till deras storlek när det gäller antalet registrerade studenter. De båda utbildningarna utgör tillsammans 14 procent av de här aktuella utbildningarna (tabell 8.3).

Lönekostnaderna för forskarmeritering av sjuksköterskor uppgår till 79,2 miljoner kronor. Till detta kommer olika påslag om ytterligare 66,5 miljoner kronor per år.¹⁴ Motsvarande kostnader för arbetsterapeututbildningen och fysioterapeututbildningen blir således 11,1 miljoner kronor respektive 9,3 miljoner kronor.

¹² SOU 2024:09 s. 390–91.

¹³ SOU 2024:9 s. 391–392.

¹⁴ SOU 2024:9 s. 392.

Kostnaderna för ytterligare aktiviteter relaterade till den forskning som ska bedrivas, såsom rese- och konferenskostnader för sjuksköterskor är ungefär 4,5 miljoner per år. Vi beräknar att motsvarande kostnader för arbetsterapeuter och fysioterapeuter är 650 000 kronor.

Om vi använder ovanstående beräkningsmetod blir den totala kostnaden för satsning på forskarstudier och postdoktoral meritering för arbetsterapeuter och fysioterapeuter ungefär 21 miljoner kronor.

Den totala kostnaden för samtliga tre aktuella utbildningar blir ungefär 171 miljoner kronor per år om arbetsterapeututbildningen respektive fysioterapeututbildningen ingår tillsammans med sjuksköterskeutbildningen i VULF-avtalet.

Sammanlagda kostnader om VULF-avtalet breddas

Tabell 8.3 visar de sammanlagda kostnaderna om vi summerar ovanstående genomgång. Tillkommande kostnader utgör de kostnader som uppstår om VULF-avtalet breddas till att även inkluderar arbetsterapeututbildningen och fysioterapeututbildningen.

Tabell 8.3 Sammanställning av kostnader för staten för VULF-avtal för sjuksköterskeutbildningen

Typ av kostnad	Kostnad för sjuk-sköterskor (kronor)	Tillkommande (kronor)	Kommentar
Nationellt kansli	1 500 000	–	Årlig kostnad
Kanslier för regionala noder	7 500 000	–	Årlig kostnad
Utbildningsstödjande strukturer	80 000 000	6 600 000	Årlig kostnad
Utbildningsinfrastruktur	50 000 000	–	Årlig kostnad
Ersättning för resor och boende	6 000 000	500 000	Årlig kostnad
Förvaltning av nationellt it-stöd	5 000 000	–	Årlig kostnad
Forskarmeritering	150 000 000	21 000 000	Årlig kostnad
Totalt per år	300 000 000	28 000 000	
Utveckling av it-stöd	37 000 000	–	Engångskostnad
Utveckling av handledarutbildning	1 000 000	–	Engångskostnad
Total engångskostnad	38 000 000	–	

Källa: SOU 2024:9 s. 385. Vid beräkning av kostnader relaterade till personella resurser, utöver lönekostnader, har utredningen använt Tillväxtverkets schablonpåslag om 84 procent för semesterersättning, arbetsgivaravgifter, försäkringar, lokalkostnader och gemensamma kostnader (Tillväxtverket (2017). Ekonomiska effekter av nya regler. Info 0696.

Den totala kostnaden som tillkommer om VULF-avtalet breddas till att även inkludera arbetsterapeututbildningen och fysioterapeututbildningen är ungefär 28 miljoner kronor (tabell 8.3). Summan byggs på de antaganden som vi redogör för ovan.

Finansiering av kostnader för staten

För att införa VULF-avtalet behöver staten tillskjuta finansiella resurser på ett motsvarande sätt som till andra, beslutade avtal, såsom ALF-avtalet för läkarutbildningen och TUA-avtalet för tandläkarutbildningen som förebilder för ett VULF-avtal.¹⁵

Utredningen SOU 2024:9 anser att kostnaderna för VULF-avtalet i betydande utsträckning kan finansieras genom att förlänga och styra om statliga initiativ för att skapa fler platser för verksamhetsförlagd utbildning. Under 2022 och 2023 avsatte regering och riksdag totalt 250 miljoner kronor till regioner och kommuner som utökade antalet veckor verksamhetsförlagd utbildning för studenter på utbildning mot sjuksköterskeexamen. Satsningen ingick i överenskommelsen mellan staten och SKR om en god och nära vård.¹⁶ Samma satsning saknas i överenskommelsen för 2024. Men utredningen SOU 2024:9 menar att de 250 miljoner kronor som avsattes 2022 och 2023 borde förlängas och styras om till finansiering av VULF-avtalet.

I överenskommelsen för 2024 aviserade regeringen och SKR att delar av överenskommelsen från och med 2025 ska hanteras igenom ett förordningsstyrt statsbidrag. Vi föreslår därför att finansiering hämtas inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg och anslag 1:6 i statens budget.

Till dessa medel fogar utredningen SOU 2024:9 de 50 miljoner kronor som staten avsatte under 2023 till universitet och högskolor för att öka tillgången på platser för sjuksköterskeutbildningen.¹⁷ Samma satsningar saknas för arbetsterapeututbildningen respektive fysioterapeututbildningen.

Om regeringen väljer att bredda VULF-avtalet enligt vårt förslag anser vi att de ovan nämnda 300 miljoner kronor med noggranna prio-

¹⁵ Avtal mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete om grundutbildning av tandläkare, odontologisk forskning och utveckling av tandvården.

¹⁶ Överenskommelse mellan staten och SKR om god och nära vård, 2022., s. 32 och Överenskommelse mellan staten och SKR om god och nära vård 2023, s. 29.

¹⁷ SOU 2024:9 s. 393.

riteringar bör kunna täcka kostnader för samtliga utbildningar som är aktuella, inte endast sjuksköterskeutbildningarna. I sammanhanget utgör kostnaderna för arbetsterapeututbildningen respektive fysioterapeututbildningen under 10 procent av kostnaderna för sjuksköterskeutbildningen (tabell 8.3).

8.2.8 Övriga konsekvenser av samtliga förslag om stärkt kompetensförsörjning

Samtliga våra förslag om stärkt kompetensförsörjning har till syfte att göra det mer attraktivt att arbeta i den kommunala hälso- och sjukvården för alla yrkeskategorier som är verksamma där. Ur denna utgångspunkt bedömer vi att förslagen har generellt positiva effekter på sysselsättningen.

I övrigt bedömer vi att förslagen inte får konsekvenser för de integrationspolitiska målen, miljön, brottsligheten eller det brottsförebyggande arbetet. Vi menar att förslagen indirekt kan ha positiva effekter på jämställdheten och den offentliga servicen. Förslagen är förenliga med EU-rätten och andra internationella åtaganden som Sverige har.

Nollalternativ

Med hänsyn till de stora utmaningar som kompetensförsörjningen i kommunal hälso- och sjukvård har anser vi att reformer är nödvändiga. Att inte gå vidare med våra förslag riskerar att förvärra de utmaningar som kommunerna har i dag. Det skulle varken gagna de anställda i den kommunala hälso- och sjukvården eller de patienter som vårdas där.

8.3 Ikraftträdande

Utredningen bedömer att ändringarna i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och tillhörande förordning ska träda i kraft den 1 juli 2026. Vi menar att det inte behövs några särskilda övergångsbestämmelser.

8.3.1 Förslagen om stärkt läkarmedverkan och en ordning där kommunerna kan anställa läkare

I vår utredning har vi dels bedömt att ett antal redan lämnade förslag från utredningen SOU 2022:41 bör genomföras, dels lämnar vi egna förslag avseende en rätt att meddela föreskrifter om läkarmedverkan och en ordning där kommunerna kan anställa läkare. Mot denna bakgrund är det viktigt att det sker en samordning kring beredningen av de olika förslagen. Samtidigt är det angeläget att förändrade regler kan komma på plats så snart som möjligt. Med hänsyn till den tid som kan behövas för remissförfarande, beredning inom Regeringskansliet och riksdag är det rimligt att de nya bestämmelserna träder i kraft den 1 juli 2026.

