



## Yrkande

Regionstyrelsen 24 oktober 2023

### Ärende: Beställning av Hälsoval för år 2024

#### Motiv

Primärvården bör vara det naturliga förstahandsvalet när västerbottningen blir sjuk. Sedan en tid pågår det ett arbete i regionen med att införa en nära vård. I detta krävs att primärvården ska vara sjukvårdens nav. Det är en utmaning på grund av bristen på allmänläkare, vilket resulterar i personalbrist på många av regionens hälsocentraler. Över tid har allt fler arbetsuppgifter lagts på primärvården, men dessvärre har pengar och resurser inte följt med. För att primärvården ska vara det naturliga förstahandsvalet när man blir sjuk måste det finnas en långsiktig plan och tydligare uppdrag. En väl utbyggd och fungerande primärvård ger lägre sjukvårdskostnader, högre produktivitet, mer rättvis fördelad sjukvård och en friskare befolkning.

Sjukvårdssystemet måste genomföra en omställning från en sjukhustung vårdmodell till vård som flyttas närmare medborgarna. Nära och trygg vård kräver kontinuitet. Idag slussas patienter ofta mellan olika vårdnivåer och specialiteter utan att ha någon som tar ett samlat ansvar för vården. Patienten får upprepa sin sjukdomshistoria om och om igen. Även för hälsocentralen och läkaren leder detta till ineffektivitet och ökad arbetsbörda. I slutändan kan såväl patientsäkerhet som vårdkvalitet påverkas. Det är dags att återinföra systemet med fast läkarkontakt och ett maxantal listade patienter per läkare enligt Socialstyrelsens rekommendation om en distriktsläkare per 1 100 invånare. Om patienten hela tiden får träffa olika personer inom sjukvården bidrar det varken till trygghet, kostnadseffektivitet eller en nära vård. Även fler privata aktörer bidrar till att utveckla och förbättra vården i vårt län. En fungerande nära vård är mer kostnadseffektiv och ökar tillgängligheten för de som behöver vården som mest.

Västerbotten har kommit relativt långt i arbetet med omställning till en nära vård. För att komma längre krävs en primärvårdsreform. En viktig del i det är regionernas ansvar att möjliggöra en övergång till en fast läkarkontakt med tillhörande vårdteam. Det krävs mer för att öka tillgängligheten till primärvård, en del av den lösningen är att justera upp den rörliga ersättningen till 30 procent och den fasta 70 procent.

Hälsocentraler måste ges större möjlighet att förändra sitt öppethållande. Exempelvis kan en hälsocentral vissa dagar i veckan ha öppet till 19 samt öppna lite senare dagen efter. En sådan förändring i kombination med att förstärka möjligheten till en bättre förbedömning (triagering) av patienten skulle medföra en stor avlastning. Många skulle kunna klara sig väl med egenvård och en snabb tid på sin hälsocentral. För de som det inte bedöms möjligt är akuten det sista steget. I Umeå har det de senaste 10 åren funnits en primärvårdsjour. Det har av många uppfattas som en kvällsöppen hälsocentral. Det har varit en dyr lösning som

medfört att de läkare som bemannat jourerna inte kunnat jobba på sin hemmahälsocentral dagen efter. Därför är en övergång till en mindre primärvårdsakut, med öppethållande begränsat till dagtid, helger, i nära anslutning till akuten i Umeå en mer kostnadseffektiv lösning som ger, tillsammans med en bättre förtriagering, ett bättre patientomhändertagande.

### **Ett anpassat åtagande för hälsocentralerna utifrån förutsättningar**

Region Västerbotten har ett av landets bredaste åtaganden för hälsovalet. Det krävs en förändring i hur vårdvalet är utformat. Med de nyligen genomförda lagändringarna behövs det att gå vidare med att införa tre vårdval/uppdelningar: södra Lappland, Umeå-regionen samt Skellefteå och Norsjö. Denna förändring bygger på insikten att vårt län har olika behov och att flödet mellan kommun och sjukhus varierar. Förutsättningarna för primärvård skiljer sig mellan Umeå centrum och Malå. Exempelvis är förutsättningarna att ha en läkarbemanning alla dagar samtliga tider nästintill omöjlig givet att det då blir extremt kostsamt med hyrläkare. Därför krävs det en justering som öppnar upp för att mindre hälsocentraler tillåts att bara ha läkarbemanning vissa dagar. De exakta detaljerna bör utarbetas av verksamheterna. Denna förändring är också i linje med förslaget om tre starka sjukhus med egen ledning.

