



## Remissvar gällande betänkandet Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer (SOU 2022:41) för den kommunala hälso och sjukvården/ kommunala primärvården.

Diarienummer S2022/03277

### Sammanfattande analys av betänkandet

Riksföreningen ser positivt på syftet med att utveckla och förstärka äldreomsorgen nationellt. Det finns dock förändringar som föreslås som Riksföreningen ställer sig tveksam till. Betänkandet beskriver att de förändringar som föreslås till stora delar endast förtydligar vad som redan förväntas av kommun och region. Vi ställer oss däremot tveksamma till om det är en ny struktur för hälso och sjukvård i kommunerna och hävdar att det i stället är förtydligande och kompletteringar i nuvarande hälso och sjukvårdslag som i stället borde tydliggöras. Riksföreningen anser att rollen som MAS bör kvarstå och ett förtydligande om att det även ska gälla för rollen som MAR

Vidare anser vi att tilläggsuppdraget hamnat i skymundan i denna utredning. Mot bakgrund av de utmaningar svensk hälso- och sjukvård står inför, och så även primärvården, bör frågan om medicinsk kompetens på ledningsnivå utredas i separat utredning. Det för att ge framtida hälso- och sjukvård bättre förutsättningar för att möta kommande behov hos våra medborgare och förverkliga Nära Vård-omställningen.

Den kommunala hälso-och sjukvården berör många andra delar utöver äldreomsorg, vilka kommer att påverkas av utredningens förslag. Vilket gör att namnet äldreomsorgslag inte stämmer överens med den kommunala hälso och sjukvårdens uppdrag och behöver ses över.

### Bakgrund

Den nya lagstiftningen ska säkra likvärdig tillgång till hälso- och sjukvård för patienter med kommunal primärvård. Förslagen beskriver den omställning som sker mot god och nära vård, där kommuner och regioner, i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvård ska samverka. Genom förtydligande både kring regionens och kommunens ansvar.

Syftet är att säkerställa en övergripande och långsiktig planering av primärvården, dels att klargöra vilken huvudman som ska ansvara för vad inom primärvården samt stärka en jämlik vård.

Ambitionen är att höja strukturella förutsättningar och mandat avseende hälsofrämjande, prevention och rehabilitering.



## Kommunen som huvudman

Utredningen beskriver att kommunen som huvudman, på en övergripande nivå, ansvarar för att enskilda erbjuds hälso-och sjukvård på primärvårdsnivå av god kvalitet. Det innefattar att säkerställa att enskilda får tillgång till alla de primärvårdskompetenser och primärvårdstjänster som kommunen ansvarar för.

Förslaget att kommun och region ska planera och följa upp vården för att säkerställa en god och säker vård är ett bra förslag. Att detta ska ske genom nya funktioner anser Riksföreningen inte bör ske utan använda sig av de etablerade rollerna som finns idag och stärka dessa i stället.

Vidare beskriver utredningen att hälso-och sjukvården utgör en begränsad del av kommunernas samlade uppdrag, men ställer samtidigt stora krav på de som är ansvariga givet att det är ett så kunskapsintensivt område samt att hälso-och sjukvård är ett område som kräver särskilt legitimerade professioner såväl vid dess utförande som för att kunna fatta välgrundade strategiska beslut om hur och vad som krävs för att enskilda personer ska få tillgång till rätt medicinsk kompetens.

Utredningen konstaterar att många kommuner inte har tillräcklig medicinsk kompetens på ledningsnivå när strategiska beslut fattas som huvudman och vårdgivare och att det står klart att patienter med kommunal primärvård inte får tillgång till alla hälso-och sjukvårdens kompetenser i tillräcklig utsträckning samt att den medicinska kompetensen på övergripande strategisk nivå behöver därför förstärkas i många kommuner i dag.

## Strategiskt ledningsansvar

Det föreslås en ledningsansvarig som kan säkerställa huvudmannens ansvar för planering, samordning och uppföljning av kommunens primärvård. Förslaget om krav på en ledningsansvarig på huvudmannanivå för kommunens primärvård är enligt utredningen nödvändigt för att säkerställa att adekvat medicinsk kompetens involveras inför strategiska beslut som påverkar hälso-och sjukvården. Funktionen förefaller dock inte ha några som helst uttalade mandat att fatta beslut som kan påverka patientsäkerheten i rätt riktning.