Vårt förslag om att det ska vara tillåtet för kommuner att anställa läkare på frivillig grund är en tillkommande regel som inte inverkar på befintliga åtaganden. På samma sätt innebär förslaget om ett bemyndigande att meddela föreskrifter om läkarmedverkan inte någon förändring av övriga regler. Det behövs därför inte några särskilda övergångsbestämmelser.

8.3.2 Förslagen om stärkt kompetensförsörjning i kommunal hälso- och sjukvård

I den del vår utredning berör förslag om en stärkt kompetensförsörjning i kommunal hälso- och sjukvård lägger utredningen inte fram några författningsförslag. Därmed kan inte någon tidpunkt för ikraftträdande redovisas.

Men vi bedömer att det går att påbörja genomförandet av förslagen i närtid. För att gå vidare med förslagen krävs det att regeringen beslutar om tillsättandet av en samordnare för att nå riktvärdet om 1 100 invånare per läkare, ge uppdrag till föreslagna myndigheter att ta fram en nationell ledarskapsutbildning respektive utarbeta en försöksverksamhet av Magnetmodellen och avsätta särskilda medel till kommuner för vidareutbildning av specialistsjuksköterskor. När det gäller vårt förslag om att bredda VULF-avtalet bör regeringen i den fortsatta bredningen av förslagen från SOU 2024:9 även utgå ifrån att arbetsterapeututbildningen respektive fysioterapeututbildningen bör ingå i genomförandet av förslaget.

9 Författningskommentar

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

12 kap.

3 a §

Kommunen får erbjuda sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare i de verksamheter som avses i 1 och 2 §§.

Paragrafen är ny och klargör att kommunen får lov att erbjuda sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare. Med uttrycket *får erbjuda* avses en frivillig möjlighet att erbjuda patientnära klinisk läkarvård. I samma uttryck ligger att kommunerna är fria att själva bestämma formerna för den vård som ges av läkare. Förutom en direkt anställning får kommunerna således även på annat sätt anlita eller finansiera läkare för patientnära kliniskt arbete

Kommunernas frivilliga möjlighet att anställa läkare innebär ingen inskränkning i regionernas grundläggande ansvar för att erbjuda sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare. Om en kommun utnyttjar möjligheten att anställa en läkare kvarstår alltså regionens grundläggande ansvar för läkarmedverkan oinskränkt.

Genom hänvisningen till 12 kap. 1–2 §§ klargörs att kommunerna bara får lov att erbjuda hälso- och sjukvård som ges av läkare i den del av hälso- och sjukvården som kommunen ansvarar för. Bestämmelsen ger således inte kommunen någon rätt att anställa, anlita eller i övrigt finansiera läkarvård i andra verksamheter än i den kommunala hälso- och sjukvården.

Övervägandena finns i avsnitt 5.4.

16 kap.

1 §

Regionen ska till kommunerna inom regionen avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet enligt 12 kap. 1 §. Detsamma gäller hemsjukvård i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), om en kommun ansvarar för vården enligt 14 kap. 1 §.

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

Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från regionen.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om läkarmedverkan.

Paragrafen har getts ett nytt *fjärde stycke* med ett normgivningsbemyndigande till regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att ta fram föreskrifter om läkarmedverkan. Uttrycket *läkarmedverkan* saknar en formell definition, men används sedan tidigare i 16 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) för att beskriva den verksamhet som regionerna bedriver när de levererar läkarinsatser till den kommunala hälso- och sjukvården. Rätten att meddela föreskrifter ska avse denna verksamhet. Övervägandena finns i avsnitt 4.2.

9.2 Förslaget till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)

8 kap.

4 §

Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om sådan läkarmedverkan som avses i 16 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Paragrafen är ny och klargör att Socialstyrelsen är den myndighet som ska ges rätten att meddela föreskrifter om läkarmedverkan enligt 16 kap. 1 § fjärde stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Övervägandena finns i avsnitt 4.2.

Referenser

Propositioner

- Prop. 1990/91:14. *Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.*
- Prop. 1993/94:121. *Kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård m.m.*
- Prop. 1993/94:150. *Förslag till slutlig reglering av statsbudgeten för budgetåret 1994/95, m.m.*
- Prop. 1995/96:176. *Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården.*
- Prop. 1996/97:124. *Ändring i socialtjänstlagen.*
- Prop. 2000/01:71. *Nytt huvudmannaskap för vårdhögskoleutbildningar.*
- Prop. 2002/03:30. *Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet.*
- Prop. 2004/05:17. *Kommunal medverkan i landstingens sjuktransporter.*
- Prop. 2006/07:100. *2007 års ekonomiska vårproposition.*
- Prop. 2005/06:115. *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre.*
- Prop. 2008/09:21. *Kommunala kompetensfrågor m.m.*
- Prop. 2009/10:80. *En reformerad grundlag.*
- Prop. 2009/10:210. *Patientsäkerhet och tillsyn.*
- Prop. 2015/16:1. *Budgetpropositionen för 2016.*
- Prop. 2015/16:44. *Genomförande av det moderniserade yrkeskvalifikationsdirektivet.*
- Prop. 2016/17:43. *En ny hälso- och sjukvårdslag.*
- Prop. 2016/17:106. *Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.*

- Prop. 2017/18:151. *En generell rätt till kommunal avtalssamverkan.*
- Prop. 2019/20:164. *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*
- Prop. 2020/21:60. *Forskning, frihet, framtid – kunskap och innovation för Sverige.*
- Prop. 2021/22:72. *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform.*
- Prop. 2021/22:177. *Sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.*
- Prop. 2022/23:131. *Välfärdsteknik inom äldreomsorgen.*
- Prop. 2023/24:1. *Budgetpropositionen för 2024.*
- Prop. 2024/25:1. *Budgetpropositionen för 2025.*

Betänkanden

- Socialutskottets betänkande 1990/91:SoU09, *Ändrad ansvarsfördelning inom äldreomsorgen m.m.*
- Socialutskottets betänkande 2015/16: SoU1, *Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.*
- Socialutskottets betänkande 2020/21: SoU2, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*

Statens offentliga utredningar

- SOU 1987:21. *Äldreomsorg i utveckling.* Betänkande av äldreberedningen.
- SOU 1993:49. *Ett år med betalningsansvar.* Slutbetänkande av betalningsansvarskommittén.
- SOU 1999:66. *God vård på lika villkor? - om statens styrning av hälso- och sjukvården.* Betänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000).
- SOU 2000:19. *Från dubbla spår till Elevhälsa — i en skola som främjar lust att lära, hälsa och utveckling.* Slutbetänkande av Elevvårdsutredningen.
- SOU 2000:114. *Samverkan – Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet, m.m.* Betänkande av Samverkansutredningen.

- SOU 2004:68. *Sammanhållen hemvård*. Betänkande av Äldre-
vårdsutredningen.
- SOU 2006:82. *Patientdatalag*. Betänkande av Patientdata-
utredningen.
- SOU 2011:55. *Kommunaliserad hemsjukvård*. Betänkande av
utredningen En nationell samordnare för hemsjukvård.
- SOU 2013:44. *Ansvarsfull hälso- och sjukvård*. Slutbetänkande
av Patientmaktsutredningen.
- SOU 2014:23. *Rätt information på rätt plats i rätt tid*. Slutbetänkande
av Utredningen om rätt information i vård och omsorg.
- SOU 2015:20. *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård*.
Betänkande av Utredningen om betalningsansvarslagen.
- SOU 2015:24. *En kommunallag för framtiden*. Slutbetänkande av
Utredningen om en kommunallag för framtiden.
- SOU 2016:2. *Effektiv vård*. Slutbetänkande av En nationell
samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och
sjukvården.
- SOU 2017:21. *Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg
om äldre personer*. Betänkande av Utredningen om nationell
kvalitetsplan för äldreomsorgen.
- SOU 2018:39. *God och nära vård - En primärvårdsreform*.
Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god
och nära vård.
- SOU 2018:77. *Framtidens specialistsjuksköterska - ny roll, nya
möjligheter*. Betänkande av Utredningen om specialistsjuk-
sköterskeutbildning och vissa andra hälso- och sjukvårds-
utbildningar.
- SOU 2020:19. *God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso-
och sjukvårdssystem*. Delbetänkande av utredningen Samordnad
utveckling för god och nära vård.
- SOU 2020:23. *Hälso- och sjukvård i det civila försvaret - underlag
till försvarspolitisk inriktning*. Delbetänkande av Utredningen
om hälso- och sjukvårdens beredskap.
- SOU 2020:47. *Hållbar socialtjänst - En ny socialtjänstlag*.
Slutbetänkande av Utredningen Framtidens socialtjänst.

