

Beredningen för primärvård och
tandvårdSammanträdesdatum
2026-03-12

Plats och tid Digitalt kl. 10:20-16:00

Protokollet omfattar §§9-11

Beslutande ledamöter Margaretha Löfgren (V) (ordförande)
Betty-Ann Nilsson (KD) (vice ordförande)
Susanne Dufvenberg (S) (2:e vice ordförande)
Lars Olsson (S)
Per-Erik Lundmark (S)
Per Sandström (M)
Patricia Riselius (C)

Ej tjänstgörande ersättare

Övriga närvarande Emma Brännström (sekreterare)
Helena Bogseth (strateg)
Camilla Andersson (områdeschef närsjukvårdsområde Umeå och
Skellefteå) §11
Anna-Maria Stenlund (områdeschef FTV) §11
Freya Johansson (tandvårdsstrateg) §11
Laila Ålevik (verksamhetschef närsjukvårdsområde Umeå) §11
Jenni Fryxell (verksamhetschef närsjukvårdsområde Skellefteå) §11
Catharina Ingvarsson (verksamhetschef Södra Lappland) §11
Yvonne Lundqvist (avdelningschef Kompetenscentrum mödra- och
barnhälsovård) §11
Anna-Maria Jakobsson (barnmorska) §11

Justerings plats och tid Digitalt , 2026-03-16

Sekreterare Emma Brännström

Ordförande Margaretha Löfgren (V)

Justerande Betty-Ann Nilsson (KD)

Beredningen för primärvård och
tandvård

Sammanträdesdatum
2026-03-12

ÄRENDELISTA

- § 9 Justering
- § 10 Fastställande av föredragningslista 2026 - Beredning för primärvård och tandvård, BPT
- § 11 Informationer 2026 - Beredning för primärvård och tandvård, BPT

Beredningen för primärvård och
tandvård

Sammanträdesdatum
2026-03-12

§ 9 Justering

Förslag till beslut

Betty-Ann (KD) justerar protokollet tillsammans med ordförande.
Justering sker digitalt senast 16 mars.

Beslut

Betty-Ann (KD) justerar protokollet tillsammans med ordförande.
Justering sker digitalt senast 16 mars.

Beredningen för primärvård och
tandvård

Sammanträdesdatum
2026-03-12

**§ 10 Fastställande av föredragningslista 2026 - Beredning för
primärvård och tandvård, BPT
HSN 34-2026**

Förslag till beslut

Föredragningslistan fastställs.

Beslut

Föredragningslistan fastställs.

Beredningen för primärvård och tandvård

Sammanträdesdatum
2026-03-12

§ 11 Informationer 2026 - Beredning för primärvård och tandvård, BPT
HSN 36-2026

Sammanfattning

Camilla Andersson, områdeschef närsjukvårdsområde Umeå och Skellefteå

Camilla delar ett bildspel och informerar om nuläget i Skellefteå.

Livskraft tillsammans övergår till *Livskraftig anda*. Strukturer och forum ska finnas kvar för att fortsätta bära utvecklingen eftersom man ser att den varit och är gynnsam för detta förbättringsarbete. Man har haft workshops på alla HC för att sammanfatta vad man vill ta med sig från *Livskraft* i det vidare arbetet med *Livskraftig anda*.

Läkarbemanningen har förbättrats. Endast 2 av 12 hälsocentraler saknar egenanställda. Man har jobbat närmre ST-läkarna och är noga med att frågar upp om vad som kan göra att de vill stanna kvar - och alla har i dagsläget valt att stanna kvar.

Minskat skav i samarbetet med kommunen i Skellefteå. Men i samband med att regionen bytte IT-system så bytte Skellefteå triage-team, vilket gjorde att samarbetet svårare och man har sett fler konflikter. Dessa konflikter har främst varit på verksamhetsnivå nära patienter. Och man jobbar aktivt med att hantera detta.

Befolkningsmängden minskar. Stor utmaning eftersom det innebär minskade intäkter i vården.