I lagförslaget medicinskt ledningsansvar anges att kompetensen läkare eller sjuksköterska med specialistkompetens är det som efterfrågas. Hur kan det överhuvudtaget vara ett alternativ att en läkare skulle inneha det medicinska ledningsansvaret? Kommunen har inte läkaransvaret i en kommun och i beskrivningen inte heller ha uppdrag i den kliniska verksamheten. I förslaget framkommer ytterligare att regleringen eller myndighet får meddela kompetens och uppgifter och att uppgifterna föreslås lagregleras i kommunen. Här förefaller beskrivningen mycket otydlig och behöver bearbetas ytterligare då kompetens inom juridik,



socialtjänstens och den kommunala hälso och sjukvårdens konstruktion och juridik borde istället lyftas fram som viktiga kompetenser .

Resonemang om den ledningsansvarige för kommunala primärvården måste vara läkare eller sjuksköterska. Riksföreningen MAS/MAR menar att det inte bör vara en läkare, kommunen har inga andra läkare anställda. Ledningsansvaret bör vara på samma nivå som det medicinska ansvaret i uppdraget för kommunen

När det gäller det medicinska ledningsansvarig i regionen beskriver utredningen att hälso-och sjukvården utgör en stor del av regionernas uppdrag och det finns därför normalt redan hög medicinsk kompetens på ledningsnivå. Det är också vanligt att läkare fullgör högre ledningsuppgifter. Av den anledningen bedömer utredningen att regionerna självmant kommer att välja en läkare som ledningsansvarig för regionens insatser i kommunens primärvård. Därmed är det inte nödvändigt att reglera detta i författning.

Riksföreningen MAS/MAR anser detta vara en ogrundad motivering. Om det bedöms vara viktigt att det är en läkare som innehar det medicinska ledningsansvaret ska det regleras i författning på samma sätt som det regleras vem som bör ha det medicinska ledningsansvaret i kommunen. Det som regleras hos den ena parten bör även regleras hos den andra.

Om syftet är att öka samverkan kring rehabilitering bör det även i regional primärvård finnas en motpart till kommunal primärvårds part gällande rehabilitering. Förslag att MAR i kommunen möter en liknande funktion i regional primärvård för att stärka samverkan kring rehabilitering

I lagförslaget saknas skrivningen om att regeringen eller en myndighet kan meddela kompetens och uppgifter i föreskrift för den ledningsansvarige i regionens primärvård. Skrivningarna bör regleras på ett likvärdigt sätt

Enlig förslaget så tas ledningsansvaret bort från MAS-funktionen vilket innebär i praktiken att den enda HSL-funktionen som kommer att ha besluts-mandat blir verksamhetschefen. Detta bör ses som en risk eftersom denna funktion i de flesta fall kommer att inneha ansvar för ekonomi och personal och det kan bli mycket svåra avvägningar och beslut för funktionen verksamhetschef där risken finns att bemanning och ekonomi kan komma att prioriteras före patientsäkra beslut.

Utredningen återspeglar inget från den föreskrift som Socialstyrelsen tidigare regulerade MAS-funktionen. I den framgick med all tydlighet att MAS skulle jobba med att styra, planera, följa och dokumentera sitt arbete. Om detta återfinns inget alls i utredningen vilket är anmärkningsvärt eftersom det är denna föreskrift som under många år format rollen. I propositionen till ÄDEL-reformen går följande att läsa: ” Även i den kommunala organisationen måste någon svara för sådana uppgifter som nu sagts. Att ge direktiv och arbetsanvisningar för när läkare skall kopplas in och att delegering av vårduppgifter är förenliga med patienternas säkerhet är uppgifter som inte kan läggas på annan än medicinskt



*sakkunnig person med sådan utbildning och erfarenhet att det finns rimliga möjligheter att fullgöra uppgiften på ett från patientsäkerhetssynpunkt tillfredsställande sätt. Med hänsyn till patientsäkerheten är det enligt min mening nödvändigt att skapa garantier för att de nämnda uppgifterna alltid kommer att ligga på en person med erforderlig kompetens.”*