- SOU 2020:70. *Fast omsorgskontakt i hemtjänsten*. Betänkande av Utredningen om fast omsorgskontakt i hemtjänsten.
- SOU 2020:80. *Äldreomsorgen under pandemin*. Delbetänkande av Coronakommissionen.
- SOU 2021:4. *Informationsöverföring inom vård och omsorg*. Delbetänkande av Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg.
- SOU 2021:34. *Börja med barnen! – En sammanhållen god och nära vård för barn och unga*. Delbetänkande av Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga.
- SOU 2021:39. *Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården*. Slutbetänkande av Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg.
- SOU 2021:52. *Vilja välja vård och omsorg – En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre*. Betänkande av utredningen Nationell samordnare för kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre.
- SOU 2021:89. *Sverige under pandemin – Volym 1 Smittspridning och smittskydd*. Delbetänkande av Coronakommissionen.
- SOU 2021:89. *Sverige under pandemin – Volym 2 Sjukvård och folkhälsa*. Delbetänkande av Coronakommissionen.
- SOU 2022:10. *Sverige under pandemin – Volym 1 Samhällets, företagets och enskildas ekonomi*. Slutbetänkande av Coronakommissionen.
- SOU 2022:10. *Sverige under pandemin – Volym 2 Förutsättningar, vägval och utvärdering*. Slutbetänkande av Coronakommissionen.
- SOU 2022:35. *Tryggare i vårddyrket – en översyn av vissa frågor inom utbildning till sjuksköterska och barnmorska*. Betänkande av Utredningen om utbildning till sjuksköterska och barnmorska.
- SOU 2022:41. *Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer*. Betänkande av Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner.
- SOU 2023:94. *Förändring genom försök – Försöksverksamhet i den kommunala sektorn*. Slutbetänkande av Försöksverksamhetskommittén.

- SOU 2024:9. *Utvecklat samarbete för verksamhetsförlagd utbildning – långsiktiga åtgärder för sjuksköterskeprogrammen*. Betänkande av Utredningen om samordnat arbete för fler platser för verksamhetsförlagd utbildning i sjuksköterskeutbildningen.
- SOU 2024:25. *En mer effektiv tillsyn över socialtjänsten*. Betänkande av Utredningen om en effektivare tillsyn över socialtjänsten.
- SOU 2024:33. *Delad hälsodata – dubbel nytta – Regler för ökad interoperabilitet i hälso- och sjukvården*. Slutbetänkande av Utredningen om infrastruktur för hälsodata som nationellt intresse.
- SOU 2024:43. *Staten och kommunsektorn – samverkan, självstyrelse, styrning*. Betänkande av Utredningen om statens samverkan med kommunsektorn.

Kommittédirektiv

- Dir. 2013:104. *En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården*.
- Dir. 2017:86. *Specialistsjuksköterskeutbildning och vissa andra hälso- och sjukvårdsutbildningar för framtidens hälso- och sjukvård*.
- Dir. 2020:142. *En äldreomsorgslag*.
- Dir. 2021:26. *Översyn av kraven för sjuksköterskeexamen och barnmorskeexamen*.
- Dir. 2023:73. *Ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården*.
- Dir. 2023:98. *Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård*.
- Dir. 2023:133. *Fortsatt utveckling av registret nationell läkemedelslista*.
- Dir. 2023:148. *Behörighet och yrkesreglering inom hälso- och sjukvård och tandvård*.
- Dir. 2023:177. *Samordnare för en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården*.

Regeringsuppdrag

- Socialdepartementet S2021/06575, *Uppdrag om kompetensförsörjning inom primärvården.*
- Socialdepartementet, S2022/01372, *Uppdrag att genomföra en förstudie om hur ett nationellt vårdsöksystem kan utvecklas, organiseras och förvaltas.*
- Socialdepartementet, S2023/02118, *Uppdrag att ta fram en nationell katalog över vårdgivare och utförare av socialtjänst.*
- Socialdepartementet, S2023/02108, *Uppdrag att ta fram ett förslag till färdplan för genomförandet av en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården.*
- Socialdepartementet, S2023/02107, *Uppdrag att genomföra en förstudie om en sammanhållen intygshantering inom hälso- och sjukvård och omsorgen.*
- Socialdepartementet, S2024/00100, *Uppdrag att möjliggöra en nationell digital infrastruktur för hälsodata.*

Rapporter

- E-hälsomyndigheten, *Sammanhållen journalföring – Möjligheter till digital informationsförsörjning på hälsodataområdet, 2022.*
- Försäkringskassan, *Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år, 2020.*
- IVO, *Tillsynsrapport – De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2014, 2015.*
- IVO, *Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre, 2022.*
- IVO, *Iakttagelser i korthet – Omfattande arbete för att åtgärda brister inom landets äldreboenden, 2023.*

- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Visa vägen i vården*, 2017.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Åt samma håll. Nationella insatser för stärkt ledarskap i hälso- och sjukvården*, 2019.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021:7, *Den nordiska äldreomsorgen – En jämförande kartläggning av struktur, organisation och innehåll*, 2021.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Läget för ledarna. Förutsättningar för ledarskapsutveckling i kommunal vård och omsorg*, 2021.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2023:2, *Ordnat för omställning? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport.*, 2023.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Sweden – Health system review*, 2023.
- Nationella vårdkompetensrådet, *Pandemin och Kompetensförsörjningen – Lärdomar och åtgärdsförslag från Nationella vårdkompetensrådet efter coronavåren 2020*, 2020.
- Nationella vårdkompetensrådet och Socialstyrelsen, *Kompetensförsörjning inom primärvården – Delredovisning, Uppdrag om kompetensförsörjning inom primärvården S2021/06575*, 2022.
- Nationella vårdkompetensrådet och Socialstyrelsen, *Kompetensförsörjning inom primärvården – Slutrapport*, 2022.
- Nationella vårdkompetensrådet, *PM – Avancerad specialistsjuksköterska (AVS) – en möjlighet att stärka kompetensen kring patienter med komplexa vårdbehov, med inriktning mot nära vård*, 2023.
- Nationella vårdkompetensrådet, *Delredovisning inom uppdraget att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning (S2023/00256)*, 2023.
- Nationella vårdkompetensrådet, *Förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning – Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning (S2023/00256)*, 2024.
- SCB, *Vilka utbildningar ger jobb? – Arbetskraftsbarometern 2022*, 2022.

- SCB, *Trender och Prognoser 2023, 2024*,
- SKL, *Trygg hemgång – För effektivare och säkrare utskrivning från slutna hälso- och sjukvård*, 2017.
- SKR, *Nära vård i Borgholm*, 2018.
- SKR, *Proaktiv vård av sköra äldre – För dig som arbetar i primärvården*, 2018.
- SKR, *Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård – från hemsjukvård till hälso- och sjukvård i hemmet*, 2020.
- SKR, *Nära vård – Nya sätt att utvärdera ändamålsenlighet och systemeffekter*, 2020.
- SKR, *Vård och omsorg i hemmet 2019 – svårigheter och framgångsfaktorer*, 2020.
- SKR, *Välfärdens kompetensförsörjning. Personalprognos 2021–2031 och hur välfärden kan möta kompetensutmaningen*, 2022.
- SKR, *Insatser för att utöka VFU*, 2023.
- SKR, *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2023 – Befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården*, 2024
- SKR, *Kvalitetsdata i kommunal primärvård – ett pilotprojekt av och med PrimärvårdsKvalitet*, 2024.
- SKR, *Personalen i välfärden – Personalstatistik för kommuner och regioner 2023, 2024*.
- SNS, *Covid-19 på äldreboenden – personalens erfarenheter*, 2023
- SNS, *Samverkan kring multisjuka äldre: lärdomar från praktik och forskning*, 2023.
- Socialstyrelsen, *Statistik om särskilt boende*, 2016.
- Socialstyrelsen, *Nationell ledarskapsutbildning för äldreomsorgens chefer - Slutrapport*, 2016.
- Socialstyrelsen, *Framtidens vårdkompetens – Stärkt samverkan för att möta hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjningsbehov*, 2019.
- Socialstyrelsen, *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – Förstudie*, 2019.
- Socialstyrelsen, *Agera för säker vård – Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024*, 2020.
- Socialstyrelsen, *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – delredovisning*, 2020.

- Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre – Lägesrapport 2021*, 2021.
- Socialstyrelsen, *Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården*, 2022-04-28.
- Socialstyrelsen, *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2021 – Utvecklingen i regioner och kommuner*, 2022.
- Socialstyrelsen, *Insatser under 2022 för att främja omställningen till en god och nära vård. Slutredovisning*, 2023.
- Socialstyrelsen, *Nationell översikt över tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Nationella planeringsstödet 2024 – delrapport 1 av 3*, 2023.
- Socialstyrelsen, *På väg mot en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser – Delredovisning av regeringsuppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser inom hälso- och sjukvården*, 2023.
- Socialstyrelsen, *Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2022*, 2023.
- Socialstyrelsen, *Säker läkemedelshantering med fokus på delegering inom kommunal hälso- och sjukvård*, 2023.
- Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre – Lägesrapport 2023*, 2023.
- Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser 2023 – Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård*, 2023.
- Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser 2023 – Resultat från undersökningen ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?”*, 2023.
- Socialstyrelsen, *Plats för vård – Förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser i hälso- och sjukvården*, 2024.
- Socialstyrelsen, *Vård och omsorg för äldre – Lägesrapport 2024*, 2024.
- Socialstyrelsen, *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2023 – Utvecklingen i regioner och kommuner*, 2024.
- Szebehely, M, *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden – Underlagsrapport till SOU 2020:80 Äldreomsorgen under pandemin*, 2020.
- Universitetskanslersämbetet, *Prognoser för behovet av högskoleutbildade*, 2021.

Lagstiftning, förordningar och föreskrifter

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30).

Patientdatalag (2008:355).

Patientsäkerhetslagen (2010:659).

Socialtjänstlagen (2001:453).

Högskolelag (1992:1434).

Högskoleförordning (1993:100).

Förordningen (2021:1335) om utbildning till lärare
och förskolelärare.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem
för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete
(AFS 2001:1).

Rättsfall

RÅ 1996 ref. 95.

RÅ 2003 ref. 98.

Övrigt

Akademikerförbundet SSR, *Vägar till en god äldreomsorg*, 2014.

Chikaonda, A och Landgren, S, *Sjuksköterskors erfarenheter av läkar-
medverkan på särskilt boende – En kvalitativ intervjustudie*, 2016.

FOU nu, *Verksamhetsberättelse 2023* för FOU nu.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen Region Stockholm, *Samman-
hållen överenskommelse om vård och omsorg för äldre*, 2015.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen Region Stockholm,
Handlingsplan för fast läkarkontakt, 2024.

Kripalani, S, m.fl., *Reducing Hospital Readmission Rates: Current
Strategies and Future Directions*, *Annual Review of Medicine*,
2014.

- Läkartidningen nr 15/1998, *Kommunförbundet kritisk mot Socialstyrelsens utvärdering*.
- Läkartidningen nr 25-26/2022, *Ett tjugotal kommuner vill anställa läkare: »Behöver rätt kompetens«*.
- Läkartidningen nr 25-26/2022, *Läkarstrateg blir språkrör för kommunal äldreomsorg i Örebro*.
- Läkartidningen nr 1-3/2023, *Förre kommunläkaren avråder andra kommuner från att anställa läkare*.
- Informationsmaterial från Finansdepartementet och SKR, *Den kommunala finansieringsprincipen*, 2007-04-16.
- Mittuniversitetet, *Striving for magnet standard in nursing homes – a pilot project to empower nurses. Project plan*, 2023.
- Motion 2003/04:So341, *Kommunernas rätt att anställa läkare inom äldreomsorgen*.
- Nationella Primärvårdsrådet, *Kunskapsstöd – Primärvårdens samverkande hälso- och sjukvård i hemmet*, 2023.
- Nationella Primärvårdsrådet, *Konsekvensbeskrivning – Primärvårdens samverkande hälso- och sjukvård i hemmet*, 2023.
- OECD, *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, 2023.
- Regleringsbrev för budgetåret 2018 avseende Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Region Stockholm, Informationsbroschyr, *Samordnat medicinskt mottagande av patienter med omfattande funktionsnedsättning, SMO*.
- Sveriges läkarförbund, *Varför kan inte doktorn komma? – Problembild och lösningar för mer läkarnärvaro i de sköra äldres sjukvård*, 2013.
- Svensk sjuksköterskeförening, *Ledarskap för omvårdnad och Magnetmodellen*, 2018.
- Svensk sjuksköterskeförening och Vårdförbundet, *Avancerad specialistsjuksköterska – ett nytt yrke, en ny möjlighet för svensk hälso- och sjukvård*, 2021.
- Sveriges universitets- och högskoleförbund, *Rekommendation om minsta antal timmar klinisk utbildning i sjuksköterskeutbildningen, dnr SU-850-0025-23*.

- Växjö kommun, *Pilotkommun för att få anställa läkare, KS 2020 – 00600*, 2020.
- Örtenhed Velthoen, J, *Är det möjligt att styra medicinsk kvalitet inom äldreomsorgen genom att reglera läkarmedverkan via avtal?*, 2022.
- Överenskommelse mellan staten och SKR om God och nära vård, *En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav*, S2023/00372, 2023.
- Överenskommelse mellan staten och SKR om God och nära vård, *En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav*, S2023/03334, 2024.

Kommittédirektiv 2023:98

Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård

Beslut vid regeringssammanträde den 22 juni 2023

Sammanfattning

Den medicinska kompetensen i kommunal hälso- och sjukvård bör stärkas. En särskild utredare ska därför lämna förslag som stärker kommunernas möjligheter att säkra tillgången till läkare i kommunal hälso- och sjukvård. Utredaren ska också föreslå åtgärder för att skapa bättre förutsättningar för personal- och kompetensförsörjningen inom den kommunala hälso- och sjukvården. Utredningen tillsätts mot bakgrund av Tidöavtalet, som är en överenskommelse mellan Sverigedemokraterna, Moderaterna, Kristdemokraterna och Liberalerna.

Utredaren ska bl.a.

- analysera och redogöra för kommunernas nuvarande förutsättningar att anlita läkare på regionernas bekostnad och effektiviteten i nuvarande system,
- föreslå en ordning där kommuner kan anställa läkare,
- analysera och föreslå åtgärder för hur det ska bli mer attraktivt för läkare och andra relevanta legitimerade yrkesutövare att arbeta i den kommunala hälso- och sjukvården, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget ska redovisas senast den 1 november 2024.

Uppdraget att stärka kommunernas möjlighet att säkra tillgång till läkare i kommunal hälso- och sjukvård

Kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård

Kommunen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i de särskilda boendeformerna för service och omvårdnad och i bostäder med särskild service samt åt dem som vistas i de kommunala dagverksamheterna. Kommunen ansvarar även för hemsjukvård i ordinärt boende, om regionen har överlåtit skyldigheten att erbjuda sådan vård till kommunen.

Regionerna ansvarar för den hälso- och sjukvård som ges av läkare

Kommunens ansvar omfattar inte sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare. Sådan vård ansvarar regionen för och regionen får inte heller överlåta ansvaret till en kommun, 12 kap. 3 § och 14 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, samt 2 kap. 2 § kommunallagen (2017:725).

Enligt 16 kap. 1 § HSL ska regionen avsätta de läkarresurser som behövs till kommunerna för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet. Det samma gäller för hemsjukvården om ansvaret för den överlåtit till kommunen. Regionen ska sluta avtal med kommunerna inom regionen om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan. Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från regionen.

