



Centerpartiet



ALLIANS

Yrkande

Regionstyrelsen 10 november 2027

Ärende: Inriktningar och åtgärder för hälsoval primärvård 2027

Motiv

En samlad primärvårdsreform för att nå en Nära vård

Sverige har historiskt haft och har än idag en sjukhustung hälso- och sjukvård. Det är en ineffektiv fördelning. Om patientströmmarna i första hand kan styras till primärvården, kan sjukhusens resurser koncentreras till de riktigt svåra sjukdomsfallen.

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 och kommer att bli en utmaning på grund av bristen på allmänläkare och distriktssköterskor vilket har lett till personalbrist och ohälsa 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 ett tydligare uppdrag. En väl utbyggd och fungerande primärvård ger lägre sjukvårdskostnader, högre produktivitet, mer rättvis fördelad sjukvård och en friskare befolkning.

Sjukvårdssystemet måste genomgå 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. Personcentrerad vård och god omvårdnad är viktiga aspekter av vårdkvaliteten där bemötande, kommunikation och god patientkännedom måste värnas.

Vi bör sluta fantisera om att »digitaliseringen och nya arbetssätt« ska lösa alla problemen och i stället fundera på hur vi snabbast möjligt når full bemanning. Det är dags att återinföra systemet med fast läkarkontakt och ett riktvärde för antal listade invånare per läkare i vårdteamet enligt Socialstyrelsens rekommendation om en distriktsläkare per 1 100 invånare. Den svagaste länken i kedjan är bristen på allmänläkare och man måste vara tydligare med att det är det problemet som ska lösas först. Många av de andra bitarna skulle lösa sig och falla på plats om vi hade 1 på 1 100, för alla invånare. Om patienten hela tiden får träffa olika personer inom sjukvården bidrar det varken till tillit, trygghet, kostnadseffektivitet eller en nära vård.

Befolkningen vill hellre ha en mindre vårdcentral i närheten med ett smalare vårdutbud, än en stor längre bort med ett bredare vårdutbud. Flera privata aktörer bidrar till att utveckla och förbättra vården i vårt län där det framför allt i glesbygden behöver skapas incitament och möjlighet för att mindre mottagningar, exempelvis bestående av en distriktsläkare, distriktssköterska och en undersköterska kan öppnas. Vi bör verka för ett nationellt uppdrag för primärvården som har utrymme för lokala variationer. Framför allt på glesbygd och landsbygd

kan det krävas att man möjliggör för vårdgivare att åta sig ett smalare uppdrag. Det ska vara enkelt att öppna en liten verksamhet för att öka tillgängligheten. Underlättar politiken mindre läkardrivna enheter, som läkarna och personalen fick större frihet att utforma, så skulle det locka fler att arbeta inom primärvården också på gles- och landsbygd. Detta talar för att man bör skapa tre vårdval/uppdelningar: södra Lappland, Umeåregionen samt Skellefteå och Norsjö. En fungerande nära vård är mer kostnadseffektiv och ökar tillgängligheten för de som behöver vården mest. Särskilt viktigt är det i Skellefteå där primärvården kollapsat och det krävs en kraftansträngning för att vända utvecklingen.

Rekryteringsbasen för distriktsläkare är till övervägande del ST-läkare under utbildning till specialister i allmänmedicin, framtidens distriktsläkare. För den som ska bli specialist börjar utbildningen med bastjänstgöring, BT, som följs av specialiseringstjänstgöring, ST. I Västerbotten erbjuds bara fristående BT – en tidsbegränsad anställning på tolv månader. Därefter måste läkaren söka vidare till ST. I flera andra regioner kan BT i stället integreras i en sammanhållen ST-anställning, bland annat inom allmänmedicin. Man måste även utöka valmöjligheterna i BT och ST-utbildningen med karriärvägar för läkare som vill kombinera kliniskt arbete och vetenskaplig meritering genom att inrätta fler forskar BT/ST-tjänster.

