

Motion

Umeå den 27 augusti

Mer tid för vårdpersonalen att träffa patienter - mindre onödig administration

Vård skapas i mötet mellan vårdpersonal och patienter. Därför är det en oroväckande utveckling att personalen i vården träffar allt färre patienter. En orsak till det är allt mer växande krav på administrativa arbetsuppgifter. Detta beskrev bland annat i utredningen Effektiv vård (2016:2). Exempelvis kan det handla om trippeldokumentation i journalsystem, manuell registrering i nationella kvalitetsregister och kraftigt växande krav från myndigheter kring intyg och dokumentation. Även de nationella nivåerna har ökat sin efterfrågan på manuellt framtagna statistik. Ett sådant exempel är dokumentationskraven kring alla de nationella överenskommelser som sker mellan stat och regioner.

Från moderaterna anser vi att det behövs en ständig översyn av rutiner och regelverk för vårddokumentation i syfte att effektivisera, förenkla och minska den administrativa bördan för hälso- och sjukvårdens medarbetare. Vårdens personal måste få träffa patienter och därmed minska tiden med onödig byråkrati.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår jag att regionfullmäktige beslutar:

Att Hälso- och sjukvårdsnämnden gör en översyn över vilka rutiner, regelverk och administrativa krav som åligger vårdens personal i syfte att minska detta.

Elmer Eriksson (M)
Ersättare i regionfullmäktige

Nicklas Sandström (M)
Regionråd i opposition

Motion: En solidarisk vårdersättningsnivå

Sammanfattning

Sverigedemokraterna har noterat att vissa sjukvårdsregioner har – i sina respektive regionvårdsavtal – valt att ha en tilläggsavgift på utomlänsvård. Vår sjukvårdsdirektion har ingen sådan skrivelse i vårt regionvårdsavtal. Det innebär att vård som vissa andra sjukvårdsregioner ger våra patienter blir betydligt dyrare än den vård vi ger andra sjukvårdsregioners patienter – såvida inget annorlunda avtalats.

Vi menar att påläggsavgifter för vård utanför den egna sjukvårdsregionen inte är önskvärda, men samtidigt är vi av meningen att det i de fall detta förekommer, så måste vi lägga till en utgift jämte de regioner som har ett sådant tillägg. Vi tolkar dock riksavtalet generöst, och anser att vi måste införa ett allmänt tillägg.

Vidare menar Sverigedemokraterna att vår sjukvårdsdirektions strukturella utmaningar kräver god planering och förutsägbar ersättning för vårt regionsjukhus. Det är därför önskvärt att större del av ersättningsmodellen för NUS i större omfattning än idag är fast istället för rörlig.

Med anledning av ovanstående yrkar Sverigedemokraterna:

Att Region Västerbotten skall – inom vår sjukvårdsregion – verka för att etablera en påläggsavgift om 1% för sjukvård utanför vår sjukvårdsregion i vårt regionvårdsavtal.

Att Region Västerbotten skall – inom vår sjukvårdsregion – verka för en större del av fast abonnemang, och på sikt söka sänka den rörliga delen av den prissatta vården som Region Norrbotten, Region Jämtland samt Region Västernorrland köper av NUS till 25%, och verka för att den fasta delen ska uppgå till 75%.

Att Region Västerbotten skall – inom vår sjukvårdsregion – verka för att den rörliga kostnaden sker genom en ettårig avstämning av volymer.

Bakgrund

Norrlandstingens sjukvårdsdirektion har idag inga pålägg på våra vårdkostnader inom vårt regionvårdsavtal. Pålägg sker varken för de inom vår direktion, eller de utanför.

