

Rättsavdelningen
Anna Giertz
anna.giertz@socialstyrelsen.se

Socialdepartementet

Socialstyrelsens yttrande över betänkandet *Nästa steg – ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer (SOU 2022:41)*

Socialdepartementets diarienummer S2022/03277

Socialstyrelsen tillstyrker i huvudsak utredningens förslag med de synpunkter som redovisas nedan.

Socialstyrelsen ställer sig positiv till utredningens förslag som syftar till att stärka kvaliteten och jämlikheten i vård och omsorg för äldre personer. Myndigheten är särskilt positiv till förslagen som syftar till att stärka tillgången till medicinsk kompetens i den kommunala hälso- och sjukvården. Att kraven och innehållet i vården förtydligas både avseende regionens och kommunens ansvar, och på verksamhetsnivå och ledningsnivå, ser myndigheten som betydelsefulla och ändamålsenliga åtgärder.

7.3 En särskild lag om äldreomsorg

7.3.1 Det behövs en särskild lag

Socialstyrelsen tillstyrker förslaget att införa en särskild lag om äldreomsorg som ska komplettera socialtjänstlagen (2001:453), SoL.

7.3.2 Lagens tillämpningsområde beskriver vad som utgör äldreomsorg

När det gäller förslaget till bestämmelse om äldreomsorgslagens tillämpningsområde (1 §) vill Socialstyrelsen lämna följande kommentarer. Socialstyrelsen anser att det är viktigt att tillämpningsområdet för den nya lagen är så tydligt som möjligt och att det inte formuleras på ett sådant sätt att det begränsar vilka som får äldreomsorg i förhållande till idag. Av betänkandet (s. 242) framgår också att avsikten är att tillämpningsområdet ska vara generöst beskrivet för att kunna tillämpas utifrån individens behov. Myndigheten anser dock att förslaget till tillämpningsområde i 1 § första stycket äldreomsorgslagen inte är tillräckligt tydligt. Enligt förslaget ska lagen gälla i socialnämndens verksamhet som avser stöd och hjälp i den dagliga livsföringen på grund av nedsatt funktionsförmåga som förvärvats eller kvarstår i samband med åldrande för personer som fyllt 65 år (äldreomsorg). Socialstyrelsen ser här en risk att formuleringen ”nedsatt

funktionsförmåga som förvärvats eller kvarstår i samband med åldrande” kan leda till att både enskilda och handläggare tror att det måste utredas vilken typ av funktionsförmåga som är nedsatt och om den har något samband med åldrande. Det anges förvisso uttryckligen i betänkandet (s. 246) att ”i samband med åldrande” inte betyder att behoven behöver bero på åldrande. Myndigheten bedömer dock att uttryckssättet ändå kan medföra en risk att lagtexten tolkas på det sättet och att det kan göra det svårare för enskilda att få äldreomsorg än det är idag. Det kan leda till onödigt omfattande utredningar och skulle i det enskilda fallet även kunna begränsa möjligheterna att få insatser.

I förslaget till 1 § fjärde stycket äldreomsorgslagen anges det vilka bestämmelser i lagen som även gäller i enskild verksamhet som utför kommunens uppgifter inom äldreomsorgen. Socialstyrelsen ställer sig tveksam till behovet av en sådan bestämmelse. Myndigheten är också tveksam till att 4 § äldreomsorgslagen som upplyser om innehållet i 1 kap. 1 § SoL inte nämns i uppräknningen. Bestämmelsen brukar anses omfatta såväl handläggning och genomförandet av insatser, t.ex. när det gäller att verksamheten ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet. I betänkandet (s. 606) framgår att de bestämmelser som enbart är upplysningar om bestämmelser i SoL inte anges i paragrafen, utan gäller i den mån de är tillämpliga enligt SoL. Myndigheten ser här en risk att den nya bestämmelsen ändå kan uppfattas som att 1 kap. 1 § SoL inte gäller för enskild verksamhet och anser att det behöver tydliggöras ytterligare i den fortsatta beredningen av förslaget.

7.3.6 En personcentrerad äldreomsorg med individens behov i centrum

Socialstyrelsen delar utredningens bedömning att individperspektivet behöver stärkas vid utredningar, beslut och genomförandet av insatser inom äldreomsorgen. Myndigheten tillstyrker därför förslaget till bestämmelser i 11 § första stycket äldreomsorgslagen, att de insatser en person beviljas som stöd och hjälp i den dagliga livsföringen ska vara utformade och genomföras på ett sätt som tillgodoser personens individuella behov och utgår från personens förutsättningar.

