

Landstingsstyrelsens protokoll

Sammanträdet den 24 april 2007

§ 53 – 85

Beslutande

Kent Ögren (s), ordförande	Bengt Ek (s)
Britt Westerlund (s), vice ordförande	Monica Carlsson (v)
Kenneth Backgård (ns)	Ann Kristin Nilsson (s)
Leif Bogren (s)	Agneta Granström (mp)
Hans Swedell (m)	Johnny Åström (ns)
Agneta Lipkin (s)	Erik Berg (c)
Margareta Henricsson (ns)	Bo Hultin (m)
Jens Sundström (fp)	

Ersättare och handläggare (hela eller delar av sammanträdet)

Birgit Stöckel (kd), ersättare	Stefan Svärdsudd, ekonomichef
Elisabeth Holmgren, landstingsdirektör	Åsa Sjöström, chef för sekretariatet
Kurt-Åke Hammarstedt, chef för regionala enheten	

Sekreterare

Inga Gustafsson

Justerat den 27 april 2007 Justerat den 27 april 2007 Justerat den 27 april 2007

Kent Ögren, ordförande Britt Westerlund, ordf § 59 Kenneth Backgård, justerare

Bevis

Justeringen har tillkännagivits genom anslag på landstingets officiella anslagstavla den 27 april 2007. Överklagandetiden utgår den 18 maj 2007.

Inga Gustafsson



Val av protokolljusterare	3
Slutlig föredragningslista	3
Närvarorätt	3
För kännedom	3
Rapporter från styrelseledamöter	3
Landstingsdirektörens rapport	4
Folkhälsopolitisk strategi för Norrbotten	22
Ansvarsfrihet för år 2006 för Norrlandstingens regionförbund	23
Utgångspunkter för överföring av ansvaret för hemsjukvården	24
Jämställdhetsredovisning 2006	25
Miljöredovisning 2006	26
Revisionsrapport om årsredovisning 2006	27
Revisionsrapport "Granskning av vissa kostnadsslag – Inhyrd sjukvårdspersonal och externt köpta tjänster"	28
Revisionsrapport om införande av folktandvårdens verksamhetssystem Tvist	29
Revisionsrapport om översiktlig granskning av patientnämndens ansvarsutövande 2006	30
Revisionsrapport om ambulanssjukvården	30
Yttrande över betänkandet Ungdomar, stress och psykisk ohälsa – Analyser och förslag till åtgärder (SOU 2006:77)	34
Yttrande över "Ambition och ansvar – Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktions-hinder" (SOU 2006:100) samt "Vård och stöd till psykiskt sjuka lagöverträdare" (SOU 2006:91)	36
Yttrande över förslag till nationellt program för suicidprevention	40
Rekommendation om samordnad sjuktransportorganisation	41
Uppföljning av överenskommelser avseende primärvård, äldrevård och psykiatri	43
Finansiering av forskningsanslag av ALF-medel	55
Begäran om överlåtelse av privat läkaretablering dr Eilerth Sjölund	56
Begäran om överlåtelse av privat läkaretablering dr Thore Gustavsson	58
Begäran om överlåtelse av privat läkaretablering dr Leo Hassler	60
Begäran om överlåtelse av privat läkaretablering dr Birgit Hassler	62
Investeringar 2007	64
Samisk kultur under 60 år	65
Försvarsmuseum Boden	66
Utveckling av IKT-sektorn	67
Medfinansiering till projekt Kompetensutveckling inom träindustrin i Norrbotten	70
Rapport till Socialstyrelsen om tillgänglighet och vårdgaranti	72
Landstingsstyrelsens rapport	78
Delegationsbeslut	99

§ 53

Val av protokolljusterare

Kenneth Backgård (ns) utses till att jämte ordföranden justera protokollet.

§ 54

Slutlig föredragningslista

Utsänd preliminär föredragningslista fastställs efter komplettering med ärendet Rapport till Socialstyrelsen om tillgänglighet och vårdgaranti.

§ 55

Närvarorätt

Beslutas att hela dagens sammanträde ska vara offentligt.

§ 56

För kännedom

Delegationsbeslut m m enligt bilaga.