Det finns emellertid sjukvårdsdirektioner som valt att ha avgifter på den vård de ger till patienter med hemvist utanför deras egna direktion. Exempelvis går det i Region Skånes prillista utläsa följande:

“För patienter från landsting utanför Södra sjukvårdsregionen sker för SUS och Medicinsk Service ett procentuellt tillägg motsvarande landstingens gemensamma ersättning för FOU-tid (oförändrat 1 %), som ersätts separat inom Södra sjukvårdsregionen. För alla taxor sker en anpassning av indexeringen till 2019 i övrigt (2,85 %). Det totala procentuella tillägget blir därmed 3,85 % för SUS och Medicinsk Service och 2,85 % för övriga sjukhus/huvudmän 2019.”¹

Detta innebär i praktiken att Region Västerbotten får ett kostnadspåslag motsvarande det tillägget som Region Skåne lagt till, och därmed ökande vårdkostnader. Det krävs att regionerna i norr samarbetar för att kunna driva och utveckla vår vård. Vi är medvetna om att det både råder en köparnas marknad på området, samt att det är dyrt för regioner att sälja vård, och att såld vård inte i regel genererar vinst.

Ett gott samarbete kräver att vi också tydliggör våra behov till vår sjukvårdsregion. Vi måste hålla oss ajour med vad övriga sjukvårdsregioner gör, även om det principiellt är orimligt att ha tillägg på vårdkostnader. Draget till sin spets så leder detta till att patientrörligheten begränsas.

I väntan på att man från statligt håll begränsar möjligheten att ta ut tilläggsavgifter på vård för patienter utanför den egna sjukvårdsregionen, eller att det i riksavtalet omformuleras detsamma – eller i ett första steg att mängdrabatter omformuleras, så man inte kan använda sig av dem inverterat för att lägga på tillägg – måste vi emellertid sörja för de ytterligare intäkter som ett tillägg för med sig.

I riksavtalet går följande att läsa:

“Samma åtgärd vid ett visst sjukhus får inte ges olika pris beroende på varifrån patienten kommer såvida detta inte har sin grund i ”mängdrabatter” eller anslagsfinansierade kostnadsslag.”²

Här upplever vi att det finns utrymme för tolkning, vilket leder till att vi ser det vittgående och tolkar det som att regioner som på något vis önskar sörja för att få ytterligare intäkter från övriga regioner blir tvingade att skriva in ett allmängiltigt tillägg, det vill säga ett tillägg som berör samtliga övriga sjukvårdsregioner.

Vi vill samtidigt vara tydliga med att vår sjukvårdsregion behöver arbeta för att säkra en fortsatt god vård på NUS. Vi har särskilda strukturella utmaningar som också kräver att vi tillsammans i Norrland kan lita på varandra, och att vi tillsammans ska kunna erbjuda god vård. God vård kräver resurser. God vård kräver även god planering, och ersättningar som bättre följer landstingsprisindex.

Följande går att läsa i vårt regionvårdsavtal:

“§ 3.

Ersättningsmodellen ska bestå av en fast och en rörlig ersättningsdel. Den fasta och den rörliga delen är vid överenskommelsens början 2018 vardera 50 procent av debiteringen för den DRG – prissatta vård som Region Västernorrland (RVN), Region Jämtland/Härjedalen (RJH) och Region Norrbotten (RNB) köper vid NUS.

Den fasta ersättningsdelen säkrar en långsiktig ekonomisk finansiering för fasta infrastrukturella kostnader och för att upprätthålla erforderlig kompetens som regionalt kompetenscentrum på NUS. Den fasta delen fastställs enligt principer som framgår av §§ 4 och 6.

Den rörliga ersättningsdelen ska dels ge rimlig kostnadskompensation på kort sikt vid ökande/minskande volymer dels inte hindra en naturlig utveckling av den sjukvårdande verksamheten där tidigare definierad ”regionsjukvård” etableras vid andra sjukhus i regionen. Den rörliga delen fastställs enligt principer som framgår av §§ 5 och 6.”³

Vi menar att det är eftersträvansvärt att vi i vårt regionavtal också för över större delar av den rörliga vårdkostnaden till abonnemang. Särskilt sett i ljuset av de strukturella utmaningarna vi har gemensamt i de norra regionerna. I vart fall bör vi sträva efter en ettårig avstämning av volymerna.

