

Motion nr 10-2023 - Majoritetens motionssvar

I motionen yrkas på att en bred och genomgripande primärvårdsreform ska införas för primärvården enligt motionens intentioner. Regionfullmäktige har gett regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden i uppdrag att en genomlysning av primärvården ska genomföras i två delar. Den ena delen är att styrningen av primärvården ska ses över. Där ingår att se över styrprocesser, ansvarsfördelning vad gäller planering, budget, resursfördelning och uppföljning. Den andra delen är att driften av primärvården ska ses över, där ingår hur måluppfyllelse och effektivitet nås utifrån fokus på tillgänglighet. Målsättningar ska konkretiseras och åtgärdsplaner ska tas fram. Regionfullmäktiges uppdrag kan ses som ett första steg att genomföra förändringar och reformeringar av primärvården i Västerbotten. I november 2023 godkände regionfullmäktige rapporten av genomlysningen och målsättningarna och åtgärdsförslagen återkommer som riktade uppdrag i regionplanen till regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden.

Det finns delar i de förslag motionären presenterat som kan vara genomförbara. Utifrån det resultat som har presenterats i genomlysningen samt uppdragen rörande primärvården i regionplanen och nämndplanerna kommer det arbetas vidare med denna fråga. Mot bakgrund av detta föreslås det att motionen ska anses besvarad.

Motionen innehöll flertalet punkter och den bedömning som har gjorts av regionförvaltningen och hälso- och sjukvårdsförvaltningen till de tio förslagen i motionen finns presenterad nedan.

Punkt 1: Att det snarast fattas beslut om och genomdrives att varje specialist och ST-läkare i Allmänmedicin garanteras en blandad lista med ett fast och oföränderligt listtak om 1 100 invånare per distriktsläkare samt 550 invånare per ST-läkare enligt Socialstyrelsens rekommendationer. Det innebär att alla regionens invånare ska listas på en fast, namngiven distriktsläkare. Under en övergångsperiod tills att alla är listade bemannas vakanta listor av hyrläkare.

Region Västerbotten har i dagsläget hanterat det som rör patienters möjlighet att få tillgång till en fast läkarkontakt, vilket regleras i lag, genom beställningen till primärvården. Det finns framtagna rutiner att registrera detta för hälsocentralerna så att uppföljning är möjlig både för varje hälsocentral och på en övergripande nivå. En riktlinje som bland annat närsjukvårdsområde Skellefteå/Norsjö redan arbetar utifrån är att varje heltid allmän-specialist ansvarar för 1485 listade patienter när personalbudgetar sätts. För att höja läkarbemanningen och nå Socialstyrelsens riktvärde om 1100 listade per läkare, förutsätts fler läkare i primärvården. Det finns dock inte möjlighet utifrån nuvarande ekonomiska förutsättningar att öka antalet läkare utan att minska på andra professioner eller vidta en begränsning av utbudet. Således behöver antingen vårdpengen höjas eller beställningen förändras.

Punkt 2: Att antalet ST-, AT- samt BT- och DSK-tjänster kraftigt utökas samt att ledarskaps-ST tjänster i Allmänmedicin inrättas.

Insatser för att öka såväl AT som ST har genomförts under flera år i Region Västerbotten, beslut som vi tydligt kan se effekt av. Sedan 2016 till dags datum har antalet legitimerade läkare ökat i antal budgeterade tjänster så väl som i antal anställda. Antalet har ökat med 159 personer. Sett till de senaste 12 månaderna har Region Västerbotten ett positivt rekryteringsnetto avseende denna grupp, totalt 131 har anställts och 98 har slutat.