Socialstyrelsen bedömer dock att även insatser som ges utan föregående behovsprövning så långt möjligt behöver vara individanpassade vid genomförandet, det vill säga att de är utformade och genomförs på ett sätt som tillgodoser personens önskemål och utgår från personens förutsättningar. Syftet med det förenklade beslutsfattandet är att socialnämnden ska kunna bevilja hemtjänst utan att behöva utreda individens behov i detalj. Varken i lagtext eller förarbeten anges att detta innebär att det inte ska ske individanpassningar i själva utförandet. Det anges tvärtom i förarbetena till 4 kap. 2 a § SoL att den äldre ska kunna påverka hur insatserna utformas.¹ Socialstyrelsen anser därför att det vore lämpligt att omformulera 11 § andra stycket äldreomsorgslagen så att insatser som beviljats med stöd av 4 kap. 2 a § SoL omfattas när det gäller genomförandet.

7.3.7 Ett personcentrerat perspektiv vid utförandet av insatserna

Socialstyrelsen tillstyrker förslaget om krav på genomförandeplaner (18 §) men anser att det bör förtydligas i lagtexten att en genomförandeplan som huvudregel

¹ Prop. 2017/18:106 s. 21–22.

ska upprättas i samband med att insatserna verkställs, det vill säga vid utförandet av insatserna. Myndigheten anser vidare att kravet även bör omfatta insatser som ges med stöd av 4 kap. 2 a § SoL. Även sådana insatser som beviljats utan så kallad behovsprövning syftar till att hjälpa och stödja en person som inte längre har möjlighet att själv tillgodose dessa behov och möjligheten till t.ex. delaktighet bör inte bero på vilket sätt en insats har beviljats. Av betänkandet framgår också att även den som har hemtjänst med stöd av 4 kap. 2 a § SoL omfattas av förslaget om fast omsorgskontakt (22 §) vilket är ett ytterligare ett skäl till att kravet på genomförandeplan även bör omfatta dessa insatser. Om det saknas en genomförandeplan kan det t.ex. försvåra samordningen av de insatser som den enskilde får.

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

Socialstyrelsen tillstyrker förslaget (23 §) att socialnämnden ska följa upp om de insatser som beviljats en person enligt 4 kap. 1 § SoL tillgodoser personens behov och att uppföljningen även ska ske med utgångspunkt i insatsernas kvalitet enligt 3 kap. 3 § SoL. Det är välkommet att detta fastställs i lagen. Uppföljning är en viktig komponent för att kunna uppfylla kravet på god kvalitet i äldreomsorgen. I den fortsatta beredningen av förslaget bör det dock övervägas om uppföljningskravet som framgår av 4 kap. 2 a § tredje stycket SoL bör inarbetas i denna bestämmelse, eller om bestämmelsen i äldreomsorgslagen bör hänvisa till, eller upplysa om, bestämmelsen i SoL.

7.3.12 Fast omsorgskontakt

Socialstyrelsen tillstyrker förslaget att bestämmelsen om fast omsorgskontakt för äldre personer med hemtjänst flyttas från SoL till äldreomsorgslagen och att fast omsorgskontakt ska erbjudas även för personer i särskilda boenden för äldre, om det inte är uppenbart obehövt. När det gäller särskilt boende har myndigheten dock svårt att se situationer där det skulle var uppenbart obehövt att erbjuda fast omsorgskontakt och efterlyser exempel på detta i den fortsatta beredningen.

Socialstyrelsen uppfattar att den fasta omsorgskontaktens roll delvis beskrivs på ett annat sätt med ett större fokus på omsorgskontaktens ansvar för samordning i förhållande till kontinuitet i betänkandet, jämfört med i propositionen *Fast omsorgskontakt i hemtjänsten*. Socialstyrelsen vill därför understryka att det är bättre och rimligare att tyngdpunkten i omsorgskontaktens arbete är att tillgodose behovet av kontinuitet än samordning, med hänsyn till den fasta omsorgskontaktens mandat, roll, kompetens och förutsättningar. I synnerhet om det med samordning avses samordning mellan huvudmän. Socialstyrelsen förordar dock att rollen som fast omsorgskontakt ska vara i huvudsak densamma som tidigare.

7.3.13 Uppföljning för kvalitetsutveckling

Socialstyrelsen tillstyrker förslaget om krav på att socialnämnden varje år ska upprätta en kvalitetsberättelse för äldreomsorgen (24 §). Tillsammans med patientsäkerhetsberättelsen kan kvalitetsberättelsen utgöra ett bra underlag för nämndens styrning av äldreomsorgen.