Vidare har vi sett inom sjukvårdsregionen att vårdkostnaden procentuellt har stigit mer utanför regionen än inom, med cirka 2 %.⁴

Därmed föreslår vi även att vi bör verka för en större del fast abonnemang samt en mindre del rörlig.

Petter Nilsson (SD)
Gruppledare

Linda Strandberg (SD)
Vice Gruppledare

Katrin Larsson
Ledamot

Lars Forsgren (SD)
Ledamot

2: <https://webbutik.skf.se/sv/artiklar/riksavtal-for-utomlansvard-och-kommentarer-med-gillighet-fran-och-med-1-januari-2015.html> sid 21 8.1

3: http://www.norrlandstingen.se/wp-content/uploads/2012/11/Regionvardsavtal-2019-Beslutad-FD_webb.pdf sid 9, § 3

4: http://www.norrlandstingen.se/wp-content/uploads/2019/05/Arsuppfoljning-2018_FD_201905221.pptx

Motion: Stärkt ram för Hälso- och Sjukvårdsnämnden

I inledningen av vart budgetanförande brukar man få höra den årliga läpparnas bekännelse från övriga gruppledare om hur "bra vår personal är", eller hur "viktig vår personal är". Det hela har blivit till något av en tradition i Regionen. Givetvis är vår personal viktig, och visst gör vår vårdpersonal ett bra jobb. Ett fenomenalt jobb, rent magiskt utifrån förutsättningarna.

Satsningarna på personalen uteblir förstås från desamma gruppledarna. Med Sverigedemokraternas budget hade inte så häftiga åtgärder behövts göras som med övriga partiers budget. Istället hade omprioriteringar från kulturverksamhet, regional utveckling, administration, memologen med mer gått till vården. Oavkortat.

Att personalneddragningen blivit så omfattande är helt enkelt på övriga partiers samveten. Att satsa på personalen har aldrig varit så aktuellt som nu. Hyrpersonalkostnaderna, per timma, kommer att stiga till följd av att bemanningsföretagen fortsättningsvis inte ska innefattas i momsundantaget.

Vi måste bedriva vård. Ifall vi måste dra ned på personal kommer det leda till ytterligare hyrpersonalkostnader, alternativt utomlänskostnader. Dessa alternativ ser väl bättre ut internt i partierna kan tänkas, då man försöker visa handlingskraft för innevarande år.

Bekymret är emellertid vad personalen känner. Vad personalen orkar med. Det finns nämligen en gräns för hur mycket nedskärningar vårdpersonal klarar av. Många söker sig till yrket på grund av ett kall. Ett kall att hjälpa människor. Samtidigt märker man att tiden inte räcker till. Att de är för få som är anställda för att kunna hjälpa alla de som söker vård. Personal går hem från sina skift med tårar i ögonen och en känsla av hopplöshet, att inte räkna till. Att inte själv kunna få tid att balansera arbete och fritid.

Det beklämmande läget inom sjukvården idag, där vi har för stort vårdbehov och för lite skatteintäkter, kräver att vi fokuserar på personalen. Detta måste vara det sista vi tummar på. Övriga partier fortsätter satsa medel på Norrlandsoperan, ser inte några större effektiviseringsvinster i att dra ned på kultur, administration folkhögskolor med mer.

Alla kommer kanske inte i kontakt med vården och märker av de brister som finns, först och främst med att faktiskt få komma till vården. Därmed blir det något man märker först när vården man förväntar sig inte är tillgänglig när man söker.

Region Västerbotten vill vara en attraktiv arbetsgivare. Hur har man tänkt vara en attraktiv arbetsgivare när man skär ner på personal som i många fall redan går på knäna?