§ 57

Rapporter från styrelseledamöter

Dnr 37-07

- 1 Kenneth Backgård (ns) lämnar muntlig och skriftlig rapport från AER, Energiarbetsgruppen i Bryssel och Amaro, Italien.
- 2 Monica Carlsson (v) lämnar muntlig information från AER:s Kommitté 2, Arbetsgruppen för jämställdhet i Bryssel
- 3 Leif Bogren (s) lämnar muntlig information om norrlandstingens kulturmöte i Umeå.
- 4 Agneta Granström (mp) lämnar muntlig och skriftlig rapport från AER:s Kommitté 2, Socialpolitik och folkhälsa, i Pécs, Ungern.

§ 58

Landstingsdirektörens rapport

Dnr 17-07

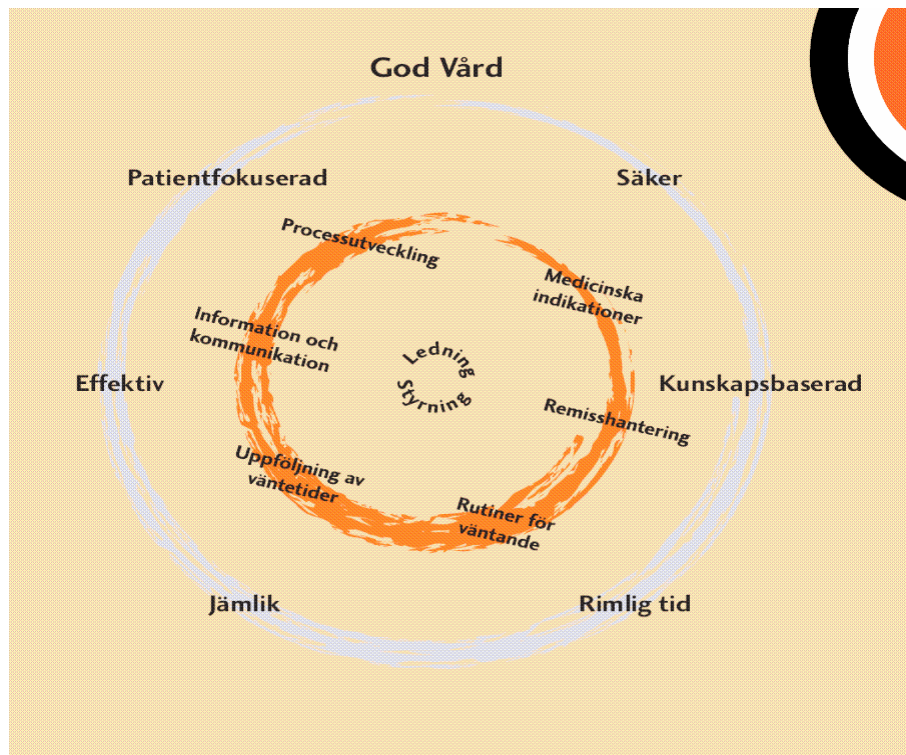
Muntlig information

Muntlig information lämnas om:

- Hur möter landstinget unga människor? (Martina Johansson, regionala enheten)
- Övergripande patientsäkerhet (Elisabeth Holmgren, landstingsdirektör).
- Månadsrapport januari-mars (Stefan Svärdsudd, ekonomichef).

Tillgänglighet och vårdgaranti

Hälso- och sjukvårdslagstiftningen anger vilka områden som ska beaktas för att kvaliteten i hälso- och sjukvården ska kunna utvecklas och säkras. I Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) framgår att ledningssystemet ska omfattas av ett helhetstänkande och vara säkert, kunskapsbaserat, jämlik, effektivt, patientfokuserat och att vården ska ges inom rimlig tid. Tanken stämmer väl överens med de övergripande mål för hälso- och sjukvården som finns uttalade i landstingplanen. För att landstinget ska kunna erbjuda en god och tillgänglig vård krävs att samtliga bitar i nedanstående hjul fungerar tillfredsställande. De verksamheter som inte uppfyller kraven på en tillgänglig vård utifrån vårdgarantin måste fortsätta kraftsamlingen och ytterligare ta tillvara de erfarenheter som finns från beprövade och väl fungerande metoder.



Aktuell tillgänglighet inom landstinget

Nedan redovisas aktuell tillgänglighet, det vill säga om tillgängligheten till en behandling, mottagning eller undersökning är kortare eller längre än 13 veckor. Resultatet redovisas enligt modellen "klarar" och "klarar ej" vårdgarantin. Uppgifterna bygger på en bedömning av den förväntade tillgängligheten per den 31 mars 2007.