Tillgängligheten är fortsatt svår att följa eftersom man inte kan få fram tillförlitliga data. Men telefontillgängligheten kan man följa och antal besvarade samtal samma dag ligger på samma kapacitet som innan nya journalsystemet.

Gällande Boliden så är det nu beslutat och samverkat att samlokalisera verksamheten på Heimdal under sommaren eftersom man inte har tillräcklig bemanning för att ha öppet båda. Det har från personalgrupp kommit förslag på hur man skulle kunna ordna det, men dessa har inte alltid kunnat tillmötesgå.

Kåge kommer att slå samman med Moröbacke under sommaren. Ursviken och Byske håller öppet. Lövånger och Bureå kommer att växelstänga.

Nuläge Umeå:

Nordmaling, skyddsombud och arbetsmiljöverket är nöjda med de åtgärder som är vidtagna och planen framöver.

Mariehems, väldigt aktiv process nu och skyddsombud från Boliden har varit med för att delge erfarenheter och ge goda tips på vägen framåt. Svar ska skickas 31 mars till AMV.

Vännäs, nyligt kommit ett föreläggande från AMV. Får återkomma om detta. Handlar om hög arbetsbelastning.

PVA har öppnat på NUS och det har varit en positiv start. Stor oro inför öppningen (främst bland läkargruppen). Akuten har gjort ett mycket bra förberedelsearbete. Man

Beredningen för primärvård och tandvård

Sammanträdesdatum
2026-03-12

håller till i lugnmottagningens lokaler och den personalen hade förberett ett fint välkomnande till PVAs personal på första dagen.

Gemensamt utvecklingsarbete i Umeå uppstartat 25 februari, med fokus på kvalitet och tillräcklighet.

Aktuell status läkarbemanning: inga vakanser i Umeå, ca 12 vakanta tjänster i kransen.

Budgetmässigt är vi långt ifrån att kunna nå 1/1100 (riktvärdet).

Tillgänglighet ganska likt som i Skellefteå. Samtal förs i beredningen om varför det skiljer sig mellan hälsocentraler. Det kan bero på patientbeteende (man ringer ofta om man inte kommer i kontakt direkt), eller storlek på hälsocentralen, eller arbetssätt. Även mätningen och hur den utförs (ny modell sedan ett år tillbaka). Man upplever stress av att det är många arbetsuppgifter och att det finns så många kontaktvägar in.

Annat Aktuellt:

Taligenkänning TIK, diktera och det skrivs direkt i Cosmic på gång. Alla HC i Skellefteå och merparten av HC i Umeå ska få detta nu, till hösten södra Lappland och resterande i Umeå.

"9-punktsprogrammet" arbetas med och man har inbokade "ihopsamlade" möten för alla VC för att ta sig fram i frågan.

Krisberedskap: man jobbar mycket med kontinuitetshantering och masskadeplan för att vara förberedd för krissituationer.

Helena Bogseth, strateg hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Helena delar ett bildspel och presenterar en sammanfattning av det som rapporterats in till Socialstyrelsen om regionens arbete mot Nära Vård. En mer omfattande rapport kommer senare.

En **länsgemensam primärvårdsplan**, framtagen i bred samverkan mellan region, kommuner och sjukhusvård, ger en gemensam riktning för långsiktig utveckling. Samverkan och samordning har stärkts genom gemensamma ledningsstrukturer, förbättrade utskrivningsprocesser, tydligare ansvarsfördelning och ökad digitalisering, vilket bidrar till tryggare vårdövergångar och mer sammanhållen vård.

Kontinuitet och tillgänglighet har varit centrala fokusområden. Insatser som fast läkarkontakt och fast vårdkontakt, team-baserade arbetssätt, fler digitala och telefonbaserade kontaktvägar samt gemensamma ingångar till vården har förbättrat invånarnas möjligheter till snabb och samordnad hjälp.

Det **hälsofrämjande, förebyggande samt rehabiliterande arbetet** har stärkts genom strukturerade levnadsvanearbeten, Västerbottens hälsoundersökningar, tidiga insatser vid psykisk ohälsa och bättre tillgång till habilitering och rehabilitering nära invånaren – ofta i hemmet och i samverkan med kommunerna.