Med utredningens förslag så går man emot skrivningarna i prop. till ÄDEL utifrån att ansvaret för medicinska ledningsuppgifter i förslaget kan åläggas en funktion utan medicinsk sakkunskap, oavsett om verksamhetschefen ska utse kvalitetsansvariga så flyttas inte beslutsmandaten till denne utan ligger kvar på verksamhetschef som då kan sakna medicinsk sakkunskap. Detta bedöms kunna inverka negativt på patientsäkerheten.

Utifrån utredningens resonemang och konstaterande borde även rehabiliteringskompetens behövas på den strategiska ledningsnivån. Förslaget att rehabiliteringskompetens enbart behöver finnas på vårdgivarnivån riskerar att skapa en situation i kommunerna där rehabilitering inte finns på agendan på den strategiska ledningsnivån kommunerna. Detta riskerar att skapa en ojämlig vård inom den kommunala primärvården, där rehabiliteringsområde prioriteras lägre än andra medicinska frågor. Utredningens ambition att stärka området rehabilitering/ hälsofrämjande insatser ses som väldigt positivt, men tyvärr återspeglas inte detta i de konkreta lagförslagen. Rimligt hade varit att både omvårdnad och rehabilitering behövs på den strategiska ledningsnivån på huvudmannanivå. Det behovet blir tydligt när man också läser utredningens slutsats att den demografiska och medicintekniska utvecklingen samt pågående omställning till en nära vård ställer nya krav på den kommunala primärvården och att för att klara framtida utmaningar behöver primärvården arbeta med ett ökat fokus på hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser. Att det medicinska ledningsansvaret skulle innehas av en läkare när de medicinska insatser som kommunen ansvarar för är rehabilitering och omvårdnad är en lösning som riskerar att få den kommunala hälso-och sjukvården att fokusera mer på samverkan med regionen än på det att leda det interna arbetet hos den egna huvudmannen. En god samverkan kan uppnås med andra typer av roller såsom tex strateger.

---

#### Medicinskt ledningsansvarigs mandat

Medicinskt ledningsansvarigs mandat behöver vara placerad i yttersta förvaltningsledning och arbetet tydligt preciseras om det ska gå genom direktkontakt med kommunala vårdens huvudman eller vårdgivare.

Den medicinskt ledningsansvarige bör arbeta mot och rapportera till nämnd



## Stärkt medicinsk kompetens på vårdgivarnivå

### Verksamhetschef/MAS/MAR

Utredningen beskriver att det står klart att den medicinska kompetensen också behöver förstärkas på vårdgivarnivå för att säkerställa att alla patienter får en god och säker vård i den löpande verksamheten. Implementeringen av regelverket om verksamhetschefen enligt HSL i den kommunala primärvården har på vissa håll skapat en otydlig ansvarsfördelning mellan den chefen och MAS/MAR och i utredningen beskrivs att om samverkan inte fungerar mellan verksamhetschefen och MAS är risken uppenbar att ingen kan säkerställa att verksamheten har de förutsättningar som krävs för att bedriva en god och säker vård. Instämmer i att kommunen behöver stärka den medicinska kompetensen på ledningsnivå.

Utredningen beskriver förvirringen i ansvar mellan verksamhetschef HSL och MAS/MAR. En reflektion handlar om varför MAS/MAR ska tas bort helt. Ett alternativ vore att tydligt formulera i förordning att MAS/MAR ska ingå i strategisk ledning. Dock kvarstår då vem som ska hantera de idag lagstadgade MAS-uppdragen eftersom det blir en svårighet att arbeta både strategiskt, enligt nya förslaget, och något mer verksamhetsnära.

Det finns en utmaning i att lämna över det lagstadgade MAS/MAR- ansvaret till verksamhetschefer HSL. Vilka förutsättningar finns för denne att ha dessa arbetsuppgifter r/t utredningens konstaterande att verksamhetschef HSL redan är överbelastade. Med detta sagt så invänder Riksföreningen MAS/MAR inte mot att den medicinska kompetensen behöver förstärkas på vårdgivarnivå.