Primärvård

Årets första primärvårdmätning genomfördes vecka 13 (26 mars-1 april) Vid denna granskas telefontillgänglighet (0) samt tillgänglighet till läkare (7). Inrapportering av resultatet avslutades den 20 april och sammanställs nu av Sveriges Kommuner och Landsting. Resultaten av studien delges så snart sammanställningen är färdigställd.

Specialiserad vård

Inom division *Opererande specialiteter* uppvisar mottagningsverksamheten inom allmänkirurgi generellt sett god tillgänglighet. Under hösten påbörjade kirurgmottagningen i Sunderbyn ett förbättringsarbete enligt Bra mottagning vilket fortlöper under våren. Inom allmänkirurgin finns specifika patientgrupper där man inte uppnår vårdgarantin till behandling. Det gäller i synnerhet fetmapatienter (obesitas) och plastikoperationer (reducering av bröst etc). Problematiken inom dessa områden är likartade i hela landet. Kapacitet finns att hantera den beräknade grundvolymen. Förslag på en tillfällig kökortningsinsats planeras för att arbeta bort den "ryggsäck" som fortfarande finns.

Tillgängligheten till mottagning inom ortopedi förbättrades radikalt under 2006. Fortfarande finns vissa tillgänglighetsproblem till behandling av patientgrupper som kräver specifik specialistkompetens (axlar, fötter, tår etc). Förseningar kan uppstå när specifika läkare/vikarier inte finns tillgängliga i länet. Arbete pågår för att optimera planeringen så att den specifika specialistkompetensen kan nyttjas optimalt när den finns på plats.

Under 2006 gjordes en satsning för att öka tillgängligheten till mottagning inom öron-näsa-hals. Detta innebar behov av en ökad operationsvolym. Operationerna har också ökat markant i verksamhetsområdet men trots det uppnås ännu inte vårdgarantin fullt ut. Arbete pågår för att komma tillrätta med problemet.

Inom division *Medicinska specialiteter* kvarstår problemen med att uppfylla vårdgarantin inom verksamhetsområdet lungmedicin och smärtmottagning. Insatser för att komma tillrätta med problemen, som till stor del beror på läkarbrist, fortsätter.

Smärtbehandling vid Garnis rehabiliteringscenter har fortsatt en väntetid till behandling som överstiger tre månader. Som tidigare nämnts ska detta ses som en del av planeringsprocessen för att kunna samla lämpliga behandlingsgrupper. Den normala väntetiden är i dag cirka sex månader, men somliga väntar kortare tid och andra något längre.

Väntetidsläget till hudsjukvården har försämrats under våren. Att hudmottagningen inte klarar vårdgarantin har sin förklaring i bristen på specialisläkare. Både hudsektionen och lungmedicin har i uppdrag att se över mottag-

ningsverksamheten samt utarbeta en strategi och vidta åtgärder för att komma tillrätta med väntetiderna.

Inom division *Vuxenpsykiatri* uppgår väntetidsläget vid sjukhusen i Piteå och Gällivare till mindre än fyra veckor. Vid Sunderby sjukhus kvarstår problemen med för långa väntetider vilket resulterar i att vårdgarantin inte uppfylls. Orsaken till situationen är brist på läkare. Rekryteringsinsatser för att öka tillgången till specialister pågår.

Division *Diagnostik* har fortfarande långa väntetider till MR-undersökning av hjärna, ländrygg och knäled. Väntetiden uppgår till ca 12 veckor i Gällivare, ca 30 veckor i Piteå och ca 48 veckor i Sunderbyn. Patienterna från kusten erbjuds tid i Gällivare, men många väljer att vänta på en plats på det lokala sjukhuset. Arbete pågår med att utforma en gemensam väntelista, vilket kräver förändringar i VAS. Tillgängligheten till datortomografi av hjärnan är god.