Region Västerbotten utbildar fler AT-läkare än vad vi ska i förhållande till vår befolkning. Från verksamheternas sida meddelas dessutom att det är ansträngt och ett pussel att få ut de AT-läkare vi egentligen har budgeterat för. Dessutom med kravet att minska Lycksele och Skellefteås AT till 18 månader från 2024 så är bedömningen att det inte går anställa fler än budgeterat. Den senaste rekryteringsomgången har varit väldigt svår med många avhopp och utmaningar att hitta rätt kompetens i både Skellefteå och Lycksele. Gällande BT så fokuserar vi i nuläget på att erbjuda BT-tjänst till de läkare som verksamheterna vill erbjuda ST enligt 2021 års målbeskrivning. Därefter så kommer BT växlas upp i takt med att AT fasas ut. Årligen genomförs en ST-prognos för att fastställa regionens kommande behov av specialistläkare inom en period av sju till nio år. Resultatet av prognosarbetet med tillhörande analys ligger till grund för beslut om vilka verksamheter och specialiteter som skall prioriteras i fördelning av centralt finansierade ST-befattningar. Syfte och mål med ST-prognosen är att fastställa och rangordna behov av ST-tjänster, genomföra en transparent

och opartisk bedömning, att prognosen ligger till grund för beslut om fördelning och att fördelningen ligger inom de ekonomiska ramarna. ST-prognosen beräknas utifrån parametrarna befintlig bemanning, kommande avgångar (främst pension + övriga avgångar), antal färdiga specialister/antalet läkare under ST-utbildning samt nuvarande budget. Utöver de centralt finansierade ST-blocken så kan verksamheterna tillsätta ST-tjänster som är klinikfinansierade där de som moderklinik har 100% kostnadsansvar under hela ST-utbildningen, vilket innebär att 100% av grundlönkostnaderna belastar moderkliniken även under sidoutbildning via annan basenhet. Samråd med områdeschef genomförs innan beslut om tillsättning. Ledarskaps-ST är en fråga som är under utredning. Utbildning till Distriktssköterska är en 75 hp vidareutbildning där personen ansöker och läser ett program via något av våra lärosäten. Det är tillskillnad från AT, BT eller ST inte en författningsreglerad utbildningstjänst. Däremot kan utbildningsbidrag erhållas under studierna och årligen läser ungefär 12-15 personer till distriktssköterska där de samtidigt erhåller en slagsutbildningslön. Personen är tjänstledig för studier på 100% av tiden då utbildningen bedrivs på helfart och erhåller samtidigt en studielön på 26 000kr/mån.

Punkt 3: Att fast anställda specialister i Allmänmedicin garanteras regelbunden kompetensutveckling, enligt DLF och SFAM förslag till fortbildningspolicy.

Regelbunden kompetensutveckling bör erbjudas till samtliga medarbetare inom vården. Här behöver Region Västerbotten som arbetsgivare även fundera på om det är rimligt att tillämpa olika principer för kompetensutveckling för olika yrkeskategorier. Eller om det är rimligt att erbjuda en specialisterriktning bland läkares kompetensutveckling baserat på andra riktlinjer än vad som gäller andra specialisterriktningar. Olika yrken har olika krav på kompetens och färdighet och det är givetvis viktigt att ta hänsyn till de specifika behov som kan finnas hos olika yrkesgrupper för att säkerställa att deras kompetensutveckling är relevant och effektiv.

Bärande för vad som ska erbjudas i form av kompetensutveckling bör vara att verksamheten har behov av kompetensutvecklingsinsatsen och att verksamhetens ekonomi möjliggör insatsen. Där till ska medarbetarens behov och önskemål även beaktas. Regionen är en lärande organisation och medarbetarnas yrkesutveckling utgör en viktig strategisk del i verksamhetens planering av kompetensutveckling och vår förmåga att attrahera ny personal.

Punkt 4: Att administrativa, icke värdeskapande, uppgifter reduceras till ett minimum under beaktande av "time needed to treat" -principen.