Ett sätt att öka möjligheten för MAS/MAR att säkerställa att vårdgivaren bedriver en god och säker vård hade varit att utredningen lämnat ett förslag om ökat mandat för MAS/MAR, för att kunna ta ett större ansvar för att säkerställa vårdens kvalitet. I stället föreslår utredningen att verksamhetschef ensam ska säkerställa detta, om verksamhetschefen själv har kompetens. Om den som är verksamhetschef enligt HSL inte har den utbildning och erfarenhet som krävs behöver en särskild befattningshavare utses att vara kvalitetsansvarig inom kompetensområdet. Förslaget bygger på hur den enskilda verksamhetschefens kompetens ser ut och inte på vad verksamheternas behov är. Den komplexa kontexten, där hälso- och sjukvården utgör en begränsad del av kommunernas samlade ansvarsområden, innebär snarare att det behövs en starkare ledning, med flera roller än att mycket ansvar ensamt ska ligga på verksamhetschefen.

Styrkan idag är ett delat ansvar, där MAS/MAR ofta kan granska verksamheten och ansvara för patientsäkerheten utan att samtidigt ha ansvar för personal och ekonomi. Utredningen beskriver att det varit uttalat att det är MAS ansvar att påtala för den som ansvarar för



verksamheten om patientsäkerheten i vården brister, vilket försvåras om kvalitetsansvarig ska vara underställd verksamhetschefen. De författningsreglerade uppgifter som MAS har, liksom uttalanden i förarbeten i samband med att regelverket om verksamhetschef tillkom, talar för att avsikten var att MAS ska komplettera verksamhetschefer inom kommunens primärvård med medicinsk kompetens. I utredningen beskrivs dock rollen som kvalitetsansvarig som ett sätt att "avlasta" verksamhetschefen, till exempel för att hålla sig och personalen à jour med ny kunskapsutveckling, genomföra den löpande uppföljning av patientsäkerheten som krävs enligt PSL med mera. Detta förslag innebär att en stor förändring mot hur rollen MAS/MAR idag ser ut på många platser och förslaget kan tolkas som att den nya rollen snarare ska vara en stödfunktion till verksamhetschefen än en ledningsfunktion som ska komplettera verksamhetschefen.

MAS är idag frikopplad från verksamhetschefen och troligen finns det risker med att koppla ihop rollen så som man nu gör med verksamhetschef. Behöver troligen göras en mer omfattande riskanalys i den frågan än vad som framgår i utredningen. Riksföreningen MAS/MAR bedömer det som problematiskt att de föreslagna funktionerna kommer att vara underställda verksamhetschefen för hälso- och sjukvård, då detta motverkar möjligheten att opartiskt granska verksamheten.

Ett exempel som kan belysas är de beslut om att inskränka möjligheter för delegeringar där idag MAS självständigt kan fatta dessa beslut/meddela restriktioner utan att "be om lov." "Det finns risker att mandatförskjutningen kommer att påverka patientsäkerheten i negativ riktning.

Förslaget om den nya rollen, som utgår från verksamhetschefens kompetens kan också komma att innebära att det blir en roll med stor rotation, beroende på vem som just då är verksamhetschef. Detta kan göra att det blir svårt att upprätthålla kontinuitet i arbetet, vilket är av vikt i en sådan roll. Det kan också skapa stor ojämlikhet över landet, då det lämnas stort utrymme för tolkning och variation av uppdraget.

Ett tydliggörande behöver lyftas fram kring vem som har anmälningsansvar för Lex Maria ärenden och klagomål då det då kommer att finnas risk för jäv situation.

### Beslutsmandat?

En viktig fråga som ställs kring beslutsmandat i kommunal primärvård utifrån betänkandet är var ansvaret och beslutsmandatet ligger för hälso och sjukvården. Hos verksamhetschef HSL eller hos medicinskt ledningsansvarig. Mandat behöver följa ansvaret.