TILLGÄNGLIGHET TILL MOTTAGNING PER DEN 31 MARS 2007		
OMRÅDE	KLARAR	KLARAR EJ
KIRURGI		
Allmän kirurgi	X	
Gynekologi, kusten	X	
Gynekologi, Gällivare	X	
Gynekologi, Kiruna	X	
Ortopedi	X	
Urologi	X	
Ögonsjukvård	X	
Öron-näsa-halssjukvård	X	
MEDICIN		
Allmän internmedicin	X	
Barn- och ungdomsmedicin	X	
Hudsjukdomar		X
Lungmedicin		X
Reumatologi	X	
Smärtmottagning		X
PSYKIATRI		
Allmän psykiatri, Gällivare	X	
Allmän psykiatri, Piteå	X	
Allmän psykiatri, Sunderbyn		X
Barn- och ungdomspsykiatri	X	

I allmän kirurgi ingår plastikkirurgi och kärlkirurgi. I ortopedi ingår handkirurgi. I allmän internmedicin ingår endokrinologi, gastroenterologi, hematologi, kardiologi, neurologi, nefrologi och diabetes. I lungmedicin ingår allergologi.

LANDSTINGSSTYRELSEN DEN 24 APRIL 2007

TILLGÄNGLIGHET TILL BEHANDLING PER DEN 31 MARS 2007			
OMRÅDE	PATIENTGRUPP	KLARAR	KLARAR EJ
Gynekologi - Kusten	Op urininkontinens	X	
	Op livmoderframfall (prolaps)	X	
	Op hysterektomi, benign indikation	X	
Gynekologi - Gällivare	Op urininkontinens	X	
	Op livmoderframfall (prolaps)	X	
	Op hysterektomi, benign indikation	X	
Gynekologi - Kiruna	Op urininkontinens	X	
	Op livmoderframfall (prolaps)	X	
	Op hysterektomi, benign indikation	X	
Kirurgi (inkl plastikkirurgi & kärlkirurgi)	Op ljumskbräck	X	
	Op navelbräck	X	
	Op varicer, ej kosmetiska	X	
	Op ärrbräck	X	
	Op anala sjukdomar		X
	Op på gallblåsa/gallgång vid gallsten	X	
	Op av giftstruma	X	
	Obesitasoperation		X
	Reduktion av bröst		X
	Rekonstruktion av bröst efter borttagande av tumör	X	
	Reduktion av hängbuk		X
Ortopedi (inkl handkirurgi)	Artroskopi, -knä	X	
	Op subacromiella smärttillstånd		X
	Op axelinstabilitet		X

LANDSTINGSSTYRELSEN DEN 24 APRIL 2007

	Op av tår (hallux valgus, hammartå)	X	
	Op korsband, artroskopisk el öppen		X
	Op pr ledprotesoperation i höftled	X	
	Op sek ledprotesoperation i höftled	X	
	Op pr ledprotesoperation i knäled	X	
	Op av diskbräck i ländrygg	X	
	Op av rotkanalförtängning i ländryggrad	X	
	Op av Dupuytrens kontraktur	X	
	Op av karpaltunnelsyndrom	X	
	Op av ledhinnor och senor	X	
	Op av tumbasartros (CMC-1 artros)		X
	Op av reumatoid artrit		X
Urologi	Op av vattenbräck (hydrocele testis)	X	
	Op icke nedstigen testikel (retentio testis)	X	
	Resektion vid prostataförstoring	X	
Ögonsjukvård	Op av gråstarr	X	
	Op av skelning, 19 år +	X	
	Op av skelning, 0-18 år	X	
Öron-, näs- halssjukvård	Hörselförbättrande operation	X	
	Septumplastik		X
	Tonsillektomi		X
	Utprovning av hörapparat	X	

TILLGÄNGLIGHET TILL UNDERSÖKNING PER DEN 31 MARS 2007

OMRÅDE/ PATIENTGRUPP	VÄNTETIDSLÄGE <90 DAGAR	VÄNTETIDSLÄGE >90 DAGAR
---------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

ENDOSKOPIER		
Koloskopi	X	
Gastroskopi	X	
DIAGNOSTIK/RADIOLOGI		
MR-undersökning av ländryggraden		X
MR-undersökning av knäled		X
MR-undersökning av hjärnan		X
Datortomografi av hjärnan	X	

Fortsatt arbete kring tillgänglighet

Sveriges Kommuner och Landsting bedriver ett arbete med att sammanställa en handbok i Flödesmodellen. Denna kan innebära stor hjälp i vårt fortsatta arbete med att införa och implementera flödesmodellen inom fler verksamhetsområden i länet. I övrigt så vill jag också nämna en utredning avseende barn- och ungdomspsykiatri som pågår. Sannolikt kommer denna redan från årsskiftet 2007/2008 att resultera i skärpta krav på tillgänglighet, med krav om erbjuden vård inom 30 dagar istället för dagens 90.