Under utbildningen krävs det handledning och av den anledningen är det till välbemannade hälsocentraler ST-läkare i första hand söker sig. Mot bakgrund av bristen på specialister i allmänmedicin kan man tänka sig att lösa handledningsfrågan, förslagsvis på det sättet att, en specialist i allmänmedicin, aktivt yrkesarbetande, senior eller pensionerad, med stort handledarintresse/-skicklighet, på del- eller heltid agerar som handledare för flera ST-läkare samtidigt, på en och samma eller olika geografiskt belägna hälsocentraler. Man kan och också tänka sig att en hel hälsocentral bemannas enbart av ST-läkare med en allmänmedicinspecialist närvarande som handledare.

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 15 procent och den fasta till 85 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 dem som det inte bedöms möjligt är akuten det absolut sista steget.

Under årens lopp har det lagts stora och välvilliga ambitioner och ekonomiska resurser på att öka tillgängligheten till primärvården och det har därför skapats ett flertal olika digitala system för invånaren att etablera kontakt. Alla dessa nya kontaktvägar har tyvärr inneburit och resulterat i ett stort merarbete och ökad tidsåtgång för vårdpersonalen av att behöva hantera och ta ställning till flera olika system, ofta efter kontakter från en och samma patient, i stället för att ha en ingång för tidsbokning. Att montera in flera dörrar till ett redan överfullt och fullproppat rum gör inte att fler kommer in. Därför kan man ifrågasätta att resurser läggs på att ännu ett system tas fram och planeras införas. All den tid som läggs på dessa olika system borde kunna kanaliseras till tid för ett system, en tillräckligt dimensionerad

telefonkontakt, det som patienterna i första hand önskar. Ett annat sätt att förbättra tillgängligheten är att hälsocentralerna/sjukstugorna organiserar en öppen mottagning till distriktssköterska som tar emot obokade, listade patienter och gör en första bedömning och triagering. Andra digitala system för exempelvis receptförnyelse ska naturligtvis finnas kvar. Ett annat aber är att patienter, som avvisats från akutmottagningen och i stället fått rådet att ta kontakt med sin hälsocentral dagen efter, har trots alla ovan beskrivna ingångar, svårt att få kontakt med sin hälsocentral. En lösning skulle kunna vara att primärvårdsakuten meddelar respektive patients hälsocentral som avsätter tid hos en vårdpersonal som har i uppgift att ta hand om och kanalisera dessa kontakter. De exakta detaljerna bör utarbetas av verksamheterna.

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. Vi bör verka för ett anpassat uppdrag för primärvården som har utrymme för lokala variationer. Framför allt på glesbygd och landsbygd kan det krävas att man möjliggör för vårdgivare att åta sig ett smalare uppdrag. Med de nyligen genomförda lagstiftningsändringarna är det dags att gå vidare med att införa tre vårdval/uppdelningar: södra Lappland, Umeåregionen 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 i Malå för 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 ha ett mindre uppdrag och exempelvis bara ha läkarbemanning vissa dagar. De exakta detaljerna bör utarbetas av verksamheterna.

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. I detta är det även viktigt att beakta barnperspektivet.

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, förtroendeskapande för att 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. Ett geriatriskt arbetssätt ska uppmuntras i hälsovalet. Där krävs läkare med specialistkompetens i geriatrik liksom äldresjuksköterskor som fungerar som samordnare kring patientens samtliga behov av vård och omsorg. I Skellefteå finns det ett stort behov av att få på plats en utskrivningsavdelning i samverkan med kommunen. I samverkan med Skellefteå ser vi även på sikt, när ekonomin tillåter, att det etableras ett hospice. 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".

Ansvar för första linjens vård för barn och unga med psykisk ohälsa ska samlas tillsammans med BUP i en sammanhållen organisation med gemensam ledning och verksamhet i Umeå, Skellefteå och Lycksele. Kontaktcenter ska vara en gemensam väg in, så att barn och unga snabbare får rätt hjälp och slipper hänvisas mellan olika verksamheter. Hälsovalets uppdrag ska anpassas när behandlingsansvaret överförs. Hälsocentralerna ska fortsatt uppmärksamma psykisk ohälsa och hjälpa barn vidare, samtidigt som deras ansvar för vuxnas psykiska ohälsa kvarstår. Ungdomsmottagningarnas roll ska tydliggöras och tillgängligheten i hela länet säkerställas genom lokala insatser och digitala besök.