7.3.14 Ledarskap

Socialstyrelsen tillstyrker förslaget att det i äldreomsorgslagen ska regleras att chefer, som är den närmaste chefen för den operativa verksamheten i verksamhet som utför insatser inom äldreomsorgen, ska ges de förutsättningar som behövs för att de ska kunna utöva ett aktivt och närvarande ledarskap (20 §). Förslaget förtydligar vikten av att första linjens chefer har reella förutsättningar att leda och ge stöd till personalen. För att underlätta tillämpningen vore det bra om det tydligt framgick av bestämmelsen vem som har ansvar för att chefen ges dessa förutsättningar, t.ex. den som bedriver verksamheten eller socialnämnden.

7.3.15 Personal, bemanning och kompetens

Socialstyrelsen tillstyrker förslaget att det i äldreomsorgslagen regleras att det i verksamhet som utför insatser inom äldreomsorgen ska finnas den personal som behövs för att insatserna ska kunna utföras i enlighet med de mål och krav som gäller för verksamheten enligt äldreomsorgslagen och socialtjänstlagen (21 §). Myndigheten anser att detta är centralt för kvaliteten i äldreomsorgen och ett viktigt förtydligande i lagtexten. Av betänkandet framgår också att äldreomsorgslagens bestämmelser kompletterar bestämmelserna i SoL och att bestämmelsen om personal i 3 kap. 3 § andra stycket SoL även omfattar äldreomsorgen. För att underlätta tillämpningen av regelverket vore det bra om det i den fortsatta beredningen av förslaget även kan tydliggöras hur den nya bestämmelsen i äldreomsorgslagen förhåller sig till bestämmelsen i 2 kap. 3 § socialtjänstförordningen (2001:937) som anger särskilda krav avseende bemanning i särskilda boenden för äldre personer.

7.3.18 En nationell ordning för kvalitetsutveckling i äldreomsorgen

Socialstyrelsen delar utredningens bedömning att äldreomsorgens kvalitet behöver stärkas och att den nationella likvärdigheten behöver öka. Myndigheten bedömer också att de områden som föreslås ingå i ordningen är relevanta. Myndigheten saknar dock en tydlig analys av på vilket sätt just en nationell ordning för kvalitetsutveckling enligt utredningens förslag skulle bidra till höjd kvalitet i äldreomsorgen och vilka behov som finns av en sådan ordning. Det vore mer lämpligt att först ta reda på vilka behov av stöd och styrning som finns inom ramen för de utpekade områdena och vilken form av stöd eller styrning som vore mest ändamålsenlig för att stärka kvalitetsutvecklingen och främja en nationell likvärdighet i äldreomsorgen. Myndigheten ställer sig därför tveksam till förslaget om en förordning om en nationell kvalitetsutveckling inom äldreomsorgen i den form som beskrivs i utredningen.

Socialstyrelsen ser även en risk att förslaget kan bidra till att i onödan förstärka gränsdragningarna mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård i äldreomsorgen. Den nationella styrningen behöver tvärtom i större utsträckning stödja hur hälso- och sjukvården och omsorgen för äldre personer kan vara så samordnad och tillgänglig som möjligt för den enskilde.

Stärkt primärvård i kommuner

8.2 Gränsdragning mot specialiserad hälso- och sjukvård i hemmet

Socialstyrelsen är tveksam till behovet av att ge en utredning i uppdrag att förtydliga ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och möjligheten till samverkan inom den specialiserade vården i hälso- och sjukvårdslagen. Det finns redan stora möjligheter för regioner och kommuner att samarbeta kring patienter som har behov av såväl primärvård som specialiserad vård i hemmet inom ramen för nuvarande regelverk. Myndigheten vill i sammanhanget lyfta fram t.ex. bestämmelsen i 16 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, som ålägger regionen och kommunen att samverka så att en enskild som kommunen ansvarar för också får övrig vård och behandling. Socialstyrelsen har också svårt att se att ansvarsfördelningen går att reglera mer detaljerat utan att detta skulle leda till ökade svårigheter. Fokuseringen på juridiska gränsdragningar riskerar istället att försvåra samarbetet mellan huvudmännen och försvåra för dem att följa den medicinska och tekniska utvecklingen.

8.4 Ansvar för läkarinsatser

8.4.1 Kommunens möjlighet att utföra läkarinsatser bör inte ändras

Socialstyrelsen delar utredningens bedömning att regionerna i dagsläget har bäst förutsättningar att som huvudman säkerställa en god tillgång till läkare även för patienter i den kommunala hälso- och sjukvården. Myndigheten anser dock, i likhet med vårt yttrande över SOU 2020:19, att om en kommun och en region är överens bör det finnas en möjlighet för kommunen att erbjuda läkarinsatser inom den egna hälso- och sjukvården.