### **En sammanhållen vård för de som har störst behov**

Sjukvårdens organisation är inte rustad för att möta patienten med ett helhetsperspektiv. Patienten riskerar att reduceras till olika diagnoser beroende på vilken specialist man för tillfället möter. Som patient har man sällan en fast vårdkontakt genom vården. En sammanhållen vård där patienten är i centrum är därför viktig. Det är oerhört kostnadsdrivande att bedriva vård där den ena handen inte vet vad den andra gör. Kunskapen om patientens olika behov och preferenser måste bedömas i sin helhet.

Vård ska vara samordnad och patienten ska uppleva en väl sammanhållen och sömlös vårdkedja. Det innebär att vården i all planering och samverkan ska utgå ifrån patientens hela livssituation. För att lyckas med detta är det viktigt att i samarbete med andra vårdgivare, huvudmän och samhällsaktörer vara lösningsorienterade och förtroendeskapande och genom det bygga ett gott samverkansklimat. Det måste finnas en fungerande helhet för gruppen mest sjuka äldre samt för personer med stora vårdbehov. Om vårdflöden och vårdkedjor skulle hänga ihop bättre skulle det medföra minskat onödigt lidande, bättre vård och även spara på resurser. Det är en mindre grupp, ca 5 % av patienterna, men de svarar för ca 50 procent av sjukvårdens resurser. En geriatrisk hälsocentral (GVC) ska ingå som ett tillägg i hälsovalet. Där krävs läkare med specialistkompetens i geriatrik liksom äldresjuksköterskor som fungerar som samordnare kring patientens samtliga behov av vård och omsorg. En annan grupp av patienter som har behov av löpande och kontinuerliga insatser under lång tid är personer med förvärvad hjärnskada. En hjärnskadekoordinator skulle kunna främja en god rehabilitering och förebygga att personer med förvärvade hjärnskador "faller mellan stolarna".

### **Tilläggsyrkanden:**

1. Riktvärdet för fast läkarkontakt inom primärvården fastställs till 1100 patienter per läkare samt att insatser för att nå riktvärdet inleds omgående.
2. Ersättningsnivån justeras för att stimulera en ökad tillgänglighet. Detta genom att den rörliga ersättningen justeras till 30 procent och den fasta till 70 procent.
3. Inför en kostnadsneutral ersättning mellan primärvård och sjukhusvård som den sjukhusvården själv betalar för beställning av undersökningar och provtagning.

4. Inom ramen för att varje särskilt boende ska ha en fast hälsocentral ska hälsocentralen erbjuda regelbundna tider för rondning/läkarkonsultation samt eftersträva hög kontinuitet hos den ansvariga fasta läkaren.
5. Filialverksamhet uppmuntras för såväl privata som de offentligt drivna hälsocentralerna för att tillgodose en ökad tillgänglighet.
6. Vid nyetablering ska passivt listade listas om till den nyetablerade hälsocentralens upptagningsområde inom tre månader.
7. Fokuserat arbete på hur primärvården ska kunna vara första linjen vid psykisk ohälsa.
8. En ersättning för strukturerade digitala samtal införs. Detta för att ytterligare stärka tillgängligheten och avlasta hälsocentralernas telefontider.
9. En särskild ersättning för de hälsocentraler som kan erbjuda minst 70 procent av sina patienter en fast namngiven läkare med tillhörande vårdteam införs. Den särskilda ersättningen motsvarar cirka 3 procent högre fast ersättning.
10. Se över regelverken för att möjliggöra fler digitala vårdbesök när det är medicinskt möjligt.
11. En del av basuppdraget är att hälsocentraler ska eftersträva efter att tillhandhålla öppettider även på kvällar.
12. Primärvårdsjouren på Ålidhem avvecklas och ersätts med primärvårdsakut i nära anslutning till akuten vid NUS.
13. Hälsocentraler som erbjuder så kallade GVC/äldremottagningar får en viss ytterligare stimulansersättning inom ramen för tilläggsuppdraget.
14. Beställningens detaljstyrande utformning begränsas för att stimulera ökad tillitsstyrning.
15. Bjud in externa intressenter för diskussion om förutsättningar för att etablera en privat driven hälsocentral i Skellefteå.
16. Möjliggör en ökad egenvård/egenmätning för personer med kroniska sjukdomar.
17. Öka deltagandet i Västerbottens hälsoundersökningar genom att öppna upp för att få in fler aktörer som till exempel apotek.
18. Utifrån förändrad lagstiftning införa tre vårdval/uppdelningar i vårt län: södra Lappland, Umeå-regionen samt Skellefteå och Norsjö.
19. Skapa möjligheter till profilering av hälsocentraler. Sådana exempel kan vara geriatrisk hälsocentral eller arbete mot psykisk ohälsa/sjukdom.

### **Allians för Västerbotten**

Nicklas Sandström (M)  
Regionråd i opposition

Ewa-May Karlsson (C)  
Gruppledare

Hans-Inge Smetana (KD)  
Gruppledare

Maria Lundqvist-Brömster (L)  
Gruppledare