På den regionala nivån fortsätter planeringen inför den kommande tillgänglighetskonferensen den 2 oktober 2007 i Örnsköldsvik med ökad intensitet. Konferensen vänder sig till politiker, verksamhetsansvariga och berörda tjänstemän i Norrbotten, Västerbotten, Jämtland och Västernorrland. Vid konferensen ges landstinget utrymme att presentera ett antal framgångsrika exempel på hur Norrbotten inom ett antal verksamhetsområden lyckats komma tillrätta med långa väntetider till mottagning och behandling. Exempel på verksamheter som på ett föredömligt sätt lyckats förbättra tillgängligheten inom specialiserad vård är ortopedin, kvinnosjukvården, ögonmottagningen och öron-näsa-hals. För primärvårdens räkning vill jag särskilt lyfta fram Övertorneå vårdcentralens arbete med att förbättra telefontillgängligheten.

Jag ser med stor tillförsikt fram emot att delta i konferensen. Det blir en dag då vi får möjlighet att dela med oss av våra erfarenheter, ta del av andras framgångskoncept samt diskutera politiska förutsättningar för att framåt kunna erbjuda bästa tänkbara vård inom rimlig tid. Att möta företrädare från andra landsting utvidgar nätverken och skapar bättre förutsättningar för framtiden.

Avvikelsehanteringsprocessen

Uppföljning 2006

I februari 2006 antog landstingsstyrelsen generella riktlinjer för avvikelsehanteringsprocessen. Divisionerna har därefter haft i uppdrag att anpassa sina rutiner till de generella riktlinjerna.

Viss information från divisionernas avvikelsehantering kan ha gått förlorad på grund av att systemet för uppföljning ändrades under året. Orsaken till att systemet ändrades beror på Socialstyrelsens krav som beskrivs i SOSFS 2005:12 – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet och på att avvikelsehanteringsprocessen har anpassats för att underlätta införandet av ett IT-baserat avvikelsehanteringssystem under 2007.

Antal avvikelser, d v s negativa händelser eller tillbud

2004	2005	2006
6 534	7 343	7 031

Identifierade och rapporterade avvikelser har klassificerats i 10 olika huvudgrupper; dokumentation, informationsöverföring/samverkan/ kommunikation, läkemedel, medicinsk diagnos/behandling, medicintekniska produkter, omvårdnad, personal, service, tekniskt och utrustning.

Under varje huvudgrupp finns ett antal variabler som redovisas sammantaget. Varje division och verksamhet har detaljerad kunskap om sina avvikelser.

Huvudgrupper	Antal
Dokumentation	4 191 ¹
Information	419
Läkemedel	252
Medicinsk behandling	513
Medicintekniska produkter	201
Omvårdnad	615
Personal	265
Service	110
Tekniskt	336
Utrustning	27
Övrigt	102
Totalt	7 031

¹ Avvikelserna inom området dokumentation ska fördelas jämt mellan de olika verksamheterna/divisionerna. Bakomliggande faktorer är identifierade och förbättringsarbete pågår.

43 händelseanalyser relaterat till identifierade och rapporterade avvikelser är genomförda.

Genomförande och uppföljning av åtgärder

Med anledning av avvikelserna har divisionernas förbättringsarbete fokuserats på framför allt:

- Kommunikation och information, vilket bl a innebär att förbättra informationsöverföring, samverkan och kommunikation inom landstinget, med kommunerna, äldreboende och socialomsorg samt att förbättra kontakter i regionalt och nationellt samarbete.
- Procedurer, processer, rutiner och riktlinjer, vilket handlar om att förbättra följsamhet till rutiner, riktlinjer, vårdprogram, standarder och föreskrifter.
- Teknik, utrustning och apparatur, vilket handlar om förbättringar av rutiner för användning och hantering av medicintekniska produkter samt följsamhet till rutinerna.

Lärande, regelbunden och fortlöpande återkoppling

Alla divisioner har någon form av åiterrapportering och de flesta anger arbetsplatsträff och planeringsdagar som det vanligaste.