Regionfullmäktige har för 2023 gett ett uppdrag till hälso- och sjukvårdsförvaltningen att göra en översyn av icke värdeskapande administration delvis i syfte att frigöra genomförandekraft för att öka produktion och tillgänglighet inom primärvården. Man bör ta i beaktande att vad som är icke värdeskapande administration ligger i bedömarens åsikt. Uppdraget pågår under året och redovisas kontinuerligt till styrgrupper bestående av nämndernas arbetsutskott. Slutredovisning av uppdraget skall ske i årsrapporteringen för 2023.

Pandemin har fört med sig nya digitala arbetssätt och hälsocentralerna beskriver att mer av arbetet på hälsocentralen sker digitalt. Hälsocentralerna erbjuder chattfunktioner för kommunikation med och vård av patienter, patienter använder sig av 1177 Vårdguidens e-tjänster och digitala Stöd och behandlingsprogram via 1177.se. De digitala kommunikationsvägarna ersätter vissa av de fysiska besöken på hälsocentralen. Hälsocentralerna beskriver att de digitala kommunikationsvägarna kräver mer administration av hälsocentralerna och att de riskerar att gå miste om ersättning om inte registrering av besök görs på rätt sätt. Det är till exempel svårt att ta ut en patientavgift när ett telefonsamtal eller en kommunikation via chatt visar sig resultera i ett beslut om vård.

Regionen behöver ta ställning till om utformningen av Hälsoval primärvård Västerbotten i framtiden ska ha större andel rörlig eller större andel fast ersättning, för att kunna främja den digitala utvecklingen av primärvården. En större andel rörlig ersättning kräver mer vårdnära administration och att produkter och koder för registrering av olika typer av besök skapas i kassasystemet. En större andel fast ersättning minskar administrationen, men kräver mer uppföljning av utfallet av den medicinska kvaliteten inom primärvården.

Punkt 5: Att seniora medarbetares kompetens och önskemål bättre tas tillvara. 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.

Våra verksamheter i regionen arbetar aktivt med att på olika sätt söka individuella lösningar för medarbetare i syfte att förlänga deras yrkesverksamma liv. I medarbetarsamtalen finns frågeställningar rörande områden "Ett längre arbetsliv" där frågeställningar riktar sig till medarbetare 60 år och äldre. Syftet med frågorna är att arbetsgivaren ska få en bättre bild om vilka förutsättningar som kan behövas för ett bra och längre arbetsliv för medarbetarna.

Under 2022 hade hälso- och sjukvårdsförvaltningen totalt 407 tillsvidareanställda personer som fyllt 65 år och som fortsatt arbetar kvar i sitt yrke. Utöver dessa arbetade totalt 496 personer som fyllt 67 år eller mer som visstidsanställda kvar inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Sammanfattningsvis är seniora medarbetare en viktig del för vår förmåga att försörja våra verksamheter med kvalificerad arbetskraft och ett utpekat strategiskt åtgärdsområde inom regionens kompetensförsörjningsstrategi. Åtgärder som identifieras inom området Seniora medarbetare:

- Ökad flexibilitet för chefer att kunna erbjuda individuella lösningar för medarbetare i syfte att förlänga deras yrkesverksamma liv.
- Handledningsuppdrag, inklusive handledarutbildning, erbjuds till seniora medarbetare (55 år och äldre) för att ta tillvara seniorers kompetens och säkerställa systematisk kunskapsöverföring.
- Fortsatt samarbete med Umeå universitet för att genom studier/forskning kunna öka kunskapen i organisationen om hur olika faktorer och åtgärder påverkar förutsättningarna för ett längre arbetsliv och förståelse för ett åldersmedvetet förhållningssätt.
- Säkerställa en strategi för generationsväxling i verksamheten för att trygga kunskapsöverföring.
- Utveckla en modell för mentorskap i senior kompetens. Seniora medarbetare (55 år och äldre), oberoende av yrke, kan utgöra mentorer för av verksamheten utsedda adepter

Punkt 6: Att primärvården i region Västerbotten uppdrag smalnas av och begränsas till dess att bemanningen motsvarar uppdragets omfattning. Detaljstyrningen i uppdraget måste minskas ned. Primärvårdsjouren i Umeå beläget vid Älidhem hälsocentral behöver avvecklas då hälsocentralerna i Umeåregionen i stället tar detta ansvar genom bland annat kunna erbjuda längre öppettider.

