

Regionala Pensionärsrådet Gävleborg 2022

Det Regionala Pensionärsrådet har under året 2021 haft fyra möten, den **17 mars, 9 maj, 6 oktober samt 9 december**. Mötesordförande har varit regionrådet Jan Lahenkorva.

De flesta möten har utgjorts av presentationer av olika verksamhetschefer i regionen. Endast begränsad tid har erbjudits för frågor och diskussion.

Presentationer och protokoll från dessa möten finns på regionens hemsida under Regionala Pensionärsrådet. En kortfattad rapport från mötena har skickats per mail till föreningsordförandena i distriktet omedelbart efter RPR-mötena med hänvisning till regionens hemsida.

Gästriklands representant i RPR har varit Anders Wallin, Syrenen med Rurik Löfmark, Ankaret, som ersättare.

Fjolårets problem med remissförfarandet har löst sig tack vare nya företrädare för majoriteten på så sätt att Regionens ärenden som angår äldre och som bör remissbehandlas också ska gå till pensionärsorganisationerna. Vårt överklagande till Förvaltningsrätten avlogs med följande motivering: *Förvaltningsrätten kan endast pröva lagligheten av regionens beslut, inte lämplighet. Vidare får förvaltningsrätten inte sätta ett annat beslut i det överklagade beslutets ställe, utan endast upphäva beslutet.*

Köerna till behandling minskar nu något i stället för att öka, men regionen uppfyller ännu inte de nationella kraven. *Min vård Gävleborg*, som startade 4 maj, har öppnats upp för alla patienter som söker vård – både primärvård, slutenvård och tandvård. Några mindre ”buggar” har uppdagats men i det stora hela har allt gått bra.

Vårdplatser/kompetensförsörjning. Det finns vårdplatser, men bristen på personal är ett problem. Personalproblemen är stora i hela landet, en framtida jätteutmaning. Produktiviteten i vården behöver öka över hela landet. ”Min vård Gävleborg” är ett steg framåt.

Regionen redovisar: en kontinuitet till läkare på SÄBO 2,16 läkare per boende de senaste två åren i medelvärde. Merparten av verksamheterna (88%) har en fast läkarkontakt knuten till SÄBO, utbildningsinsatser och introduktionsprogram för nya SÄBO-läkare, patient-säkerhetsronder med MAS:ar och en minimitid för läkare/boende och vecka på 6 min.

Regionen öppnar för obegränsat antal ST-läkare, men det råder kapacitetsbrist på utbildade handledare.

Organiserad prostatacancer-testning ska startas genom pilottester i tre regioner.

SPFs förslag om att inrätta en Äldrevårdsöverläkartjänst tillsammans med kommunerna mottogs positivt, men man vill avvakta erfarenheterna från Örebro.

Inför valet 2022 fick SPF tillfälle att fråga ut representanter för varje parti om deras syn på regionens framtida aktiviteter;

1. Hur kommer ni att verka för att generella "satsningar på ökad tillgänglighet" kommer äldre individer med komplexa vårdbehov till del (så att behovsprincipen den etiska plattformen i hälso- och sjukvårdslagen efterlevs)?

2. Hur ska ni verka för att digitaliseringen av vården anpassas efter sköra/multisjuka äldres behov?

3. Hur ser du som politiker på att privata entreprenörer idag sköter en stor del av svensk primärvård?

Flera av partierna hade förberett svar på frågorna. Några säkra löften kunde dock inte ges. Kallelser har ändrats så att de kan läsas även av synskadade. En förhoppning finns att det nya journalsystemet kommer på plats hösten 2024, och då kan ytterligare förbättringar genomföras.

Fast vårdkontakt/läkarkontakt är ett prioriterat område. Fast vårdkontakt är vanligare än fast läkarkontakt.

Inför RPR-mötet den 9.12 ställde vi ett antal frågor till regionens politiker och tjänstemän och tipsade om lösningar:

1. Det viktigaste för äldre, ofta multisjuka individer är en väl **utbyggd primärvård**, som kan tillhandahålla hög individuell kontinuitet för patienterna, med namngivna läkare och sjuksköterskor.

Vid politikerutfrågningen inför valet fick vi veta att alla allmänläkarspecialister inte hade fått **handledarutbildning**, vilket försvårade utbildningen av nya specialister. Läkarnas yrkesetiska regler poängterar vikten av att utbilda yngre kollegor.

2. En stor andel av dem som bor i **glesbygd** är äldre och har därmed stora vårdbehov. Både Norr- och Västerbotten har man med specifika åtgärder ordnat lyckade lösningar.

3. I andra mer centrala områden har man visat att läkarna vid hälsocentralerna bland annat har kunnat lägga mer tid på hembesök, särskilt boende för äldre (Säbo) och att förbättra samarbetet med Östersunds kommun, sedan man sänkte **listningstaket** till 1250 individer per allmänläkarspecialist.

4. Hur står det till med **fasta namngivna läkare** för multisjuka i hemmet och på särskilda boenden i Gävleborg?

5. Från medlemmarna har uppkommit en fråga om varför Gävleborg inte tycks ha en **gynnekolog** knuten till Försäkringskassan som särskilt kan hjälpa de äldre kvinnorna.

6. En **digitalisering** som är användbar för såväl patienter och personal kan vara viktig.

7. Vi läser i tidningarna att **utbildningen i geriatrik** inte är tillfredsställande. Många anser att inneliggande multisjuka patienter på sjukhus kan bara klaras av med hjälp av geriatrisk kompetens.

8. En återkommande fråga är **läkarbemanningen inom geriatriken och minnesmottagningen**. Har det skett några framsteg under den senaste mandatperioden?

9. Slutligen har vi aldrig haft så många legitimerade läkare och sjuksköterskor i Sverige som idag, men samstämmiga uppgifter pekar på pappersarbetet som inte har med den enskilda patientens hälsa att göra har ökat från 20% till 40% av personalens arbetstid. Genom att ta bort **onödig administration** kan den tillgängliga tiden för vårdarbete ökas med 20% och vi behöver inget nytillskott av läkare och sjuksköterskor på länge.

10. Här kommer en **personalpolitisk fråga**. Att behålla personal verkar vara svårt numera. I storstäderna är det ofta fråga om bostadssituationen för nyanställd personal. Kanske kan man överväga att anvisa **personalbostäder** under en övergångstid tills den nyanställda rotat sig.

En annan personalbevarande insats är **ständigt pågående utbildning** som ger allt större ansvar och befogenheter samt högre lön.

Hälso- och sjukvårdsdirektören svarade att primärvården är ett prioriterat område, att man följer glesbygdserfarenheterna, att listningstak inte är aktuellt, att fasta sjuksköterskekontakter men inte fasta läkarkontakter är på god väg att genomföras, att digitaliseringen fungerat oväntat bra för de äldre, att det alltid finns möjlighet att träffa en gynekolog inom regionen om man så vill. Frågorna om geriatrik och minnesmottagningen ska besvaras vid nästa möte (i mars 2023). Frågorna 9 och 10 har ej hunnits med.

Undertecknad deltog i ett seminarium om nordiska äldreråd den 4-5 oktober, som var mycket upplysande om hur de nordiska länderna organiserat sig för äldrefrågor. Tyvärr ingick inte hälso- och sjukvårdsfrågorna i programmet.

<https://nordicwelfare.org/nyheter/aldre-vuxna-i-norden-deltar-och-paverkar-genom-aldrerad/>

Gävle den 20 december

Rurik Löfmark

SPF Ankaret, Gävle