

Administrativa avdelningen  
Datum 2014-05-07

Till  
Regionfullmäktige

## Kompletterande handlingar inför regionfullmäktige 13 maj 2014

Inför regionfullmäktiges sammanträde den 13 maj översändes följande:

- Ärende 3: Interpellation  
- Svar från hälso- och sjukvårdskottets ordförande Helén Eliasson (S)
- Ärende 19: Anmälan av inkomna motioner  
- Motion av Linn Brandström m.fl. (M) om mödrahälsovård och gynekologi på primärvårdsnivå på lika villkor i hela Västra Götalandsregionen.

Med vänliga hälsningar

Britt-Marie Gustafsson  
Kanslissekreterare  
tel: 010-44 101 42  
epost: [britt-marie.gustafsson@vgregion.se](mailto:britt-marie.gustafsson@vgregion.se)



2014-05-13

Till Regionfullmäktige

## Svar på interpellation angående subvention av preventivmedel

Jonas Andersson (FP) ställer två frågor till mig angående subvention av preventivmedel. Bakgrunden är det beslut som regionstyrelsen fattade i november om att följa rekommendationen från styrelsen för Sveriges kommuner och landsting om att endast subventionera de preventivmedel som ingår i läkemedelsförmånerna, att egen kostnad inte ska överstiga 100 kr per år för köp av subventionerade preventivmedel samt att åldersgränsen för att få subventionerade preventivmedel höjdes från 19 år till 25 år.

Beslutet trädde i kraft 1 mars 2014. Med den höjda åldersgränsen har nu ytterligare 30 000 unga kvinnor i Västra Götalandsregionen tillgång till subventionerade preventivmedel; en viktig förbättring då det är i åldern upp till 25 år som oönskade graviditeter och aborter är som mest vanligt. Kritik har riktats mot att endast preventivmedel som ingår i läkemedelsförmånerna subventioneras, en kritik som är fullt förståelig men som måste sättas i samband med att alternativet är en fri prissättning med stora kostnadsökningar som följd. Med den nya modellen behandlas preventivmedel som andra läkemedel och bedöms utifrån sin kostnadseffektivitet.

Regiondirektören har nu i uppdrag att följa utvecklingen av uthämtning av preventivmedel i Västra Götalandsregionen avseende antal personer som hämtar ut samt mängd och preparat.

Jonas Andersson lyfter en intressant principiell diskussion i sin interpellation. Varför ska vi följa SKL:s rekommendation för en mer jämlik vård när vi samtidigt vet att det finns landsting och regioner som inte kommer att följa den? Enligt senaste uppgifterna i mars 2014 så har 18 landsting följt rekommendationen gällande åldersgräns 25 år, 13 landsting följer rekommendationen om att egen kostnad ska vara max 100 kr under ett år och 12 landsting följer rekommendationen gällande preparat inom läkemedelsförmånen.

Politiskt beslutsfattande handlar för mig om att agera utifrån en övertygelse om vad man vill förbättra. Vi kommer aldrig uppnå en jämlik hälso- och sjukvård i hela landet om varje enskilt landsting eller enskild region inte tar mer gemensamma ställningstaganden i frågor där våra invånare upplever vården som orättvis och ojämlik. Assisterad befruktning är ett aktuellt exempel där vi gemensamt inom SKL nu försöker agera för jämlika villkor i hela landet.

En enig styrelse för SKL står bakom rekommendationen; i regionstyrelsen ställde sig alla partier, förutom Folkpartiet, bakom beslutet. Det råder stor politisk enighet om beslutet; det är så vi tar oss an utmaningar om jämlikhet i riket, genom att agera tillsammans för att skapa bättre villkor för befolkningen i hela landet.

Helén Eliasson (S)  
Ordförande hälso- och sjukvårdsutskottet

## Motion

### MÖDRAHÄLSOVÅRD OCH GYNEKOLOGI PÅ PRIMÄRVÅRDSNIVÅ PÅ LIKA VILLKOR I HELA VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

---

Mödrahälsovård på primärvårdsnivå i form av barnmorskemottagningar finns i hela Västra Götalandsregionen. Däremot ser det olika ut vad gäller gynekologin. I Skaraborg och Fyrbodal finns ingen gynekologi på primärvårdsnivå medan det till viss del finns i Södra Älvsborg, Södra Bohuslän och Göteborg. Att det finns på dessa områden i primärvårdsnivå är bra och något som är unikt i Sverige.