### Kvalitetsansvariga för omvårdnad och rehabilitering (KAO/KAR)

Gällande förslagen om kvalitetsansvarig för omvårdnad och rehabilitering invänder Riksföreningen MAS/MAR starkt mot att det ska vara upp till en enskild verksamhetschef HSL att ta beslut om den har tillräcklig kompetens inom respektive område. Särskilt med



beaktande av att utredningen beskriver den höga arbetsbelastning som verksamhetschefen har. Om förslagen med kvalitetsansvariga för omvårdnad respektive rehabilitering på verksamhetsnivå är det som kommer att gälla framöver menar Riksföreningen MAS/MAR att dessa roller ska vara tvingande och inte valbara. Att lägga över det fulla ansvaret på verksamhetschef HSL rimma illa med den Nationella handlingsplanen för säker vård där man talar om att stärka patientsäkerhetsarbetet i regioner och kommuner. Det behövs en tydlig förstärkning av kompetensen inom patientsäkerhet, inte en valfrihet. Vad händer om verksamhetschef HSL är sjuksköterska – anställer en kvalitetsansvarig rehabilitering men sedan lämnar tjänsten? Nästa verksamhetschef är kanske fysioterapeut, vad sker då med tjänsten kvalitetsansvarig för rehabilitering och avsaknaden av kompetens inom omvårdnad?

Vilka uppdrag ska de kvalitetsansviga ha? Riksföreningen MAS/MAR uppfattar att de i princip kommer att ta över dagens lagstadgade MAS/MAR-uppgifter eller delar av dem beroende på kompetens hos verksamhetschef HSL. Det blir inte en förstärkning av den medicinska kompetensen att göra även denna uppgiftsfördelning valbar. Det borde tydligt klargöras vad som verksamhetschef HSL och kvalitetsansvarig för omvårdnad resp. rehabilitering har ansvar för.

Utredningen ger förslag på att man som medicinskt ledningsansvarig och kvalitetsansvarig kan ha delade tjänster till exempel att man en del av sin arbetstid är ledningsansvarig /kvalitetsansvarig och annan del av tid är ”i drift” eller har andra uppgifter. Riksföreningen MAS/MAR menar att detta förslag är högst olämpligt. Dessa personer behöver ha sitt fulla fokus på uppdraget gällande patientsäkerhet. I tider av personalbrist eller ekonomisk åtstramning så kommer alltid ”driften” att prioriteras – vad händer då med den stärkta medicinska kompetensen och fokus på patientsäkerhet?

Utredningen menar att syftet med förslaget är att stärka den medicinska kompetensen men Riksföreningen MAS/MAR menar att resultatet blir det motsatta.

En reflektion kring benämning av MAS/MAR eller KAO/KAR- i våra verksamheter är MAS/MAR ett inarbetat namn som står för hög kvalitet och en gedigen kunskap inom hälso- och sjukvårdsområdet. Även om uppdraget blir snarlikt så finns en svårighet i att byta namn på en så väl inarbetad funktion.

I utredningen saknas en tydlighet i hur man ska motverka att det blir en ojämlig bedömning av behov av KAO/KAR utifrån att man så tydligt anger möjligheten/mandaten för verksamhetschefen att bedöma behov (förutsatt att man har rätt grundkompetens). Finns risk att patientsäkerheten motverkas till förmån för exempelvis bemanningsproblem och ekonomi.

Det saknas en tydlighet i vilka förutsättningar som ska finnas för att det inte ska bli en allt för stor variation i kvalitet på det nära ledarskapet. Det gäller även tillsättningen av KAO/KAR. Att uppdraget kan uppfyllas av en verksamhetschef kan också innebära en svårighet att prioritera patientsäkerhetsarbetet



Att överföra uppdragen till verksamhetschef har behov av en fördjupad riskanalys eftersom det i praktiken är ett omfattande arbete att utföra de uppdrag/arbetsinsatser som överförs

#### Kvalitetsansvarig eller kvalitetsutvecklare

Det råder en otydlighet om kvalitetsansvariga ska vara ansvariga för hälso och sjukvård enligt lagstiftning eller om de ska arbeta med kvalitetsutveckling.

#### Hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser behöver prioriteras

Utredningen beskriver att de haft i uppdrag att överväga om den medicinska kompetensen i kommuner behöver förstärkas på ledningsnivå. Det har varit särskilt utpekat att utredningen ska bedöma om det är ändamålsenligt att införa krav på, dels en medicinskt ledningsansvarig läkare med ett övergripande medicinskt ansvar för kommunens hälso-och sjukvård, dels en medicinskt ansvarig för rehabilitering, s.k. MAR. I båda deluppdragen ingår att överväga möjliga vägar för att stärka den medicinska kompetensen på ledningsnivå i kommuner. Förslagen ska syfta till att säkerställa att personer som får primärvård från båda huvudmännen ska få en god och säker vård på lika villkor som resten av befolkningen.

I kommunerna har MAR i varje kommun varit ett efterlängt beslut för att säkerställa just det medicinska ansvaret för rehabilitering och för att säkerställa en jämlik rehabilitering. De senaste åren har det skett en positiv utveckling, då antalet kommuner med MAR har ökat från ca 70 till idag ca 140. De utmaningar som den kommunala hälso-och sjukvården står inför kommer inte att lösas genom detta förslag. En starkare medicinsk ledning finns det behov av och skulle kunna genomföras genom att ge de funktioner som redan finns idag mer mandat på huvudmannanivå och vårdgivarnivå samt genom att säkerställa att det finns en MAR i varje kommun.

Utredningen beskriver att förebyggande arbete prioriteras ned vid nedskärningar. samt att det finns behov av förstärkt kompetens kring hjälpmedel och förflyttningsteknik. Detta motsägs av förslaget att inte säkerställa den medicinska kompetensen kring rehabilitering eftersom det inte föreslås vara tvingande med kvalitetsansvarig för rehabilitering.

Det bedöms att samordningen kring rehabiliterande insatser behöver öka. Detta motsägs av att det inte blir tvingande att ha någon med rehabiliterings kompetens på strategisk ledningsnivå.

Brist på tillgång till rehabilitering. Viktigt att förtydliga begreppen, blandar i texten ihop förebyggande rehabilitering med specifik rehabilitering. Den förebyggande vardagsrehabiliteringen står främst baspersonal för. Specifik rehabilitering är legitimerad personal, dvs arbetsterapeut och fysioterapeut.

Medicinskt ansvariga förstår inte resonemanget om stärkt medicinsk kompetens i kommunen. Utredningen beskriver att i direktivet står att de ska utreda om det behövs en medicinskt ansvariga för rehabilitering, MAR. Utredningen har själv tolkat att de kan frångå direktivet.





Detta har när det gäller stärkt medicinskt kompetens för rehabilitering landat i att det blivit en ”frivillig” tjänst, kvalitetsansvarig för rehabilitering. Hur detta stämmer överens med utredningens beskrivning av behovet av stärkt fokus på förebyggande, hälsofrämjande och rehabilitering arbete kan Riksföreningen MAS/MAR inte förstå.

Allmänt anser Riksföreningen MAS/MAR att man genom hela utredningen har tappat bort rehab-perspektivet i sina förslag trots upprepade texter om vikten av förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande insatser.

## Nationella, regionala och lokala nätverk

Riksföreningen MAS/MAR kan se en risk i att det kan komma att bli svårt att upprätthålla nätverk, vilket vore en stor förlust för kommunerna. Särskilt efter pandemin har många nya nätverk bildats både regional och nationellt och en styrka har varit att varje kommun har en MAS och förhoppningarna har varit att alla kommuner också snart skulle komma att ha en MAR, vilket skulle ha ökat möjligheterna till god samverkan mellan vårdgivare och huvudmän. MAS/MAR ingår i många nätverk både nationellt, regionalt och delregionalt och är ofta en självklar samarbetspart i frågor som rör hälso- och sjukvården på olika nivåer. Ett namnbyte kan innebära risk att dessa funktioner inte längre efterfrågas i dessa sammanhang på samma sätt som det sker idag.

## Kommunal primärvård

Förtydligandet om att kommunerna bedriver kommunal primärvård, att primärvården är en vårdnivå och inte en organisatorisk enhet är mycket bra.