I det knappa läge vi befinner oss i måste vi prioritera rätt. Vi måste prioritera regionens kärnverksamhet, vilket är just vård. För att få en bra vård måste man satsa på personal.

Om personalen mår bra får vi bra vård.

Med anledning av ovanstående yrkar Sverigedemokraterna att:

Att Regionfullmäktige beslutar att sörja för en stärkt ram om 17,3 mnkr till Hälso- och sjukvårdsnämnden, samt att omfördelningar skall ske ifrån Regionala utvecklingsnämnden samt memologen.

Petter Nilsson (SD) Gruppledare **Linda Strandberg (SD)** Vice Gruppledare **Katrin Larsson (SD)** Ledamot **Lars Forsgren (SD)** Ledamot

Återinför alla AT-platserna

Majoriteten stryper vården Sverigedemokraterna vill att regionen återinför de reducerade AT-platserna. Det är universitetssjukhusets uppgift att sörja för utbildning av AT-läkare. Att reducera AT-platserna idag skulle innebära en nådastöt för den framtida vården, detta skulle innebära att vården – en av grundstenarna för den svenska välfärdsmodellen – äventyras i hela Norrland.

En kortsiktig lösning på budgetutmaningar som på lång sikt kommer kosta för framtida generationer i form av specialistläkarbrist.

När läkare har läst klart sin läkarutbildning måste denne genomgå AT-tjänstgöring för att bli en legitimerad läkare. AT-tjänstgöringen ska genomföras under en period om minst arton månader, varav sex månader allmänmedicin och tre månader psykiatri, eller barn- och ungdomspsykiatri. Minst tre månader inom invärtesmedicinska specialiteter och barn- och ungdomsmedicin, samt tre månader minimum inom kirurgiska specialiteter, inom de båda måste den aspirerande AT-läkaren läsa totalt minst nio månader. AT-avslutas sedan med ett kunskapsprov.

Konkurrensen att få AT-tjänstgöring är stor, främst på universitetssjukhus. I dagsläget examineras fler läkare än vi har AT-platser. Det är redan idag en flaskhals. Att majoriteten med stöd av alliansen nu föreslår att minska AT-platserna ytterligare kommer göra att vi får ytterligare svårigheter att sörja för specialistläkare.

Detta är att långsamt strypa vården då tillgängligheten kommer att kraftigt försämrats ytterligare. I väntan på AT-tjänst får de nytexaminerade läkarna tjänstgöra som icke legitimerade underläkare, ibland upp till två år.

Det är slöseri med resurser, i synnerhet då vi lider brist på specialister. Att Norrlands universitetssjukhus, som är det enda universitetssjukhuset i de fyra nordligaste länen, reducerar vår lagliga skyldighet att sörja för AT-läkare och den utbildning som vårt regionsjukhus kräver, riskerar äventyra framtida vård för norra halvan av Sverige.

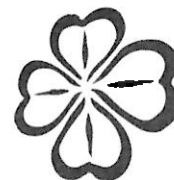
Vi behöver ST-läkare. Vi Sverigedemokrater menar att vi har tillräckligt mycket resurser som läggs på oskäliga verksamheter – såsom finkultur, administration och memeolog – där medel finns för att täcka upp budgetunderskott inom AT-verksamheten.

Med bakgrund av ovanstående yrkar Sverigedemokraterna:

Att Regionfullmäktige beslutar att sörja för medel till HSN motsvarande beslutet HSN fattade hösten 2019 att dra ned på AT-platsernas budget.

Att Regionfullmäktige beslutar att berörda medel skall gå oförkortat till AT-platser.

Att omfördelningar för utökad AT-budget skall ske ifrån administration och stödfunktioner.



GVC ett alternativ?