Beredningen för primärvård och tandvård

Sammanträdesdatum
2026-03-12

Personcentrerad vård har utvecklats genom gemensamma strukturer, utbildningar och arbetssätt som stärker patientens delaktighet, fasta kontakter och sammanhållna vårdplaner.

Särskilt fokus har lagts på **glesbygdsutveckling**, där gemensam planering, samstyrning mellan kommun och region (exempelvis Dorotea-modellen), mobila team, distribuerad specialistvård och digitala lösningar har förbättrat tillgänglighet och kontinuitet. Samverkan över sektorsgränser och tidiga, förebyggande insatser – särskilt för barn och unga – har stärkt trygghet och likvärdig vård oavsett geografi.

Arbetet med **kompetensförsörjning och arbetsmiljö** har prioriterats genom utbildning, minskat hyrberoende, stärkt ledarskap och multiprofessionellt teamarbete, vilket bidrar till stabilare verksamheter, bättre arbetsmiljö och ökad kvalitet i vården.

Anna-Maria Stenlund, områdeschef FTV och Freya Johansson, tandvårdsstrateg.

Anna-Maria delar bildspel och berättar om pågående arbeten inom FTV.

Inom området för kompetensförsörjning pågår flera arbeten. Särskild info kring urval till utbildning. Man har kikat på "Tromsömodellen" där 60% av platserna vid tandläkarprogrammet i Tromsö reserveras för sökande från Nordnorge, och detta vill man införa även i norra Sverige. Det finns en del regler som hindrar oss från att kopiera modellen rakt av, så därför har man arbetat fram underlag som ska processas och beslutas av politiken på högsta nivå i de fyra nordligaste regionerna. Om detta skulle bli lyckosamt kan man överföra detta till andra utbildningar.

Freya visar bildspel och informerar om hennes arbete med digitalisering och teknisk utveckling inom folktandvården. Ett exempel är *betalkioskinförandet*, där patienter kan betala själva med de vanligaste modernaste betalsätten. Den ska även vara tillgänglighetsanpassad. Även inom övrig hälso- och sjukvård är man intresserad av detta arbetssätt. En fråga om man kan sänka/höja skärmen? Förvaltningen ska återkomma om det.

Tessa, ett planeringsstöd för personal, lokaler och resurser, är nu breddinfört i Folktandvården 2025. Upplevts positivt.

Flera arbetsgrupper jobbar för att underlätta och stötta utvecklingen. Även uppdraget gällande mobila arbetssätt kommer snabba på den tekniska och digitala utvecklingen.

Många tandsköterskor har återvänt, vilket är mycket positivt.

Reflektioner i beredningen gällande kompetensförsörjningen. Viktigt att man enas över partigränserna i detta. Oklart hur tidsplanen kan se ut. BPT ska följa detta. Nationellt är det ingen brist på tandläkare och problemet är att fördelningen över landet är ojämn.

Under barnets första 5 år (ungefär) speglas tandhälsan från föräldrarna och därför är det så viktigt att man jobbar förebyggande och får kontakt med föräldrarna tidigt.

Beredningen för primärvård och
tandvård

Sammanträdesdatum
2026-03-12

Laila Ålevik, verksamhetschef närsjukvårdsområde Umeå, Jenni Fryxell, närsjukvårdsområde Skellefteå och Catharina Ingvarsson, närsjukvårdsområde Södra Lappland. Alla ingår i arbetsgrupp som jobbar med fast läkarkontakt.

Laila informerar om att förutsättningarna ser väldigt olika ut och att på vissa hälsocentraler finns helt enkelt inte läkare för att nå detta riktvärde. Man upplever att det är utmanande att få det stöd man behöver från IT för att implementera roboten som man utvecklat på Tegs hälsocentral. För att få igång roboten behövs också resurser från hälsocentralerna och man behöver ha löpande jobb för att hålla i gång det. På vissa hälsocentraler finns en rädsla för att man som läkare ska få 1100 multisjuka patienter själv och man ser stort behov av att ha ingående förtroendeskapande dialoger med läkargruppen.