Tidigare utredningar om läkare i den kommunala hälso- och sjukvården

Den kommunala hälso- och sjukvården möter i hög grad äldre patienter med sammansatta behov, personer med kroniska sjukdomar och multisjuka personer. För att möta dessa patienters behov och erbjuda dem en god och säker vård krävs medicinsk kompetens. Trots det har flera utredningar och uppföljningar visat på brister i tillgången till och medverkan av läkare, vilket påverkat den kommunala hälso- och sjukvårdens möjligheter att uppfylla kraven på en god

vård. Mot den bakgrunden har frågan om kommunernas möjlighet att anställa läkare aktualiserats i flera utredningar. De senaste utredningarna som gjort bedömningar i frågan är Coronakommissionen (dir. 2020:74) och Utredningen om en äldreomsorgslag (dir. 2020:142).

Coronakommissionen gör i delbetänkandet Äldreomsorgen under pandemin (SOU 2020:80) bedömningen att det bör vara möjligt för kommuner att anställa läkare. Som skäl anger kommissionen bl.a. att äldre vården blir beroende av regionernas prioriteringar. Samtidigt föreslår kommissionen inte något ändrat huvudmannaskap utan framhåller att även om kommunerna får möjlighet att anställa läkare är det angeläget att regionerna säkerställer att äldreomsorgen får tillgång till de läkarresurser som den behöver.

I betänkandet Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer (SOU 2022:41) gör Utredningen om en äldreomsorgslag bedömningen att kommunala läkare inte är en ändamålsenlig lösning eller avgörande för att t.ex. äldre personer ska få en förbättrad tillgång till läkare i primärvården. I betänkandet anges att regionerna i dagsläget har bäst förutsättningar att som huvudmän säkerställa en god tillgång till läkare, även för patienter inom kommunens primärvård. Vidare dras slutsatsen att om kommunen ska ges utökade befogenheter att kunna utföra läkarinsatser bör även huvudmannaansvaret ändras. Samtidigt kan inte utredningen identifiera någon efterfrågan på ändrat huvudmannaskap.

Otillräcklig tillgång till läkare för att kunna möta vårdbehoven

Under 2020 granskade Inspektionen för vård och omsorg den medicinska vården och behandlingen av äldre som bodde på särskilda boenden för äldre (såbo). Granskningen visade bland annat att cirka 20 procent av patienterna inte fått någon individuell läkarbedömning vid misstänkt eller bekräftad covid-19.

I Socialstyrelsens enkät till äldre personer på såbo från 2022 anger 45 procent att det är mycket eller ganska lätt att få träffa läkare. Detta är en nedgång från 53 procent 2020. Andelen som uppger att det är ganska eller mycket svårt har ökat från 17 procent 2013 och 21 procent 2020 till 28 procent 2022. Socialstyrelsen konstaterar att det är en starkt negativ trend (Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2022).

Socialstyrelsens rapport Nationella planeringsstödet 2023 innehåller bedömningar av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Av rapporten framgår att knappt 60 procent av kommunerna i oktober 2022 uppgav att tillgången till läkare i den kommunala hälso- och sjukvården var oförändrad jämfört med oktober 2021. Andelen kommuner som uppgav att de hade sämre tillgång till läkare 2022 än 2021 uppgick till 16 procent medan 9 procent av kommunerna uppgav att de hade bättre tillgång till läkare.

Tillgången till läkarkompetens i kommunal hälso- och sjukvård bör säkras

Den kommunala hälso- och sjukvårdens ansvar och roll i hälso- och sjukvårdssystemet har ökat de senaste decennierna. Samtidigt pågår en demografisk utveckling där Sveriges befolkning blir äldre och där andelen äldre växer, vilket ger upphov till ökande och mer sammansatta vårdbehov. Det ställer högre krav på medicinsk kompetens i den kommunala hälso- och sjukvården.

Dessutom pågår en omställning till en god och nära vård i syfte att i högre grad organisera och bedriva vården med utgångspunkt i patientens behov och förutsättningar (prop. 2019/20:164, bet. 2020/21:SoU2, rskr. 2020/21:61). Sjukhusvården ska användas mer effektivt för de patienter som behöver dess specifika kompetens och resurser. Omställningen förutsätter därmed en stärkt primärvård. Den kommunala hälso- och sjukvården utgör en stor och viktig del av primärvården, och har därför en nyckelroll i utvecklingen till en god och nära vård.

För att möta de ökande behoven hos patienter i kommunal hälso- och sjukvård måste den medicinska kompetensen säkerställas. Samtidigt har det under en längre tid konstaterats brister i detta avseende. Det finns därför skäl att ifrågasätta om nuvarande system där kommuner har möjlighet att på egen hand anlita läkare om regionerna inte uppfyller sina skyldigheter fungerar på ett effektivt sätt. Frågan om läkartillgången i kommunal hälso- och sjukvård är alltmer angelägen och kommunernas möjlighet att säkra läkartillgången i den kommunala hälso- och sjukvården bör ses över.

Utredaren ska därför

- analysera och redogöra för kommunernas nuvarande förutsättningar att anlita läkare på regionernas bekostnad samt effektiviteten i nuvarande system,
- vid behov föreslå åtgärder som stärker kommunernas möjligheter att anlita läkare på regionernas bekostnad,
- vid behov föreslå åtgärder som skärper regionernas skyldighet att tillhandahålla läkare till kommunal hälso- och sjukvård,
- föreslå en ordning där kommuner kan anställa läkare, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Utgångspunkten ska vara ett oförändrat huvudmannaskap. Utredaren är dock inte förhindrad att även lämna andra förslag.

Uppdraget att skapa bättre förutsättningar för personal- och kompetensförsörjningen inom den kommunala hälso- och sjukvården

Stora utmaningar för personal- och kompetensförsörjningen inom den kommunala hälso- och sjukvården

Det är avgörande för kvaliteten och patientsäkerheten i hälso- och sjukvården att det finns personal som har rätt kompetens för att kunna utföra arbetsuppgifterna. I rapporten *Ordnat för omställning?* (2023) gör Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bedömningen att kompetensförsörjningen är en utmaning för primärvården, trots en bredd av kompetenser. Antalet specialitäläkare i allmänmedicin och antalet distriktssköterskor har minskat över tid. Även av Socialstyrelsens statistik framgår att antalet läkare i de specialiseringar som är avgörande för den kommunala hälso- och sjukvården minskar. Antalet specialitäläkare i geriatrik inom hälso- och sjukvården har minskat, från 28 per 100 000 invånare som är 65 år och äldre 2015 till 23 per 100 000 invånare som är 65 år och äldre 2020 (Vård och omsorg om äldre 2023). Antalet specialitäläkare i allmänmedicin som är sysselsatta inom hälso- och sjukvården har minskat från 64 per 100 000 invånare 2015 till 61 per 100 000 invånare 2020 (Socialstyrelsens statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal, 2023-04-28).

Vad gäller sjuksköterskor inom vård och omsorg för äldre uppger Socialstyrelsen att antalet har minskat från 14 391 år 2015 till 13 651 år 2020 (Vården och omsorgen om äldre 2022 och 2023). I Socialstyrelsens enkät Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? från 2022 angav 13 procent av de svarande att det är ganska eller mycket svårt att få träffa en sjuksköterska vid behov. Andelen var 9 procent 2020 och 7 procent 2013. Det är med andra ord en negativ utveckling som sker, samtidigt som antalet äldre ökar.

Av de kommuner som hade legitimerad personal anställd inom sina verksamheter eller genom upphandlade tjänster uppgav 50 procent i oktober 2022 personalbrist inom legitimationsyrkena specialistsjuksköterska, grundutbildad sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och psykolog (Socialstyrelsens rapport Nationella planeringsstödet 2023). En majoritet av kommunerna uppgav att personalbristen är oförändrad eller förvärrad jämfört med oktober 2021.

Givet den demografiska utvecklingen är utmaningarna stora framöver. Enligt Socialstyrelsens lägesrapport Vård och omsorg om äldre (2023) innebär den demografiska utvecklingen en ökad efterfrågan på personal till välfärden. Enligt Socialstyrelsen behövs flest medarbetare inom äldreomsorgen, där ytterligare 59 000 personer måste anställas fram till 2031. Det innebär en ökning med drygt 30 procent, till omkring 245 000 anställda. Under samma period beräknas nästan lika många gå i pension. Sammantaget bedöms äldreomsorgen, med dagens personaltäthet och arbetsätt, behöva rekrytera drygt 110 000 personer för att möta de ökade behoven av omsorg och för att ersätta pensionsavgångar.