8.5 Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar tydliggörs

8.5.1 Det kommunala primärvårdsansvaret

Socialstyrelsen delar utredningens bild att många anser att fördelningen av ansvar för hälso- och sjukvård mellan regioner och kommuner är otydlig och att en tydligare reglering vore önskvärd. Myndigheten avstyrker dock utredningens förslag att det ska framgå av 12 kap. hälso- och sjukvårdslagen att kommunen ansvarar för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå genom att uttrycket ”hälso- och sjukvård” i tillämpliga fall i hälso- och sjukvårdslagen ersätts med ”primärvård” och de övriga ändringar som följer av det. Det finns flera skäl till Socialstyrelsens bedömning som vi redogör för nedan.

Utredningens förslag kan göra ansvarsfördelningen mer otydlig

Utredningen anger att förslaget inte innebär någon förändring i gällande ansvarsförhållanden utan endast ett förtydligande. Socialstyrelsen bedömer dock att förslaget inte gör ansvarsfördelningen tydligare och att det även kan medföra nya gränsdragningssvårigheter.

Det råder inte någon tvekan om att kommunernas ansvar idag avser hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå. De gränsdragningar som kan vara svåra handlar enligt Socialstyrelsens mening istället om vilken primärvård som kommunen

respektive regionen ansvarar för samt vad som är primärvård respektive specialiserad hälso- och sjukvård. Utredningens förslag tydliggör inte dessa frågor.

Det finns också en risk att förslaget kan medföra nya svårigheter kring ansvarsfördelningen. Tillsammans med definitionen av primärvård i 2 kap. 6 § HSL och bestämmelserna i 13 a kap. HSL om primärvårdens grunduppdrag, kan förslaget tolkas som att kommunerna ska ansvara för hela primärvården förutom läkarinsatser till sina patientgrupper vilket inte stämmer överens med nuvarande reglering. Även om det anges tydligt i förarbetena att någon förändring av ansvarsfördelningen inte avses kan diskrepansen mellan förarbetena och lagtexten leda till svårigheter i tillämpningen och ytterligare osäkerhet kring ansvarsfördelningen. Det skulle kunna leda till nya gränsdragningssvårigheter till exempel avseende hälso- och sjukvård som ges av psykologer och biomedicinska analytiker på primärvårdsnivå och mödravård som ges av bammorskor.

Utredningens förslag stämmer inte överens med definitionen av primärvård i HSL

Definitionen av primärvård i 2 kap. 6 § HSL anger att primärvård är hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Den kommunala hälso- och sjukvården kännetecknas emellertid av sådana begränsningar. Det finns visserligen förarbetsuttalanden som anger att den kommunala hälso- och sjukvården omfattas av definitionen. Förarbetena avser dock delvis en äldre utformning av lagtexten som skiljer sig från dagens.² Socialstyrelsen bedömer att diskrepansen mellan lagtexten och förarbetsuttalandena kan leda till osäkerhet i tillämpningen av lagen som kan bli mer påtaglig med utredningens förslag.

Det bör framgå av lagen att det är hälso- och sjukvård som kommunerna ska erbjuda

Det finns ett värde i att det som kommunerna ska erbjuda enligt lag benämns som hälso- och sjukvård. Utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* har föreslagit att begreppet hemsjukvård i HSL ska ersättas med hälso- och sjukvård i hemmet för att tydliggöra att den hälso- och sjukvård som utförs i hemmet är likställd övrig vård och att det enda som särskiljer den är platsen vård utförs på.³ Detta argument gäller enligt Socialstyrelsen också för utredningens förslag att benämna den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för som primärvård.

Utredningens förslag utesluter biståndsbedömda trygghetsboenden i flera delar

I 12 kap. 2 § HSL anges idag att kommunen får erbjuda den som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket SoL, d.v.s. biståndsbedömt trygghetsboende. Utredningen föreslår i betänkandet bland annat att "hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende" ändras till "primärvård i ordinärt boende" och att benämningen "hemsjukvård" ska utgå i 12 kap. 2 § HSL.

² Prop. 2019/20:164, *Inrikningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 71 f. och prop. 1994/95:195, *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*, s. 46 f.

³ SOU 2019:20, *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*, s. 153.