I södra Lappland och Skellefteå finns det många vakanta tjänster. Utmanande att vakansgraden är så hög i vissa områden och man önskar kunna tillmötesgå behovet av fast läkarkontakt men det är inte görbart i dagsläget att de få läkare som finns ska ta alla tunga ärenden (de patienter som man bedömer har störst behov är oftast de som har stora vårdbehov och kräver mycket). Vissa avdelningschefer är också rädda eftersom deras läkare kanske inte vill jobba kvar om de får för tung arbetsbörda. Samtal i beredningen om vilka diskussioner som förs om tex alternativa arbetssätt och mellanvägar.

På vissa orter jobbar man redan med fasta läkarkontakter men utan att ha det dokumenterat. Man har interna fördelningar som dokumenteras i lokala system men inte i journalen och syns därför inte i statistiken. Nästa alla HC i Skellefteå-områden har fast läkare som rondar hemsjukvård och boende osv.

Man har också använt sig av olika system för att lista patienter: datum, gator osv. Det finns önskemål om att ha områden så att man kan få ha familjer. Vissa områden vill man inte ta på sig eftersom de innebär för tung belastning och därför vill man hellre införa datumuppdelning.

Det finns i kompetensförsörjningsplanen att till exempel utveckla stärkt medicinsk ledning för att peppa läkare att ta på sig medicinskt ansvar (gäller AT och ST). Man har även tagit fram en prioriteringsordning i Umeå som ska förankras och implementeras.

Ang Socialstyrelsens rekommendation, så erbjuder man i Skellefteå 1/1100 för nyanställda, men detta är bara en övergångsperiod eftersom de pengar man får inte räcker till för att tillsätta antalet läkare som skulle behövas (och dessutom finns inte personer att anställa i dagsläget). Man ser att primärvården är underbudgeterad och ekonomin behöver spegla de ambitioner man har.

Catharina Ingvarsson, södra Lappland (basenhet nord), berättar om läget där. Relativt fast och stabil läkarbemanning. I Storuman och Tärnaby har man haft bra upplägg. På Stenbergsska har man jobbat ett tag med fast läkare. Man har fast läkare som rondar hemsjukvård och boende samt BHC. Även här har svagaste patientgrupperna har fast läkarkontakt även om det inte syns i journalsystemen.

1/1100 innebär inte att fördelningen kan vara precis så fördelad eftersom de läkare som har ansvar för hemsjukvård, boenden osv aldrig kan ha 1100 listade, men andra rollen kan tillåta fler än 1100 listade. Nu ligger man (i Skellefteåområdet) 1/1400.

Beredningen för primärvård och tandvård

Sammanträdesdatum
2026-03-12

Nya ersättningsmodellen öppnar upp för möjlighet att jobba lite mer flexibelt, i team osv.

Svalövmodellen är något man börjat kika på.

Hur är det med omsättningen av personal? Man tappat en del till privata, och någon enstaka till skolhälsovård. Vid enstaka fall har man inte kommit överens om villkor. Nu har man varit mer noggranna med villkoren.

SKUMSÖ jobbar man med denna fråga och att ta fram en handlingsplan.

Norrlänen är mer utsatta relativt resten av Sverige. I Jämtland och Härjedalen har man haft en stor kris och där har man lyckats bra. Man gjorde en stor satsning med mycket pengar och de har utbildat sig ur krisen.

KCMBHV (Kompetenscentrum mödra- och barnhälsovård). Yvonne Lundqvist, avdelningschef, Anna-Maria Jakobsson, barnmorska.

Yvonne och Anna-Maria delar ett bildspel.

Barnhälsovården i Västerbotten utgör en viktig del av folkhälsoarbetet och utgår från ett folkhälsoinriktat och psykosocialt perspektiv. Det övergripande målet är att medverka till att säkerställa barns hälsa, trygghet och utgångspunkt.