Gynekologerna på barnmorskemottagningarna arbetar bland annat med medicinska bedömningar av gravida kvinnor, handläggning av komplikationer under graviditet, samverkan med specialist MVC vid sjukhusen, bedömning efter kejsarsnitt och andra komplicerade förlossningar men de fungerar även som rådgivare till barnmorskor. Samarbetet innebär en trygghet för såväl den gravida kvinnan som för barnmorskorna.

Möjligheten att arbeta med båda verksamhetsgrenar utgör också en viktig faktor för att rekrytera gynekologer. Det krävs ca åtta år för en legitimerad läkare att bli färdig specialist och minst fem år till för att kunna arbeta självständigt inom gynekologi. Många gynekologer i primärvården närmar sig pensionsålder. Antalet gynekologer idag motsvarar inte behovet, och bristen på gynekologer påverkar möjligheten att utbilda blivande gynekologer och allmänläkare (ST-läkare).

Till skillnad från exempelvis mödrahälsovård och ungdomsmottagningar finns det idag inga måltal eller nationella riktlinjer kring hur många gynekologer det "ska" eller "bör" finnas, i förhållande till den kvinnliga befolkningens storlek.

Mödrahälsovården och gynekologi beställs av hälso och sjukvårdsnämnderna i regionen och varje nämnd ansvarar för sin beställning. Gynekologi på primärvårdsnivå beställs inte alls i Skaraborg, Fyrbodal och större delen av Södra Älvsborg. Beställningen av öppenvårdsgynekologi i Storgöteborg har minskat kraftigt de senaste åren, i såväl offentlig som privat regi.

Idag saknas det en övergripande samordnande funktion vad gäller beställning av öppen och slutna kvinnosjukvård i Västra Götalandsregionen. Det saknas också uppföljning och utvärdering på gjorda beställningar inom kvinnosjukvården.

Inom Närhälsan kan vi konstatera att minskade beställningar har lett till ökad arbetsbelastning, uppsägningar och sjukskrivningar. Remissflödet till Sahlgrenska Universitetssjukhusets kvinnoklinik har ökat kraftigt liksom tillströmningen till Gyn-akutmottagningen. Många av dessa patienter behöver inte sjukhusets resurser utan hade kunnat handläggas effektivt och med god kontinuitet inom beställd öppen gynekologisk vård.

För att långsiktigt kunna erbjuda vård i tillräcklig utsträckning behöver såväl den teoretiska som den praktiska delen av läkarutbildningen hålla god kvalitet. När det gäller AT/ST-delarna av läkarutbildningen har Västra Götalandsregionen en avgörande roll eftersom utbildningen av nya läkare inte kan fullföljas om det saknas erfarna läkare som kan handleda yngre kollegor.

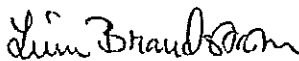
Därför är det avgörande att Västra Götalandsregionen klarar såväl utbildningsuppdraget som vårduppdraget. Det är endast Närhälsan och övriga VGR-verksamheter inom öppen och sluten vård som idag handleder läkarstudenter, AT-läkare, ST-läkare inom allmänmedicin och ST-läkare inom obstetrik/gynekologi. I vissa delar av regionen är läget så ansträngt att utbildningsuppdraget tar skada. Inte minst eftersom det i allmänläkarnas ST-utbildning ingår bland annat gynekologi/mödrahälsovårdsplacering som idag inte kan genomföras. För att inte göra en svår situation ännu värre, utan vända utvecklingen måste det tas krafttag för att säkra förmågan att utbilda nya läkare.

På kort sikt behöver situationen stabiliseras inom nuvarande styr- och ledningsmodell genom att tillräckliga beställningar görs på området. Nästa steg menar vi blir att införa en vårdvalsmodell som gör det mer attraktivt att arbeta med mödravård, gynekologi/obstetrik i öppenvården. För oss moderater är det alltid viktigt att stärka patientens ställning, men inom detta område finns extra starka skäl för varför valfrihet måste garanteras.

**Med anledning av detta föreslår vi Regionfullmäktige besluta:**

**Att** ge Hälsa och sjukvårdsnämnderna i uppdrag att säkerställa att beställningen av mödrahälsovård och gynekologi på primärvårdsnivå för 2015 och 2016 görs i så stor omfattning att såväl vårduppdraget som utbildningsuppdraget kan säkerställas

**Att** ge regionstyrelsen i uppdrag att göra en regionövergripande översyn över gynekologin och mödrahälsovården på primärvårdsnivå i syfte att säkerställa en likvärdig och god vård i hela regionen samt säkerställa den framtida kompetensförsörjningen av gynekologer



Linn Brandström (M)



Marith Hesse (M)

Lisbeth Sundén Andersson (M)

Elise Benjaminsson (M)

Anneli Rhedin (M)