Utredningen föreslår också följdändringar i andra bestämmelser där ”hemsjukvård” byts mot ”primärvård i ordinärt boende”. Eftersom hemsjukvård i den nuvarande regleringen omfattar både ordinärt boende och biståndsbedömt trygghetsboende innebär följdändringarna att personer som bor i trygghetsboende inte kommer att omfattas av de bestämmelserna. Socialstyrelsen är tveksam till om detta är utredningens avsikt och anser inte heller att det vore lämpligt. Myndigheten anser därför att detta behöver ses över i den fortsatta beredningen av även förslagen i 8 kap. 8 §, 12 kap. 4 § första stycket 2 och 14 kap. 2 § HSL samt 8 a § tandvårdslagen (1985:125).

8.5.2 En gemensam plan för primärvården

Socialstyrelsen tillstyrker förslaget om att i HSL förtydliga kraven på att regionen och kommunen ska samverka med varandra vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården. Det innebär inte någon ändring i sak då kravet på samverkan finns sedan tidigare, men myndigheten ser positivt på att detta förtydligas.

Socialstyrelsen tillstyrker även förslaget att regionen och kommunerna i regionen ska upprätta en gemensam plan för formerna för och utvecklingen av hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå. Myndigheten bedömer att en övergripande gemensam plan kan leda till ökad tydlighet och underlätta samverkan mellan huvudmännen.

8.5.3 Kommunens primärvård ska ges nära patienten

Socialstyrelsen tillstyrker utredningens förslag att det ska framgå av en ny bestämmelse i HSL att kommunerna ska organisera sin hälso- och sjukvård så att den kan ges nära patienten. Vad gäller användningen av begreppet ”primärvård” se avsnitt 8.5.1.

8.5.4 Vårdbehov i kommunens primärvård

Socialstyrelsen delar utredningens bedömning att tillgången till hälso- och sjukvård bör stärkas för personer som får kommunal hälso- och sjukvård. Myndigheten anser emellertid att det är otydligt vad som avses med uttrycket ”inskriven”. Enligt utredningen omfattas de som bor i särskilda boenden i 12 kap. 1 § HSL eller de som får primärvård i ordinärt boende från kommunen enligt 12 kap. 2 § HSL. Denna avgränsning utesluter patienter som får kommunal hälso- och sjukvård i biståndsbedömt trygghetsboende eller i dagverksamhet. Begreppet ”inskrivning” används inte heller i HSL idag och det ger intryck av att det skulle behövas ett särskilt administrativt förfarande.

Socialstyrelsen anser att det behöver tydliggöras i lagtexten vilka grupper som ska omfattas av respektive bestämmelse. Om uttrycket ”inskriven” ska användas i HSL anser myndigheten att begreppet bör definieras i lagen.

Vad gäller vilka som bör omfattas av förslagen om stärkt tillgång till hälso- och sjukvård vill Socialstyrelsen påpeka att personer som får kommunal hälso- och sjukvård i biståndsbedömda trygghetsboenden kan ha lika stora behov som personer som bor i ordinärt boende. Myndigheten är därför tveksam till att denna grupp inte omfattas av vissa förslag.

Vad gäller användningen av begreppet ”primärvård” se avsnitt 8.5.1.

8.6 Stärkt tillgång till medicinsk kompetens i kommunens primärvård

8.6.1 Medicinsk bedömning av sjuksköterska dygnet runt

Socialstyrelsen tillstyrker förslaget att det införs en skyldighet i HSL för kommunen att säkerställa att enskilda som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård vid behov kan få en medicinsk bedömning av en sjuksköterska dygnet runt. Eftersom det är en skyldighet som riktar sig till kommunen i egenskap av huvudman anser myndigheten att bestämmelsen skulle bättre passa in i 12 kap. istället för 13 a kap. HSL.

Vad gäller användningen av begreppet ”inskriven” se avsnitt 8.5.4.

8.6.2 Individuell vårdplanering

Socialstyrelsen delar utredningens bedömning att enskilda som får kommunal hälso- och sjukvård som regel har behov en individuell plan. Vårdplaneringen behöver öka generellt för att patienten ska få en god, säker och sammanhållen vård. Socialstyrelsen bedömer dock att även patienter som har behov av insatser från flera olika vårdgivare men inte från socialtjänsten bör omfattas av regleringen avseende individuell plan och förordar därför det förslag till ändring i 16 kap. 4 § HSL som lades fram av utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård*.⁴ Myndigheten föreslår också att utredningens förslag till ändring i 6 kap. 4 § patientlagen ändras för att överensstämma med detta.