I hälso- och sjukvårdslagen definieras vad primärvård är. Enligt lagen är primärvård hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser, eller någon annan särskild kompetens.

Befolkningens behov av hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå kommer att kvarstå oavsett om det ingår i hälsocentralens uppdrag eller inte. Om hälsocentralens uppdrag smalnas av och begränsas återstår frågan om vilka enheter i regionen som ska ansvara för att tillhandahålla de delar av primärvårdsuppdraget som då inte ingår i hälsocentralernas uppdrag. Ett alternativ är att centralisera vissa delar av primärvården. Frågan är då hur långa avstånd till hälso- och sjukvård som är acceptabla för invånarna i länet och vad som kan anses vara patientsäkert, inte minst i de glest befolkade delarna i länet. Ett annat alternativ är att vissa delar av hälsocentralernas uppdrag plockas bort från basuppdraget och att separata vårdval införs för olika delar av primärvården. Det är dock tveksamt om privata leverantörer kommer att välja att starta upp mindre primärvårdsenheter för avgränsade delar av primärvårdsuppdraget på mindre orter i länet, mot bakgrund av Västerbottens stora utmaningar med kompetensförsörjning. Regionen kommer då att ha svårt att uppnå hälso- och sjukvårdslagens mål med hälso- och sjukvården som är att uppnå en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Flera separata vårdval kommer också att kräva ökad central administration.

Ett tredje alternativ är att se över möjligheten att införa olika typer av vårdval i de olika länsdelarna. Ny lagstiftning från 2022 öppnar upp för att regionens geografiska område får delas upp i två eller flera delområden med separata vårdvalssystem. Eftersom förutsättningarna för att bedriva hälso- och sjukvård skiljer sig åt i länet kan det vara en möjlighet för regionen att ta ställning till.

Hälsocentralernas uppdrag bör följa utvecklingen mot nära vård. Utvecklingen mot nära vård beskrivs som ett förändrat förhållningssätt. Omställningen innebär att samskapa med invånare och flytta fokus till att arbeta mer personcentrerat, sammanhållet, proaktivt och hälsofrämjande. Den omställningen går inte i riktningen mot att smalna av och begränsa primärvårdens uppdrag. I stället ska primärvården vara navet i hälso- och sjukvården och den vårdnivå som ska vara nära invånarna och bidra till hälsa och trygghet.

Förvaltningen bedömer att Uppdrag och regler för Hälsoval primärvård är formulerat på ett övergripande sätt. Det är till en begränsad del som Hälsovalet anger hur arbetet ska organiseras och struktureras. Inriktningen är att uppdraget även fortsättningsvis inte ska innehålla så mycket detaljer.

Angående om primärvårdsjouren i Umeå ska avvecklas så pågår det just nu en utredning av hur primärvårdens akutvårdsuppdrag under jourtid ska se ut. Akutvårdsuppdraget skall dock inte förväxlas med kvällsöppna hälsocentraler. Primärvården har ett ständigt akutvårdsuppdrag som gäller även dagtid. En arbetsgrupp har tillsatts för att bereda förslag och beslutsunderlag gällande: Öppettider, arbetssätt, lokalisering, kompetens och bemanning, digitala vårdmöten för kliniska bedömningar, samt ta fram förslag på hantering av primärvårdspatienters akuta behov utanför primärvårdsjourens öppettider.