Primärvården som vårdnivå ska ha den kompetens och den utrustning som krävs för att omhänderta vanligt förekommande vårdbehov. Att den kommunala primärvården ska ansvara för behovet av medicinska insatser, omvårdnad, förebyggande, arbete och rehabilitering, men inte för läkarinsatser.

Begreppet ”Inskriften i kommunal primärvård” är bra och förtydligar vårdnivån. Bra att det förtydligas att det är upp till regionerna att tolka inskrivningskriterier och att det kan se olika ut. Olikheterna kan däremot ge upphov till ojämlig vård över landet.

## Övriga kommentarer till betänkandet

### Individuell plan

Individuell plan är ett bra förtydligande i förslaget och instämmer i att fler patienter behöver få en individuell plan utifrån sina behov oavsett boendeform. När det gäller proaktiva arbetet krävs en stor kulturförändring och behov av att höja kompetensen hos personal som idag arbetar inom primärvård både kommunal och regional. Det finns en kultur att insatser börjar



med ett uppenbart behov. Att ha tid och kompetens att förutse kommande behov är inte ett inarbetat arbetssätt i dagens kommunala hälso- och sjukvård.

### Tillgång till läkare och sjuksköterska dygnet runt

Ansvar för att tillhandahålla läkare och sjuksköterska dygnet runt är inget nytt vilket det nästan framställs som i utredningen. Läkaransvaret och sjuksköterskeansvaret är redan reglerat och det finns ingenstans beskrivet att det enbart gäller del av dygnet. Därför ställer man sig frågande till varför detta lyfts fram som ett nytt förslag i utredningen.

Riksföreningen bedömer att förslaget att den som är inskriven i kommunal primärvård vid behov ska ges möjlighet till medicinsk bedömning av sjuksköterska dygnet runt är rimligt. Det behöver dock förtydligas hur kommunen som huvudman ska skapa förutsättningar för att det ska finnas sjuksköterskor tillgängliga för detta.

I betänkandet så framgår att kommuner har rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader från regionen. Detta är inget nytt, det har tidigare reglerats i HSL. Det som behövs är att tydliggöra hur detta ska gå till. Trots att det funnits i HSL har det i princip aldrig använts. Lagen behöver stödja i hur man praktiskt kan göra för att nyttja denna paragraf.

### Avtal mellan Region och Kommun

Betänkandet föreslår att avtal ska tas bort bedöms försämra patientsäkerheten då det ligger som grund för samverkan. Överenskommelser ses som en svag hantering för att kunna kräva ansvar.

### Fast vårdkontakt

I sak instämmer medicinskt ansvariga i att det är bra med fast vårdkontakt och att det är en leg. personal. Enligt förslaget är ansvaret för den fasta vårdkontakten stort; svara för planering, samordning och uppföljning av den enskildes kommunala primärvård tillsammans med den enskilde och andra involverade. Detta uppdrag ska läggas till en arbetssituation som redan är pressad i förhållande till hur många individer varje leg. personal "har ansvar" för i den kommunala primärvården. Riksföreningen MAS/MAR har i konsekvensanalysen inte kunnat se att det ges ökade resurser till kommunen för att kunna uppfylla det föreslagna lagkravet.

### Högre krav på kompetens och bemanning

Riksföreningen MAS/MAR instämmer i utredningens bedömning att samhällsutvecklingen ställer högre krav på såväl bemanning som personalens medicinska kompetens inom kommunens hälso- och sjukvård. Det gäller att höja den nuvarande befintliga kompetensen.



Om den kommunala primärvården ska vara likvärdig med den regionala primärvården kommer fler medicinska kompetenser att behövas inom kommunen för att kunna fullgöra uppdraget. Detta kommer att kräva mer resurser för både kompetenshöjningar, nya kompetenser och ekonomi. Tex logoped och dietist som idag inte finns i kommunens hälso- och sjukvårdsorganisation.

Det är mycket positivt att man vill prioritera de hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatserna.

#### Organisering av den kommunala verksamheten

De förändringar som föreslås i betänkandet innehåller en hel del detaljerad styrning av organisering av den kommunala verksamheten och det behövs ett förtydligande för hur de föreslagna kraven ska finansieras