I betänkandet Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer (SOU 2022:41) bedöms att kompetensen inom hälsofrämjande och förebyggande arbete samt rehabilitering och habilitering behöver öka i kommunerna för att kunna möta nuvarande och framtida utmaningar. Det gäller på såväl verksamhetsnivå som ledningsnivå. Den kommunala hälso- och sjukvården möter personer som i hög grad också är i behov av hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser. Sådana insatser bedöms kunna bidra till att öka individens livskvalitet och hälsa genom hela livet. Vidare bedöms ett stärkt fokus inom dessa områden kunna bidra till att skjuta upp eller förebygga en del vård- och omsorgsbehov. Det gäller t.ex. händelser som är kopplade till undvikbara kostnader, exempelvis fallolyckor, läkemedelsbiverkningar och besök på akutmottag-

ningar. Sammantaget förväntas en ökad kompetens inom dessa områden kunna bidra till en mer effektiv användning av de gemensamma välfärdsresurserna.

Regeringen gav den 19 januari 2023 Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning (S2023/00256). Uppdraget omfattar såväl offentliga som privata vårdgivare samt både regionalt och kommunalt finansierad hälso- och sjukvård.

Kommunernas förutsättningar att säkra kompetensförsörjningen behöver stärkas

Varje kommun ansvarar i egenskap av huvudman för den kommunala hälso- och sjukvården också för kompetensförsörjningen inom densamma. Frågor om bemanning och kompetensutveckling är ett arbetsgivaransvar. Det handlar t.ex. om att vara en attraktiv arbetsgivare genom att erbjuda karriärvägar, hitta lösningar för ett hållbart arbetsliv och attrahera fler till vård- och omsorgsyrkena. Som framgår ovan är kompetensförsörjningen och bemanningen en utmaning inom den kommunala hälso- och sjukvården, både nu och i framtiden. Den kommunala hälso- och sjukvården måste vara en attraktiv arbetsplats med en kultur och arbetsmiljö som främjar en god vård och omsorg. Utmaningarna kan inte lösas enbart med mer resurser eller fler medarbetare. Potentialen i förändrade arbetssätt, digitalisering och övrig effektivisering behöver också tas tillvara. Ny teknik kan också bidra till att minska arbetsbördan så att fler orkar längre.

Mot den bakgrunden behöver förutsättningarna för kompetensförsörjningen inom den kommunala hälso- och sjukvården stärkas. Det är en viktig del i att stärka den medicinska kompetensen. För att tillgodose den enskildes medicinska behov är tillgången till läkare inom kommunal hälso- och sjukvård viktig, men lika viktigt är det att säkerställa kompetens inom såväl omvårdnad som hälsofrämjande och förebyggande arbete samt rehabilitering. Förutsättningarna att säkra all kompetens som krävs för att möta den enskildes behov behöver därför ses över samlat.

Utredaren ska därför

- analysera och föreslå åtgärder som stärker kommunernas förutsättningar att säkra kompetensförsörjningen inom den kommunala hälso- och sjukvården, och
- analysera och föreslå åtgärder för hur det ska bli mer attraktivt för läkare och andra relevanta legitimerade yrkesutövare att arbeta inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska redovisa förslagets konsekvenser i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474). Om förslagen påverkar den kommunala självstyrelsen, ska de särskilda överväganden som gjorts i enlighet med 14 kap. 3 § regeringsformen redovisas.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Utredningen ska inhämta synpunkter från och ha dialog med regioner och kommuner, Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg, Sveriges Kommuner och Regioner, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, arbetsgivarorganisationer, enskilda utförare, universitet och högskolor, patient- och professionsorganisationer samt andra myndigheter, statliga utredningar och organisationer med relevans för uppdraget.

Den del av uppdraget som avser att skapa bättre förutsättningar för personal- och kompetensförsörjningen inom den kommunala hälso- och sjukvården ska ske i nära samråd med Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet.

Uppdraget ska redovisas senast den 1 november 2024.

(Socialdepartementet)

Statens offentliga utredningar 2024

Kronologisk förteckning

1. Ett starkare skydd för offentliganställda mot våld, hot och trakasserier. Ju.
2. Ett samordnat vaccinationsarbete – för effektivare hantering av kommande vacciner. Del 1 och 2. S.
3. Ett starkt juridiskt liv för framtida generationer. Nationell strategi för att stärka juridiskt liv i Sverige 2025–2034. Ku.
4. Inskränkningarna i upphovsrätten. Ju.
5. Förbättrad ordning och säkerhet vid förvar. Ju.
6. Steg mot stärkt kapacitet. Fi.
7. Ett säkrare och mer tillgängligt fastighetsregister. Ju.
8. Livsmedelsberedskap för en ny tid. LI.
9. Utvecklat samarbete för verksamhetsförlagd utbildning – långsiktiga åtgärder för sjuksköterskeprogrammen. U.
10. Preskription av avlägsnandebeslut och vissa frågor om återreseförbud. Ju.
11. Rätt frågor på regeringens bord – en ändamålsenlig regeringsprövning på miljöområdet. KN.
12. Mål och mening med integration. A.
13. En effektivare kontaktförbudslagstiftning – ett utökat skydd för utsatta personer. Ju.
14. Arbetslivskriminalitet – myndighets-samverkan, en gemensam tipsfunktion, lärdomar från Belgien och gränsöverskridande arbete. A.
15. Nya regler för arbetskraftsinvandring m.m. Ju.
16. Växla yrke som vuxen – en reformerad vuxenutbildning och en ny yrkesskola för vuxna. U.
17. Skolor mot brott. U.
18. Nya regler om cybersäkerhet. Fö.
19. En ny beredskapssektor – för ökad försörjningsberedskap. KN.
20. Maskinellt värde för vissa industribyggnader – ett undantag från fastighets-skatt. Fi.
21. Ett inkluderande jämställdhetspolitiskt delmål mot våld. A.
22. En ny organisation för förvaltning av EU-medel. Fi.
23. En trygg uppväxt utan nikotin, alkohol och lustgas. S.
24. Ett effektivt straffrättsligt skydd för statliga stöd till företag. Fi.
25. En mer effektiv tillsyn över socialtjänsten. S.
26. En utvärdering av förändringar i sjukförsäkringens regelverk under 2021 och 2022. S.
27. Kamerabevakning i offentlig verksamhet – lättnader och utökade möjligheter. Ju.
28. Offentlighetsprincipen eller insyns-lag. Allmänhetens insyn i enskilda aktörer inom skolväsendet. U.
29. Goda möjligheter till ökat välbefinnande. Fi.
30. En statlig ordning med brottsförebyggande åtgärder för barn och unga. S.
31. En ändamålsenlig vapenlagstiftning. Del 1 och 2. Ju.
32. Åtgärder mot mervärdesskattebedrägerier. Fi.
33. Delad hälsodata – dubbel nytta. Regler för ökad interoperabilitet i hälso- och sjukvården. S.
34. Ansvar och oberoende – public service i oroliga tider. Ku.
35. En framtid för alm och ask – förädling, forskning och finansiering. LI.