I arbetsgruppens tidiga skede har följande punkter föreslagits som prioriterade:

- Fastställa uppdrag för primärvårdsakut verksamhet
- Utveckla arbetet med för-triagering, stärkt medicinsk kompetens och arbetssätt med inbokade besök
- Utveckla former av omhändertagande av vårdbehov med stöd av digitala alternativ – utgå från digitalt först och fysiskt när det behövs
- Beskriva betydelsen av lokal placering av verksamheten på kort och på lång sikt

Punkt 7: I dagsläget är de ekonomiska ersättningarna till hälsocentralerna uppbyggda på en fast ersättning som utgör 87 procent och en rörlig ersättning som motsvarar 13 procent av den totala ersättningen. Det behöver bli ett ökat fokus på att stimulera en ökad tillgänglighet. Därför behöver den rörliga ersättningen höjas till 30 procent och den fasta blir 70 procent. I den fasta ersättningen föreslås en ökad nivå av glesbygdsersättning/litenhetsersättning.

Nuvarande ersättningsmodell har fördelningen 87 procent fast ersättning och 13 procent rörlig ersättning. I dialog med hälsocentralernas verksamhetschefer framgår att de flesta anser att en modell med en stor andel fast ersättning är att föredra.

En stor andel fast ersättning är även i linje med den nationella trenden. I en nulägesbeskrivning av ersättningsmodeller i primärvård (Ersättningsmodeller i primärvården, SKR 2021) framgår att utvecklingstendensen inom svensk primärvård går mot lägre grad av komplexitet och mindre detaljstyrning. Elva regioner i landet har en större andel fast ersättning och nio regioner har en mindre andel fast ersättning än Region Västerbotten. Variationen i landet är mellan 74 – 100 procent fast ersättning.

2022 införde Region Västerbotten målrelaterade tillgänglighetsersättningar inom den rörliga ersättningen. Målrelaterad ersättning ges både för telefontillgänglighet och medicinsk bedömning inom tre dagar, enligt vårdgarantin. Efter införandet syns ingen nämnvärd förbättring på totalen. Tillgängligheten i Västerbotten är fortsatt låg jämfört med riket i genomsnitt. Införandet av den rörliga ersättningen för tillgänglighet har inte lett till önskvärt resultat. Det är tveksamt om ökad andel rörlig ersättning kommer att ge effekter på tillgängligheten i primärvården.

I motionen framförs förslag om att öka andelen rörlig ersättning och minska detaljstyrningen i beställningen av primärvård. Förvaltningens bedömning är att det inte är förenligt att öka andelen rörlig ersättning och samtidigt minska detaljstyrningen. Med en ökad andel rörlig ersättning följer mer detaljstyrning, då mer rörlig ersättning kommer att föra med sig mer styrning av vilka prioriteringar hälsocentralerna ska göra och därmed en mer detaljerad styrning av hälsocentralernas verksamhet. En ökad andel rörlig ersättning för också med sig ökad vårdnära administration eftersom fler registreringar av olika typer av vårdbesök kommer att krävas.

Om ersättningsmodellen förändras så att andelen fast ersättning ökar har hälsocentralen i förväg en mer förutbestämd budget att utgå ifrån och får ett förtroende att utföra primärvård på bästa sätt för sin listade befolkning.

Punkt 8: Att primärvårdsorganisationen plattas till och förenklas genom att upphäva klusterbildning av hälsocentraler. Att chefer och ledning tydliggörs samt att mandat och befogenhet ges tillbaka till den enskilda hälsocentralen. I högre grad eftersträva att få fler läkare som ledare och verksamhetschefer i primärvården samt etablera en kultur där det är lättare att under en tid ta ett ledaransvar och sedan gå tillbaka till den kliniska verksamheten.