När det gäller förslagen i 16 kap. 4 § tredje stycket HSL om vad som ska framgå av den individuella planen, föreslår Socialstyrelsen att skrivningen om framtida vårdbehov i sjätte punkten bör ändras från ”i tillämpliga fall” till ”om det är lämpligt”.

Om den utvidgning av 16 kap. 4 § HSL som utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* har föreslagit genomförs bedömer Socialstyrelsen att utredningens förslag till bestämmelse i 16 kap. 5 § HSL inte behövs.

Vad gäller begreppet ”inskriven” se avsnitt 8.5.4.

8.6.3 Fast vårdkontakt i kommuner

Socialstyrelsen tillstyrker förslaget till 6 kap. 2 a § patientlagen i sak då myndigheten delar utredningens bedömning att de allra flesta personer som får kommunal hälso- och sjukvård har behov av en fast vårdkontakt i kommunen. Se dock avsnitt 8.5.1 angående begreppet ”inskriven” och avsnitt 8.5.4 angående begreppet ”primärvård”.

Socialstyrelsen avstyrker den föreslagna bestämmelsen i 13 a kap. 6 § första stycket HSL att kommunen ska säkerställa att enskilda som är inskrivna i kommunens primärvård kan få en fast vårdkontakt i kommunen. Myndigheten anser att en sådan särskild bestämmelse om att kommunen ska säkerställa möjligheten till fast vårdkontakt inte behövs eftersom det redan framgår av 6 kap. 2 § och den föreslagna 2 a § patientlagen när en fast vårdkontakt ska utses. Vidare anges i 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen att det är verksamhetschefen som ska utse den fasta vårdkontakten. Det föreslagna bemyndigandet i 13 kap. 6 §

⁴ SOU 2020:19, *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*, s. 168 ff.

andra stycket HSL skulle därför kunna flyttas till bestämmelserna om fast vårdkontakt i patientlagen.

8.7 Stärkt tillgång till läkare

8.7.1 Styrning för ökad likvärdighet och tillgänglighet

Socialstyrelsen tillstyrker utredningens förslag att det ska tydliggöras i HSL vilka krav som ställs på läkarinsatser till personer som får kommunal hälso- och sjukvård. Det kan på ett bra sätt bidra till att stärka kvaliteten och likvärdigheten för patienter i den kommunala hälso- och sjukvården.

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

Socialstyrelsen tillstyrker i sak förslaget i 13 a kap. 3 § HSL om möjligheten att lista sig hos en vårdgivare som ansvarar för läkarinsatser till ett särskilt boende eller i ordinärt boende och där få en fast läkarkontakt. Myndigheten anser dock att bestämmelsen ska formuleras om något. I andra bestämmelser om listning i HSL används begreppet ”utförare” och inte ”vårdgivare” i HSL. Socialstyrelsen föreslår därför att begreppet ”utförare” också ska användas i den föreslagna 13 a kap. 3 § HSL.

Se avsnitt 8.5.1 angående begreppet ”inskriven” och avsnitt 8.5.4 angående begreppet ”primärvård”.

8.7.3 Innehållet i det särskilda läkaruppdraget

Socialstyrelsen tillstyrker i sak förslaget i 13 a kap. 4 § HSL om en skyldighet för regionen att säkerställa att en särskild vårdgivare har fasta läkarkontakter, som kan vara tillgängliga för planerad och oplanerad medicinsk bedömning och behandling, planering, samordning av patientens vård, handledning och viss fortbildning av kommunens hälso- och sjukvårdspersonal. Myndigheten föreslår dock att även denna bestämmelse formuleras om något som en följd av vad som beskrivits ovan om listning i avsnitt 8.7.2 eftersom förslaget i 4 § innehåller en hänvisning till 3 §. Vidare anser myndigheten att det inte bör anges att utföraren ska ha fasta läkarkontakter, utan läkare som kan vara tillgängliga för att vara fasta läkarkontakter, samt för de uppgifter som anges i utredningens förslag till 13 a kap. 4 § 1 och 2 eftersom det inte kan förväntas att den fasta läkarkontakten alltid är tillgänglig för uppgifterna. Mot bakgrund av det skulle bestämmelsen i 4 § kunna formuleras t.ex. så här istället:

”Regionen ska säkerställa att den *utförare* som avses i 3 § har *läkare* som kan vara tillgängliga för,

1. att vara fasta läkarkontakter,
2. planerad och oplanerad medicinsk bedömning och behandling, planering och samordning av patienternas vård, och
3. handledning och viss fortbildning av kommunens hälso- och sjukvårdspersonal.”