36. Förenkla och förbättra! Fi.
37. Förbättrade ränteavdragsregler för företag. Fi.
38. Digitala fastighetsköp & Förköpsrätt vid fastighetstransaktioner. LI.
39. Skärpta regler om ungdomsövervakning och straffreduktion för unga. Ju.
40. Genomförande av lönetransparensdirektivet. A.
41. Styrkraft för lyckad integration. A.
42. Bildning, utbildning och delaktighet – folkbildningspolitik i en ny tid. U.
43. Staten och kommunsektorn – samverkan, självstyrelse, styrning. Fi.
44. Stärkt kontroll av fusk i livsmedelskedjan. LI.
45. Kompletterande bestämmelser till EU:s reviderade förordning om elektronisk identifiering. Fi.
46. Ny lag om internationella sanktioner. Genomförande av EU:s sanktionsdirektiv. UD.
47. Digital myndighetspost. Fi.
48. Ett ändamålsenligt samhällsskydd. Vissa reformer av straff- och straffverkställighetslagstiftningen. Volym 1 och 2. Ju.
49. Arbetslöshetsförsäkringen vid störning, kris eller krig. A.
50. Nätt och jämnt. Likvärdighet och effektivitet i kommunsektorn. Del 1 och 2. Fi.
51. En mer rättssäker och effektiv domstolsprocess. Ju.
52. Allmänna sammankomster och Sveriges säkerhet. Ju.
53. Stöd till invandrares utvandring. Ju.
54. Vågar till ett tryggare samhälle. Åtgärder för att motverka återfall i brott. Ju.
55. En översyn av 23 kap. brottsbalken. Ju.
56. Animalieproduktion med hög konkurrenskraft och gott djurskydd. LI.
57. Ett nytt regelverk för hälsodataregister. S.
58. Ett nytt regelverk mot penningtvätt och finansiering av terrorism. Volym 1 och 2. Fi.
59. Signalspaning i försvarsunderrättelseverksamhet – en modern och ändamålsenlig lagstiftning. Fö.
60. Stärkt stöd till anhöriga. Ett mer ändamålsenligt stöd till barn och vuxna som är anhöriga. S.
61. Effektivare kontrollmöjligheter i systemen för rot, rut, grön teknik och personalliggare. Fi.
62. En förbättrad modell för presumtionshyra. Ju.
63. Ökat informationsutbyte mellan myndigheter. Behov och föreslagna förändringar. Ju.
64. Motståndskraft i samhällsviktiga tjänster. Fö.
65. Kommuners och regioners grundläggande beredskap inför kris och krig. Fö.
66. Livsviktigt lärande – fler vägar till kunskap för att förebygga suicid. S.
67. Om ekonomiska styrmedel för en mer cirkulär ekonomi. Fi.
68. Mottagandelagen. En ny lag för ordnat asylmottagande och effektivt återvändande. Ju.
69. Ett nytt konsumentkreditdirektiv. Ju.
70. Tiotandvård – ett förstärkt högkostnadsskydd för tandvård. S.
71. Reglering av hushållens skulder. Fi.
72. Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård. S.

Statens offentliga utredningar 2024

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

- Mål och mening med integration. [12]
- Arbetslivskriminalitet – myndighets-samverkan, en gemensam tipsfunktion, lärdomar från Belgien och gränsöver-skridande arbete. [14]
- Ett inkluderande jämställdhetspolitiskt delmål mot våld. [21]
- Genomförande av lönetransparensdirektivet. [40]
- Styrkraft för lyckad integration. [41]
- Arbetslöshetsförsäkringen vid störning, kris eller krig. [49]

Finansdepartementet

- Steg mot stärkt kapacitet. [6]
- Maskinellt värde för vissa industribyggnader – ett undantag från fastighetsskatt. [20]
- En ny organisation för förvaltning av EU-medel. [22]
- Ett effektivt straffrättsligt skydd för statliga stöd till företag. [24]
- Goda möjligheter till ökat välstånd. [29]
- Åtgärder mot mervärdesskattebedrägerier. [32]
- Förenkla och förbättra! [36]
- Förbättrade ränteavdragsregler för företag. [37]
- Staten och kommunsektorn – samverkan, självstyrelse, styrning. [43]
- Kompletterande bestämmelser till EU:s reviderade förordning om elektronisk identifiering. [45]
- Digital myndighetspost. [47]
- Nätt och jämnt. Likvärdighet och effektivitet i kommunsektorn. Del 1 och 2. [50]

- Ett nytt regelverk mot penningtvätt och finansiering av terrorism. Volym 1 och 2. [58]
- Effektivare kontrollmöjligheter i systemen för rot, rut, grön teknik och personaliggare. [61]
- Om ekonomiska styrmedel för en mer cirkulär ekonomi. [67]
- Reglering av hushållens skulder. [71]

Försvarsdepartementet

- Nya regler om cybersäkerhet. [18]
- Signalspaning i försvarsunderrättelseverksamhet – en modern och ändamålsenlig lagstiftning. [59]
- Motståndskraft i samhällsviktiga tjänster. [64]
- Kommuners och regioners grundläggande beredskap inför kris och krig. [65]

Justitiedepartementet

- Ett starkare skydd för offentliganställda mot våld, hot och trakasserier. [1]
- Inskränkningarna i upphovsrätten. [4]
- Förbättrad ordning och säkerhet vid förvar. [5]
- Ett säkrare och mer tillgängligt fastighetsregister. [7]
- Preskription av avlägsnandebeslut och vissa frågor om återreseförbud. [10]
- En effektivare kontaktförbudslagstiftning – ett utökat skydd för utsatta personer. [13]
- Nya regler för arbetskraftsinvandring m.m. [15]
- Kamerabevakning i offentlig verksamhet – lättnader och utökade möjligheter. [27]
- En ändamålsenlig vapenlagstiftning. Del 1 och 2. [31]

Skärpta regler om ungdomsövervakning och straffreduktion för unga. [39]

Ett ändamålsenligt samhällsskydd. Vissa reformer av straff- och straffverkställighetslagstiftningen. Volym 1 och 2. [48]

En mer rättssäker och effektiv domstolsprocess. [51]

Allmänna sammankomster och Sveriges säkerhet. [52]

Stöd till invandrades utvandring. [53]

Vägar till ett tryggare samhälle. Åtgärder för att motverka återfall i brott. [54]

En översyn av 23 kap. brottsbalken. [55]

En förbättrad modell för presumtionshyra. [62]

Ökat informationsutbyte mellan myndigheter. Behov och föreslagna förändringar. [63]

Mottagandelagen. En ny lag för ordnat asylmottagande och effektivt återvändande. [68]

Ett nytt konsumentkreditdirektiv. [69]

Klimat- och näringslivsdepartementet

Rätt frågor på regeringens bord – en ändamålsenlig regeringsprövning på miljöområdet. [11]

En ny beredskapssektor – för ökad försörjningsberedskap. [19]

Kulturdepartementet

Ett starkt judiskt liv för framtida generationer. Nationell strategi för att stärka judiskt liv i Sverige 2025–2034. [3]

Ansvar och oberoende – public service i oroliga tider. [34]

Landsbygds- och infrastrukturdepartementet

Livsmedelsberedskap för en ny tid. [8]

En framtid för alm och ask – förädling, forskning och finansiering. [35]

Digitala fastighetsköp & Förköpsrätt vid fastighetstransaktioner. [38]

Stärkt kontroll av fusk i livsmedelskedjan. [44].

Animalieproduktion med hög konkurrenskraft och gott djurskydd. [56].

Socialdepartementet

Ett samordnat vaccinationsarbete – för effektivare hantering av kommande vacciner. Del 1 och 2. [2]

En trygg uppväxt utan nikotin, alkohol och lustgas. [23]

En mer effektiv tillsyn över socialtjänsten. [25]

En utvärdering av förändringar i sjukförsäkringens regelverk under 2021 och 2022. [26]

En statlig ordning med brottsförebyggande åtgärder för barn och unga. [30]

Delad hälsodata – dubbel nytta. Regler för ökad interoperabilitet i hälso- och sjukvården. [33]

Ett nytt regelverk för hälsodataregister. [57]

Stärkt stöd till anhöriga. Ett mer ändamålsenligt stöd till barn och vuxna som är anhöriga. [60]

Livsviktigt lärande – fler vägar till kunskap för att förebygga suicid. [66]

Tiotandvård – ett förstärkt högkostnads- skydd för tandvård. [70]

Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård. [72]

Utbildningsdepartementet

Utvecklat samarbete för verksamhetsförlagd utbildning – långsiktiga åtgärder för sjuksköterskeprogrammen. [9]

Växla yrke som vuxen – en reformerad vuxenutbildning och en ny yrkesskola för vuxna. [16]

Skolor mot brott. [17]

Offentlighetsprincipen eller insynslag. Allmänhetens insyn i enskilda aktörer inom skolväsendet. [28]

Bildning, utbildning och delaktighet – folkbildningspolitik i en ny tid. [42]