Yrkanden

1. Primärvårdens andel av regionens budget bör årligen succesivt utökas med minst 2 % från dagens lite drygt 15 % för att slutligen nå 25 %.
2. Ersättningsnivån justeras för att stimulera en ökad tillgänglighet. Detta genom att den rörliga ersättningen justeras till 15 procent och den fasta till 85 procent.
3. Garantier för likvärdiga villkor för alla utförare inom valfrihetssystem. Regionen etablerar en modell för en konkurrensneutral underskottshantering.
4. Påbörja arbetet att införa tre vårdval/uppdelningar i vårt län som är lokalanpassade efter förhållandena i: södra Lappland, Umeåregionen samt Skellefteå och Norsjö.
5. Vid nyetablering ska passivt listade listas om till den nyetablerade hälsocentralens upptagningsområde omgående.
6. Beställningens detaljstyrande utformning begränsas för att stimulera ökad tillsyn.

Kontaktvägar och öppettider

7. Förenkla och förbättra kontaktvägarna till hälsocentralerna.
8. En ersättning för strukturerade digitala samtal införs. Detta för att ytterligare stärka tillgängligheten och avlasta hälsocentralernas telefonider.
9. Se över regelverken för att möjliggöra fler digitala vårdbesök när det är medicinskt möjligt.
10. En del av basuppdraget är att hälsocentraler ska eftersträva efter att tillhandahålla öppettider även på kvällar fram till kl. 19.

Kompetensförsörjning

11. Tilldelningen av ST-läkartjänster, framtidens distriktsläkare, utökas kraftigt och fördelas rättvist mellan offentliga och privata hälsocentraler. Erbjud den som önskar en integrerad BT i en sammanhållen ST-anställning inom allmänmedicin.
12. Inrätta fler forskar BT/ST-tjänster som valmöjlighet för de läkare som vill kombinera kliniskt arbete och vetenskaplig meritering.

13. Lönesättningen i primärvården ska vara rättvis och transparent. Det finns alternativa sätt att differentiera lönesättningen. Exempelvis att återinföra lönetrappa för ST-läkare samt individuella kvotlöner relaterat till plats.

Uppdrag

14. 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.
15. Hälsocentraler som erbjuder så kallade äldremottagningar får en viss ytterligare stimulansersättning inom ramen för tilläggsuppdraget.
16. Hälsovalets uppdrag anpassas så att behandlingsansvaret för första linjens vård vid psykisk ohälsa hos barn och unga överförs till en sammanhållen organisation tillsammans med barn- och ungdomspsykiatri. Hälsocentralerna ska fortsätta uppmärksamma psykisk ohälsa, göra en första bedömning och hjälpa barn och unga vidare till rätt vårdinstans.
17. Hälsocentralernas ansvar för vuxna med psykisk ohälsa tydliggörs. Tillgång till psykosociala team ska säkerställas vid samtliga hälsocentraler och möjligheter till profilering mot psykisk ohälsa och sjukdom ska främjas.
18. Förändringen av hälsovalets uppdrag samordnas med överföringen av behandlingsansvar, resurser och kompetens till den sammanhållna organisationen. Ansvarsfördelningen ska vara tydlig för såväl offentliga som privata hälsocentraler, och pågående vårdkontakter ska säkerställas under övergången.
19. Möjliggör en ökad möjlighet för egenvård och egenmonitorering för personer med kroniska sjukdomar.
20. Öka deltagandet i Västerbottens hälsoundersökningar genom att öppna upp för att få in fler aktörer som till exempel apotek.
21. Skapa möjligheter till profilering av hälsocentraler. Sådana exempel kan vara geriatrisk hälsocentral eller arbete mot psykisk ohälsa/sjukdom.