8.7.4 Uppgifter för alla fasta läkarkontakter

Socialstyrelsen tillstyrker förslaget till bestämmelse i hälso- och sjukvårdsförordningen om uppgifter för fasta läkarkontakter. Myndigheten saknar ett förslag till bemyndigande för regeringen att meddela den föreslagna bestämmelsen.

8.7.5 Medicinsk bedömning av läkare dygnet runt

Socialstyrelsen tillstyrker förslaget i 13 a kap. 2 § HSL om att regionen ska säkerställa att enskilda som är inskrivna i kommunens primärvård vid behov kan få en medicinsk bedömning av en läkare i primärvården dygnet runt. Myndigheten anser att det är en viktig del i att vården är anpassad efter patienternas behov.

Se avsnitt 8.5.1 angående begreppet ”inskriven” och avsnitt 8.5.4 angående begreppet ”primärvård”.

8.8 Stärkt medicinsk kompetens på ledningsnivå

8.8.2 Stärkt medicinsk kompetens inom omvårdnad på vårdgivarnivå

Socialstyrelsen är positiv till utredningens förslag om stärkt medicinsk kompetens inom omvårdnad på vårdgivarnivå. Myndigheten delar också utredningens bedömning att en verksamhetschef som svarar för verksamheten behövs inom kommunal hälso- och sjukvård liksom i andra hälso- och sjukvårdsverksamheter.

För att bättre svara mot behovet av att stärka den medicinska kompetensen på ledningsnivå anser Socialstyrelsen att det behövs en delvis annan utformning av författningsförslagen. De befattningar som utredningen benämner som *kvalitetsansvariga* anser Socialstyrelsen bör benämnas som *medicinskt ansvariga* eftersom det är den medicinska kompetensen som ska stärkas. Vidare anser myndigheten att utredningens förslag för när sådana ansvariga ska utses inte är tillräckligt tydligt och föreslår att medicinskt ansvariga ska utses om verksamhetschefen inte har kompetens inom omvårdnad eller rehabilitering. Socialstyrelsen ser också att det kan förekomma att vårdgivare inom den kommunala hälso- och sjukvården endast har verksamhet inom antingen omvårdnad eller rehabilitering. I sådana fall är det inte ändamålsenligt att kräva att de måste ha en medicinskt ansvarig för ett område som de inte bedriver verksamhet inom. Myndigheten föreslår därför en justering av författningsförslaget även för detta.

Betänkandet innehåller också ett förslag till bemyndigande i 4 kap. 4 § andra stycket HSL för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om vilka uppgifter och vilken kompetens som krävs för att kunna säkerställa kvaliteten enligt första stycket inom kommunens primärvård. Socialstyrelsen anser att det inte är ändamålsenligt med författningsreglering av vilken kompetens som krävs för att säkerställa kvaliteten i verksamheten utan förordrar att bemyndigandet kan avse bestämmelser om vilken kompetens som krävs för att vara medicinskt ansvarig och om uppgifter för de medicinskt ansvariga. Bestämmelsen i 4 kap. 4 § HSL skulle utifrån detta kunna formuleras t.ex. så här:

”Om en verksamhetschef enligt 2 § i *hälso- och sjukvård som en kommun erbjuder enligt 12 kap. 1 eller 2 § eller 14 kap. 1 §* inte har kompetens inom omvårdnad eller rehabilitering ska vårdgivaren utse en medicinskt ansvarig för

omvårdnad respektive en medicinskt ansvarig för rehabilitering för att stödja verksamhetschefen om kompetensområdet förekommer i verksamheten.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om vilken kompetens som krävs för att vara medicinskt ansvarig samt om uppgifter för dem.”

8.8.3 Stärkt medicinsk kompetens inom rehabilitering på vårdgivarnivå

Socialstyrelsen är positiv till utredningens förslag om stärkt medicinsk kompetens inom rehabilitering på vårdgivarnivå. Se avsnitt 8.8.2 för synpunkter avseende utformningen av 4 kap. 4 § HSL.

8.8.4 Stärkt medicinsk kompetens på huvudmannanivå

Socialstyrelsen tillstyrker förslaget att det ska införas krav på en ledningsansvarig för primärvården i kommunerna för att stärka den medicinska kompetensen på huvudmannanivå (11 kap. 4 § HSL). Myndigheten anser dock att det bör framgå av lagtexten att det är *medicinskt* ledningsansvar som avses. Socialstyrelsen föreslår därför t.ex. följande formulering av 11 kap. 4 § första stycket HSL: ”I kommunen ska det finnas *medicinskt* ledningsansvarig för huvudmannans planering, uppföljning och samordning av kommunens hälso- och sjukvård.”