Utrikesdepartementet

Ny lag om internationella sanktioner.
Genomförande av EU:s sanktions-
direktiv. [46]

Från: [Inger Karlsson](#)
Till: info@vardforetagarna.se; info@anhorigasriksforbund.se; info@kommunen@boden.se; kommun@borgholm.se; medborgarcenter@botkyrka.se; info@dorotea.se; registrator@kommun@eksjo.se; kommunen@emmaboda.se; eskilstuna.kommun@eskilstuna.se; info@fagersta.se; flenskommun@flen.se; info@forte.se; info@fremia.se; info@funktionsratt.se; kansli@fysioterapeuterna.se; info@socialchefer.se; forvaltningsratteniharnosand; forvaltningsrattenimalmo; kommunstyrelse@grums.se; stadsledningskontoret@stadshuset.goteborg.se; registrator@kommunstyrelsen@halmstad.se; kommun@hedemora.se; herrjunga.kommun@admin.herrjunga.se; kommun@hudiksvall.se; info@herjedalen.se; registrator@imy.se; info@kommunstyrelse@jonkoping.se; kommun@kalmar.se; kammarrattenistockholm; info@karlshamn.se; kommun@kungsbacka.se; kommun@laxa.se; kommun@lerum.se; kommun@ljustnarsberg.se; registrator@lu.se; info@ludvika.se; kommunstyrelsen@malmoe.se; motala.kommun@motala.se; info@registrator@registrator@nacka.se; info@anhoriga.se; info@pro.se; region@regionblekinge.se; region.dalarna@regiondalarna.se; regiongotland@gotland.se; rg@regiongavleborg.se; REGION.HALLAND.officiell.e-post; region@regionjh.se; regionen@rjl.se; registrator@regionkalmar.se; registrator@kronoberg.se; regionnorrboten@norrboten.se; region@skane.se; registrator.rlk@regionstockholm.se; post@regionsormland.se; region.uppsala@regionuppsala.se; region@regionvarmland.se; regionen@regionvasterbotten.se; region.vasternorrland@rvn.se; region@regionvastmanland.se; regionen@regionorebrolan.se; region@regionostergotland.se; justitieombudsmannen@jo.se; fub@fub.se; info@masmarforeningen@gmail.com; simrishamns.kommun@simrishamn.se; kontakt@sobona.se; socialstyrelsen@info@spfseniorena.se; kommunen@staffanstorps.se; registrator@registrator@kommunstyrelsen@stockholm.se; sundsvalls.kommun@sundsvall.se; kommun@sunne.se; kansliet@svenljunga.se; info@swenurse.se; forbundet@kommunal.se; sjs@sjs.se; info@demenscentrum.se; kansli@arbetsterapeuterna.se; registrator@skr.se; info@slf.se; kommunstyrelsen@soderhamn.se; info@solvesborg.se; timra.kommun@timra.se; umea.kommun@umea.se; registrator@registrator@kommunledningskontoret@uppsala.se; kommun@vetlanda.se; [vindelnns.kommun@vindeln.se](mailto:vindelns.kommun@vindeln.se); remiss@vision.se; info@vardforbundet.se; kommunstyrelsen@vasteras.se; post@vgregion.se; kommunstyrelsen@vaxjo.se; ydre.kommun@ydre.se; kommun@astorp.se; info@aldrecentrum.se; info@almhult.se; Kommun@orebro.se; kundcenter@ostersund.se; kommunen@osthammar.se; kommun@overtornea.se
Kopia: betankande@elanders.com; [S Info Order](#); [S Registrator](#)
Ärende: Remiss av SOU 2024:72 Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård - DL 12 mars 2025
Datum: den 25 november 2024 11:10:51
Bilagor: [image001.png](#)
[Remissmissiv Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård \(SOU 2024_72\).pdf](#)

[Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård - Regeringen.se](#)

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

Remissinstanser

1. Almega Vårdföretagarna
2. Anhörigas riksförbund
3. Barnombudsmannen
4. Boden kommun
5. Borgholm kommun
6. Botkyrka kommun
7. Dorotea kommun
8. E-hälsomyndigheten
9. Eksjö kommun
10. Emmaboda kommun
11. Eskilstuna kommun
12. Fagersta kommun
13. Flen kommun
14. Folkhälsomyndigheten
15. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd

16. Fremia
17. Funktionsrätt Sverige
18. Fysioterapeuterna
19. Föreningen Sveriges Socialchefer
20. Förvaltningsrätten i Härnösand
21. Förvaltningsrätten i Malmö
22. Grums kommun
23. Göteborg kommun
24. Göteborgs universitet
25. Halmstad kommun
26. Hedemora kommun
27. Herrljunga kommun
28. Hudiksvall kommun
29. Härjedalen kommun
30. Inspektionen för vård och omsorg
31. Integritetsskyddsmyndigheten
32. Jämställdhetsmyndigheten
33. Jönköping kommun
34. Kalmar kommun
35. Kammarrätten i Stockholm
36. Karlshamn kommun
37. Kungsbacka kommun
38. Laxå kommun
39. Lerum kommun
40. Ljusnarsberg kommun
41. Ludvika kommun
42. Lunds universitet
43. Malmö kommun
44. Motala kommun
45. Myndigheten för delaktighet
46. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
47. Nacka kommun
48. Nationellt kompetenscentrum anhöriga
49. Pensionärernas riksorganisation
50. Region Blekinge
51. Region Dalarna
52. Region Gotland
53. Region Gävleborg
54. Region Halland

55. Region Jämtland-Härjedalen
56. Region Jönköping
57. Region Kalmar
58. Region Kronoberg
59. Region Norrbotten
60. Region Skåne
61. Region Stockholm
62. Region Sörmland
63. Region Uppsala
64. Region Värmland
65. Region Västerbotten
66. Region Västernorrland
67. Region Västmanland
68. Region Örebro
69. Region Östergötland
70. Riksdagens ombudsmän
71. Riksförbundet FUB
72. Riksförbundet för rörelsehindrade barn och ungdomar
73. Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering
74. Simrishamn kommun
75. Sobona
76. Socialstyrelsen
77. SPF Seniorerna
78. Staffanstorps kommun
79. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
80. Statskontoret
81. Stockholm kommun
82. Sundsvall kommun
83. Sunne kommun
84. Svenljunga kommun
85. Svensk sjuksköterskeförening
86. Svenska kommunalarbetsförbundet
87. Svenska läkaresällskapet
88. Svenskt demenscentrum
89. Sveriges arbetsterapeuter
90. Sveriges Kommuner och Regioner
91. Sveriges läkarförbund
92. Söderhamn kommun

93. Sölvesborg kommun
94. Timrå kommun
95. Umeå kommun
96. Umeå universitet
97. Universitetskanslersämbetet
98. Upphandlingsmyndigheten
99. Uppsala kommun
100. Vetlanda kommun
101. Vindeln kommun
102. Vision
103. Vårdförbundet
104. Västerås kommun
105. Västra Götalandsregionen
106. Växjö kommun
107. Ydre kommun
108. Åstorp kommun
109. Äldrecentrum
110. Älmhult kommun
111. Örebro kommun
112. Östersund kommun
113. Östhammar kommun
114. Övertorneå kommun

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 12 mars 2025**. Svaren bör lämnas per e-post till s.remissvar@regeringskansliet.se och med kopia till s.sof@regeringskansliet.se. Ange diarienummer S2024/01966 och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Svaret bör lämnas i två versioner: den ena i ett bearbetningsbart format (t.ex. Word), den andra i ett format (t.ex. pdf) som följer tillgänglighetskraven enligt lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service. Remissinstansens namn ska anges i namnet på respektive dokument.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Betänkandet kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Remissinstanserna kan utan kostnad beställa tryckta exemplar av betänkandet via ett [beställningsformulär hos Elanders Sverige AB](#).

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria [Svara på remiss \(SB PM 2021:1\)](#). Den kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Tony Malmberg
Departementsråd

Inger Karlsson

Kanslisekreterare

Socialdepartementet

Enheten för socialtjänst och funktionshinderspolitik (SOF)

103 33 Stockholm

Tfn 08-405 39 89

inger.karlsson@regeringskansliet.se

www.regeringen.se



Regeringskansliet