Övrigt

22. Rutiner för överföringar/övergångar från slutenvård till primärvård samt fördelningar av läkemedelskostnader tydliggörs.
23. Inför en kostnadsneutral ersättning för beställning av undersökningar och provtagning mellan primärvård och sjukhusvård.
24. Filialverksamhet uppmuntras för såväl privata som de offentligt drivna hälsocentralerna för att tillgodose en ökad tillgänglighet.
25. Verka för att för att etablera en privat driven hälsocentral i Skellefteå. Det skulle kunna ske genom att en befintlig hälsocentral övergår till en privat driven.

Hälso- och sjukvårdsnämnden

26. Hälso- och sjukvårdsnämnden ska fastställa målet att varje heltidsarbetande distriktsläkare ska ha ansvar för högst 1 100 invånare på sin fasta patientlista, tillsammans med det vårdteam som arbetar runt patienten. Målet, en tydlig tidsplan samt åtgärdsförslag för att nå riktvärdet ska beslutas och dokumenteras. Arbetet ska starta omgående och målet ska vara uppnått inom tre år. Tre hälsocentraler föreslås utses som piloter, exempelvis en centralt belägen hälsocentral, en i omlandet och en i glesbygd. Dessa hälsocentraler får extra finansiering, utöver sin ordinarie budget, för att kunna nå Socialstyrelsens riktvärde.
27. Samlad primärvårdsledning som har det övergripande verksamhets- och budgetansvaret för den samlade primärvården i länet.
28. Ett krav införs i hälsovalet om att tillämpa kloka kliniska val i vardagen.
29. Administrativa, icke värdeskapande, uppgifter reduceras till ett minimum under beaktande av ”time needed to treat”- principen.
30. Fast anställd vårdpersonal garanteras regelbunden kompetensutveckling, enligt respektive personalkategoris rekommenderade fortbildningspolicys.
31. Seniora medarbetares kompetens och önskemål ska tas tillvara på ett bättre sätt. Det finns sannolikt ett flertal arbetsuppgifter som kanske kan vara intressanta som exempelvis äldrevård, ronder, mentorskap, handledning och utbildning av nya kolleger i klinisk praxis.
32. Heimdall Hälsocentral lokaliseras på sjukhuset. I den översynen behöver någon form av filialverksamhet kopplad till en hälsocentral finnas kvar inne i centrum för möta behov av de patienter som inte kan ta sig till sjukhusområdet.
33. Uppmuntra och stimulera att regiondrivna hälsocentraler övergår till intraprenadform.
34. Kommuners samverkan med Region Västerbotten bör vara goda exempel för praktiska lösningar och former för samarbete för större orter.
35. Hälso- och sjukvårdsnämnden får i uppdrag att samla första linjens vård för barn och unga med psykisk ohälsa och barn- och ungdomspsykiatri i en sammanhållen organisation med gemensam ledning och verksamhet i Umeå, Skellefteå och Lycksele.
36. Kontaktcenter behålls och utvecklas som en gemensam väg in till första linjens vård och barn- och ungdomspsykiatri. Gemensamma bedömningar och vårdprocesser ska säkerställa att barn och unga får insatser på rätt vårdnivå och att övergångar mellan vårdnivåerna sker utan onödiga remisser eller avbrott i vården.
37. Ungdomsmottagningarnas roll i den sammanhållna vården tydliggörs. Samverkan med hälsocentraler, elevhälsa och socialtjänst ska ingå i uppdraget. Tillgängligheten i hela länet ska säkerställas genom lokala insatser och digitala besök som komplement till verksamheten på de tre orterna.
38. Hälso- och sjukvårdsnämnden får i uppdrag att ta fram en genomförandeplan med tidsplan, ansvarsfördelning, bemanning och finansiering samt förslag till nödvändiga förändringar i hälsovalets uppdrag och ersättningsmodell. Uppföljningen ska omfatta väntetider till bedömning och behandling, kontinuitet och tillgänglighet i hela länet.

Allians för Västerbotten

Nicklas Sandström(M)
Regionråd i opposition

Ewa-May Karlsson (C)
Gruppledare

Hans-Inge Smetana (KD)
Gruppledare

Maria Lundqvist Brömster (L)
Gruppledare