Socialstyrelsen är samtidigt tveksam till om det är ändamålsenligt att i till exempel större kommuner ha *en* person som är ledningsansvarig och anser att det i den fortsatta beredningen bör övervägas om det är mer ändamålsenligt att ställa krav på *en funktion* för medicinskt ledningsansvar i kommunerna.

Det ansvar som utredningen föreslår ska ligga på den ledningsansvariga framstår som alltför stort för att lägga på en enskild befattningshavare. Det ligger också mycket nära det ansvar som kommunen har som huvudman. Socialstyrelsen avstyrker därför utredningens förslag vad avser *ansvar för* de ledningsansvariga i 11 kap. 4 § HSL och 4 kap. 6 b § första stycket 1 hälso- och sjukvårdsförordningen.

Myndigheten avstyrker även förslaget i 4 kap. 6 b § första stycket 4 hälso- och sjukvårdsförordningen att den ledningsansvarige ska svara för att patienter får tillgång till läkare när regionen inte fullgör sitt ansvar eftersom det inte är ett ansvar som kommunerna har, och det även framstår som ett alltför stort ansvar att lägga på en enskild befattningshavare.

Socialstyrelsen förordar istället att den föreslagna bestämmelsen i 11 kap. 4 § HSL utformas på samma sätt som 7 kap. 3 d § HSL där motsvarande funktion i regionen regleras. När det gäller uppgifter för den ledningsansvarige i kommunen anser myndigheten att är tillräckligt att specificera de uppgifter som anges i 4 kap. 6 b § första stycket 2 och 3 samt i andra stycket samma paragraf i hälso- och sjukvårdsförordningen.

Socialstyrelsen avstyrker även förslaget i 4 kap. 6 c § hälso- och sjukvårdsförordningen att de ledningsansvariga måste ha specialistkompetens som sjuksköterska eller läkare. Myndigheten anser inte att specialistkompetens är avgörande för dessa befattningar. En legitimerad sjuksköterska eller läkare som också har annan lämplig kompetens inom till exempel patientsäkerhet, samordning och kvalitetsutveckling bör kunna passa bra för rollen.

Vad gäller användningen av begreppet ”primärvård” se avsnitt 8.5.1.

8.8.5 Medicinsk ledningsfunktion i regionen

Socialstyrelsen tillstyrker förslaget att det ska införas krav på en ledningsansvarig i regionerna för planering, uppföljning och samordning av hälso- och sjukvårdsinsatser i kommunernas hälso- och sjukvård. Myndigheten anser dock att det bör framgå av lagen att det är *medicinskt* ledningsansvar som avses. Till skillnad från utredningen bedömer Socialstyrelsen att det också behövs en viss reglering av vilka uppgifter som den ledningsansvarige i regionen ska ha. Regleringen bör motsvara de uppgifter som ledningsansvarig i kommunen ska ha enligt förslagen i 4 kap. 6 b § första stycket 2 och 3 samt andra stycket hälso- och sjukvårdsförordningen. För detta behövs också ett bemyndigande i HSL. Socialstyrelsen föreslår därför följande formulering av 7 kap. 3 d § HSL:

”I regionen ska det finnas *medicinskt* ledningsansvarig för huvudmannens planering, uppföljning och samordning av *regionens* hälso- och sjukvårdsinsatser *till personer som omfattas av kommunens ansvar enligt 12 kap. 1 eller 2 §. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om uppgifter för den person som avses i första stycket.*”

Socialstyrelsen är samtidigt tveksam till om det är ändamålsenligt att ha *en* person som är ledningsansvarig. I den fortsatta beredningen bör det övervägas om det är mer ändamålsenligt att ställa krav på *en funktion* för medicinskt ledningsansvar i regionerna.

Det är viktigt att 7 kap. 3 d § HSL formuleras så att det inte framstår som att regionerna har ansvar för kommunernas hälso- och sjukvård utan att regionerna har ett eget ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård till de personer som omfattas av kommunernas ansvar.

Vad gäller användningen av begreppet ”primärvård” se avsnitt 8.5.1.

Beslut om detta yttrande har fattats av tillförordnade myndighetschefen Pär Ödman. I den slutliga handläggningen har t.f. avdelningschefen Beatrice Hopstadius samt enhetschefen Mariana Näslund Blixt deltagit. Juristen Anna Giertz har varit föredragande.

SOCIALSTYRELSEN

Pär Ödman

Anna Giertz