En av sjukvårdens allra tuffaste utmaningar handlar om omhändertagandet av äldre multisjuka patienter. Som befolkningsutvecklingen ser ut idag kommer det om cirka 30 år finnas dubbelt så många 80-åringar. Studier visar att bland patienter över 60 år har 73 procent kognitiv svikt (minnesstörningar). Multisjuklighet blir med stigande ålder ett allt vanligare fenomen, enligt en definition så finns multisjuklighet hos sju procent av svenskarna.

Multisjuka äldre passar sällan in i mallar för enklare vårdprogram utan kräver just ett individanpassat multiprofessionellt omhändertagande.

Geriatrisk Vårdcentral (GVC) är likt BVC och MVC en modell där den äldre multisjuka efter en grundlig kartläggning och läkarbedömning får en individuell vårdplanering. GVC skulle kunna vara en modell som höjer den enskildes livskvalitet och minskar belastningen för en redan ansträngd sjukhusvård och dessutom spar resurser. Modellen finns redan idag vid en hälsocentral i Umeå.

Med anledning av ovanstående föreslår jag landstingsfullmäktige beslutar att:
Utreda om Geriatrisk Vårdcentral (GVC) kan vara ett alternativ för regionens primärvård och läggas in i Hälsovalet?

Ewa-May Karlsson (C)
Gruppledare



Motion

Ofrivillig ensamhet.

Vi lever i en allt mer individualistisk värld. Över en miljon människor i Sverige saknar en nära vän. Antalet deltagare på en begravningsgudstjänst har minskat från 49 personer 1990 till 24 närvarande 2016 och allt fler begravs utan en enda vän eller anhörig närvarande. I Stockholm är var tionde begravning s k "direktare" där ingen deltar vid begravningen. Ofrivillig ensamhet är en lika stor riskfaktor för att dö i förtid som rökning. Ensamheten innebär en kronisk stress som sliter på kroppen och ökar risken för kärkramp, hjärtinfarkt och stroke.

Ju äldre vi blir, desto mer ensamma och isolerade. SCB redovisade för ett par år sedan att 35 procent av kvinnorna och 20 procent av männen över 85 år känner sig ensamma. 16 procent var socialt isolerade. I Sverige idag hinner äldre dö i – och av – isolering i väntan på ett äldreboende med gemenskapsmöjligheter.

Barn drabbas också av ensamhet. Vilket bland annat visas i Bris årsrapport. Ensamhet hos barn kommer i två skepnader: som en förväntan att föräldrarna inte har tid för dem och att barnet måste hantera sin oro på egen hand, och som en ensamhet i relation till jämnåriga – att de inte känner samhörighet. Enligt forskare vid Örebro Universitet har barn som är ensamma tre gånger så hög risk att få icke godkänt i betyg i skolan.

Inte sällan är de som är ofrivilligt ensamma psykiska mående så dåligt så utav den orsaken är man stor vårdkonsument.

Det är hög tid att vi erkänner ensamheten som ett av våra stora samhällsproblem med höga mänskliga och samhällsekonomiska kostnader. Det behövs breda reformer och politiska initiativ för att mota ensamhet.

Vi föreslår därför regionfullmäktige ge Hälso o sjukvårdsnämnden i uppdrag

att utarbeta tydliga rutiner för att i patientmöten lyfta frågan om ensamheten.
att Region Västerbotten arbetar med ensamheten som ett fokusområde för att förbättra våra medborgares livsvillkor.

Kristdemokraternas Regionfullmäktige

Hans-Inge Smetana

Betty-Ann Nilsson

Kalle Lilja

Anna-Karin Lundberg



Motion

Umeå den 30 oktober

Vuxna som befinner sig illegalt i Västerbotten ska endast erbjudas vård som inte kan anstå

Region Västerbotten har beslutat på att asylsökande och papperslösa vuxna samt barn och unga ska i Västerbotten få hälso- och sjukvård (inklusive hjälpmedel) på samma villkor som svenska medborgare.