Nationella barnhälsovårdsprogrammet innebär många besök. I Västerbotten har man inget besök vid 2.5 års ålder och man har inte ett fjärde läkarbesök. Man missar då att kunna följa upp barnets utveckling på samma sätt. Enligt nationella programmet ska två hembesök göras, första inom 10 dagar efter hemkomst och det andra vid 8 månader. Fördelar med hembesök att man kan se barnets färdigheter på ett annat sätt, lära känna familjen, samtal om hälsosamma levnadsvanor (tandhälsa, kost, sömn, skärmtid, utevistelse, säkerhet osv).

Tidigare fick man extra resurser för hembesök. Målvärdet är 90% för nyfödda. För 8 månader finns inget målvärde. År 2024 fick bara 1 av 10 hembesök vid 8 månader (7 av 10 nyfödda fick hembesök). Det verkar inte vara bemanningen som är orsaken, så man vet inte riktigt orsaken. Kultur, införandet av Cosmic, brist på bilar, styrning.

Anna-Maria visar tabell över obesitas bland 4-åringar i Västerbotten och man ser att det inte är jämlikt över länet. Dubbelt så många med obesitas i Skellefteå jämfört med Umeå. Högst antal med övervikt i södra Lappland. Man ser långa köer till obesitasbehandling. Man ser en koppling till möjligheten att ha uppföljande samtal. I Umeå och södra Lappland ser man en positiv utveckling över tid för dessa barn, medan man i Skellefteå ser att fler barn har obesitas. BHV-sköterskan har goda förutsättningar att göra insatser eftersom skolan har stora utmaningar att jobba med övervikt och obesitas.

Barn som hamnar i detta hamnar ofta i en ond spiral. Det blir djupa mönster som kan vara svåra att ändra. Inom HLT jobbar man främst med barn med psykisk ohälsa, men

Beredningen för primärvård och tandvård

Sammanträdesdatum
2026-03-12

man har lyft frågan om även somatisk ohälsa ska få ingå i denna grupp. Det är också utmanande att få in föräldrarna i detta utan att skambelägga.

Föräldrastödsgrupp är en arbetsmodell som funnits sedan 1979. Den skapar möjlighet till kontakt och gemenskap, ökad kunskap osv. målvärde 90% men ca 45% av enheterna erbjöd detta. Det handlar om resurser och förutsättningar (utbildning, ledning osv).

Orosanmälningar: 71 st orosanmälningar gjordes från BHV. På de enheter där man samverkar med socialtjänsten kan man tidigare fånga upp behov. Nya rutiner kring orosanmälningar lanserades på våren 2025 och har varit/är till god hjälp. Det finns även (snart) en rutin för orosanmälningar för ofött barn. Om man uteblir och inte har information om anledning så ska man göra en anmälan.

Bemanning: normalt 55 nyfödda barn/heltidsanställd BHV-sköterska i ett område utan ökad vårdtygnd. 330 barn per heltid när man inkluderar äldre barn. HLT och SIP tar mer tid än man tror och detta glöms bort när man planerar bemanning. Statistik visar att det är väldigt ojämnt över länet (Kåge har många fler nyfödda/anställd).

Det är väldigt viktigt att man kallar barn vid nyckelåldrar och inte hoppar över eftersom det blir väldigt svåra konsekvenser för barnen.

Reflektion

I beredningen diskuterar man behov av att inför målvärde för hembesök för 8 månaders. Detta kan lyftas på kommande workshop i hälso- och sjukvårdsnämnden.

Man pratar också om huruvida politiken behöver göra ett ställningstagande i arbetet för fast läkarkontakt, utifrån den information de fått idag, bland annat. Man vill gärna se den färdiga handlingsplanen först.

Angående utmaningarna med IT som det talades om idag så ska förvaltningen återkomma.

Förslag till beslut

Information delgiven.

Beslut

Information delgiven.

UNDERSKRIFTSSIDA

**Detta dokument har undertecknats med avancerade elektroniska
underskrifter:**