Primärvårdens egna bedömningar är att den omorganisation (DUGA) som gjordes har resulterat i en stärkt ledningskraft. Verksamhetschefernas strategiska uppdrag och roll har tydliggjorts och gett utrymme för arbete på strategisk nivå. Det pågår idag ett mer gemensamt arbete kring rutiner och arbets sätt för att ge en mer jämlik vård. Till skillnad från tidigare finns chefer med ansvar för daglig styrning på plats på hälsocentraler och mottagningar. Medarbetarna har tillgång till ett första linjens chefskap i högre grad än i tidigare organisation. Initialt var det svårt att tillsätta tjänsterna som avdelningschefer på grund av pensionsavgångar och lösningar med tillförordnande. Att omorganisationen sammanföll med belastning och restriktioner på grund av pandemin var en bidragande orsak till att det var en utmaning att komma in som ny chef. Dock är det primärvårdens bedömning att uppdraget och ansvaret som avdelningschef har tydliggjorts i och med omorganisationen.

Punkt 9: Regionen behöver se över sitt system med hur underskott i den eget drivna verksamheten hanteras så att, då det sker avskrivningar av underskott, så sker en kompensation till de privatdrivna verksamheterna.

2017 meddelade Förvaltningsrätten i Härnösand en dom som behandlade frågan om likabehandling och förlusttäckning av egenregins vårdcentraler. Fem privata leverantörer i Västernorrland ansökte om rättelse och framförde att samtliga leverantörer ska behandlas lika och att privata leverantörer ska erhålla samma ekonomiska ersättning som förlusttäckning av egenregin innebär. Förvaltningsrättens dom har fastslagit att det inte finns anledning till rättelse till de privata leverantörerna för förlusttäckning. Bakgrunden är att lagstiftaren gör skillnad mellan externa leverantörer och egenregin. De vårdcentraler som bedrivs i egenregi anses inte vara leverantörer till det egna landstinget.

Domen indikerar att konkurrensneutralitet inte behöver vara absolut. Grundprincipen är att det ska råda konkurrensneutralitet och likabehandling mellan utförare i ett valfrihetssystem, men Förvaltningsrätten håller isär externa leverantörer från landstingets vårdcentraler i egen regi och menar att landstinget inte agerar i strid med likabehandlingsprincipen. Förvaltningsrätten konstaterar att det inte föreligger några legala krav på absolut likabehandling mellan privata leverantörer och utförare i egenregi.

Sveriges kommuner och regioner, SKR, har sammanställt hur regionerna i landet hanterar kompensation till privata utförare motsvarande nivån på egenregins underskott. Tre av landets 21 regioner kompenserar privata utförare för detta. Antalet har minskat sedan Förvaltningsrättens dom 2017. Region Västerbotten har inte för avsikt att ändra ställningstagande och hantering i frågan, då det saknas legala krav på absolut likabehandling mellan privata leverantörer och utförare i egenregi.

Punkt 10: Att nyetableringar av små och/eller privat drivna hälsocentraler underlättas. Det kan bland annat ske genom att vid en nyetablering ska passivt listade listas om till den nyetablerade hälsocentralens upptagningsområde inom tre månader. Det kan även handla om hur regionen debiterar den eget drivna verksamhetens lokalkostnader samt hur de så kallade otrohetsersättningarna debiteras.

I nuvarande utformning av Uppdrag och regler Hälsoval primärvård Västerbotten gäller att vid nyetablering av en hälsocentral listas passivt listade om till den nyetablerade hälsocentralens upptagningsområde i samband med start. Förslaget att passivt listade ska listas om inom tre månader och inte direkt vid start, skulle inte underlätta nyetablering jämfört med dagens läge.

De så kallade otrohetsavgifterna innebär att hälsocentralen får betala en avgift för primärvårdsbesök som egna listade gör vid annan hälsocentral, annan vårdgivare med ersättningsetablering inom länet eller primärvårdsbesök på akutmottagning/primärvårdsjour. Avdraget gäller för alla hälsocentraler och är lika stort oavsett driftsform.

Förslag till beslut: Mot bakgrund av det som har framförts i motionssvaret ovan och utifrån den genomlysning som har gjorts av primärvården föreslås det att motionen ska anses besvarad.