Det finns anledning till att ifrågasätta varför Region Västerbotten ger detta utökade vårdutbud till vuxna som illegalt befinner sig i Västerbotten.

I Västerbotten bor det trots allt människor som lever under med knappa marginaler men som har arbetat och betalt skatt hela sitt liv i Sverige. Att då ge planerad tandvård och sjukvård till personer som inte har rätt att befinna sig i Sverige måste ses som provocerande.

Det överprövar också andra myndigheters beslut. Om Sverige ska ha en ordnad migrationspolitik, så kan vi inte ha ett system där myndigheter undergräver och försvårar andra myndigheters rättsliga beslut om personer som ska lämna landet. Ett rättssäkert samhälle ska inte ge sådana dubbla signaler från olika myndigheter.

En majoritet av Sveriges regioner har inte landat i samma slutsats som Västerbotten. Region Västernorrland där S är med och styr har under året återgått till Socialstyrelsens riktlinjer. Det borde därmed inte vara kontroversiellt att återgå till Socialstyrelsens riktlinjer i denna fråga.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår jag att regionfullmäktige beslutar:

Att Region Västerbotten återgår till att för vuxna som saknar rätt att uppehålla sig i Sverige endast följer Socialstyrelsens riktlinjer kring vård som inte kan anstå

Anton Bergström (M)
Ledamot i regionfullmäktige



Allians för Västerbotten

Motion

2019-11-05

Ett första steg mot fast läkare i primärvården

Att få träffa samma läkare vid besök på sin hälsocentral är något som patienter värderar väldigt högt. Sverige har medicinska resultat i världsklass, men vi brister i kontinuitet, trygghet och tillgänglighet till läkare. Särskilt problematiskt är det i primärvården.

När patienter behöver berätta samma sjukdomshistoria för flera personer behövs längre tid i vårdmötet. Detta är en patientsäkerhetsrisk och ger sämre kvalitet. Det riskerar att leda till frustration för patienten och en onödigt tung arbetsbörda för den enskilde läkaren. Samtidigt är det ett ineffektivt utnyttjande av våra gemensamma skattepengar.

Vi vill åtgärda det och föreslår ett första steg i en primärvårdsreform med en fast läkare med tillhörande vårdteam. Vårt förslag innebär en särskild ersättning för de hälsocentraler som kan erbjuda minst 70 procent av sina patienter en fast namngiven läkare. Den särskilda ersättningen motsvarar cirka 3 procent högre grundersättning.

Stimulansersättningen syftar till att göra det mer attraktivt att arbeta på en ordinarie tjänst vid någon av hälsocentralerna i regionen och samtidigt skapa ekonomiska förutsättningar för hälsocentralerna att rekrytera fler fasta läkare. Vi är även övertygade om att detta kommer att göra primärvården mer attraktiv att jobba i och därmed bidra till att minska bristen på allmänläkare.

När en läkare har ett helhetsansvar för sina patienter kan en välfungerande och nära vård med kontinuitet och tillgänglighet för västerbottningarna säkras. Tanken är inte att patienten ska träffa en läkare om så inte behövs. Grunden är fortsatt lagarbetet över olika yrkesgrupper som idag finns på en hälsocentral. Däremot behöver patienterna informeras om vem som är deras fasta läkare. Målet är en



ALLIANS

stärkt kontinuitet och en ökad tillgänglighet för patienten. Att patient och läkare känner varandra är en fördel för alla, men särskilt för dem som behöver vården mest. Vi är övertygade om att detta skapar ökad trygghet, bättre tillgänglighet och högre kvalitet.

Vi vill utifrån ovanstående yrka

Att

1. Utifrån motionens intentioner ta fram en modell för fast läkare i primärvården

Allians för Västerbotten

Nicklas Sandström (M)
Regionråd i opposition

Ewa-May Karlsson (C)
Gruppledare

Carin Hasslow (L)
Gruppledare

Hans-Inge Smetana (KD)
Gruppledare