Flera verksamheter arbetar strukturerat med att använda avvikelserna i förbättringsarbetet. De har även återkoppling till ledningsgrupperingar där verksamhets- och divisionscheferna deltar. Många av verksamheterna har bildat särskilda analysgrupper enligt de generella riktlinjerna och arbetar metodiskt. Ett exempel är internmedicin, Sunderby sjukhus som bildat en

arbetsgrupp bestående av chefer, medarbetare samt Lex Maria-ansvarig som tillsammans går igenom avvikelser och ärenden hos Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF).

Division Diagnostik vars verksamhet inom laboratoriemedicin i Sunderbyn, är ackrediterade av Swedac, har särskilda kvalitets- och metodmöten, där avvikelser och åtgärder diskuteras och dokumenteras. Rutiner går igenom och förändras vid behov. Information om rutiner lämnas fortlöpande till all personal och till remittenterna och finns också lätt tillgängliga såväl elektroniskt som i pappersformat. Vidtagna åtgärder följs upp regelbundet.

Lex Maria, HSAN, patientnämnd och LÖF

Dessa uppföljningsparametrar genomförs för första gången och det bör påpekas att divisionerna haft svårigheter med uppföljningen och att viss information har gått förlorad. Dessutom hade vid uppföljningen inte alla verksamheter fått bli LÖF-statistik.

	Totalt
Lex Maria	38
Händelseanalyser gjorda på Lex Maria ärendena	22
Lex Maria-ärende rapporterat som avvikelse	16
Lex Maria till HSAN	15
Handlagda LÖF-ärenden	100
Ärenden hos Patientnämnden	421
Varav ärenden som hanteras särskilt i verksamheten	306

Jag konstaterar att antalet avvikelser är rätt så konstanta över tid. Det är viktigt att påpeka att en förbättringsmedveten organisation rapporterar avvikelser och att patientsäkerhetskulturen ska stödja enskilda medarbetare till att rapportera identifierade avvikelser.

Ur patientsäkerhetssynpunkt ska särskilt uppmärksammas antalet avvikelser inom området dokumentation. Dessa avvikelser ska tas på största allvar och förbättringsarbetet ska fokuseras på identifierade områden i hela vårdprocessen.

De händelseanalyser som gjorts har ett stort värde eftersom bakomliggande orsaker identifierats och åtgärder som förhindrar återupprepning kan vidtas. Detta är ett mycket bra exempel på patientsäkerhetsarbete. Målet är att händelseanalys ska göras på alla Lex Maria-ärenden och avvikelser där sannolikhet för upprepning och allvarlig skada föreligger.

Vidare förväntas alla divisioner hålla sig informerade om och ha rutiner för handläggning av ärenden till LÖF och patientnämnd.

Det är med glädje jag konstatera att ansvariga är med i avvikelshanteringsprocessen och arbetet med händelseanalyser.

Stipendium i kvalitets- och förbättringsarbete

Inbjudan till ansökan om stipendium för bästa förbättrings-/utvecklingsarbete har skickats ut och ansökan ska vara inlämnad senast den 15 april. Stipendiet kan sökas av anställda inom landstinget. En jury av sakkunniga kommer att bedöma ansökningarna utifrån fastställda kriterier. Juryen består av Magna Andreen Sachs, Stockholms läns landsting (medicinsk rådgivare, avdelningschef i programrådet för kvalitetsutveckling), Mats Bojestig, Jön-

köpings läns landsting (planeringsdirektör), Anders Furbeck, LKAB (direktör enheten för kvalitet och miljö), Carina Svensson, Sveriges Kommuner och Landsting (handläggare på avdelningen för vård och omsorg, sektion verksamhetsutveckling) och jag själv som också är juryns ordförande. Stipendiet kommer att utdelas vid landstingsfullmäktiges möte i juni.

Ramavtal om läkarmedverkan

Från och med den 27 februari 2007 gäller ett av mig och kommunförbundets direktör undertecknat samverkansavtal mellan kommunerna och landstinget angående läkarinsatser inom kommunernas äldre- och handikappomsorg

ÄDEL-reformen medförde en förändrad gränsdragning mellan kommun och landsting, där kommunerna fick ansvaret för det särskilda boendet och för de hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs där t o m sjuksköterskenivån, medan landstinget fick ansvaret för öppenvård med vårdcentralen som bas samt slutenvård vid vårdcentralens akutavdelning eller vid sjukhus. Dessutom ansvarar landstinget för läkarinsatser inom kommunens särskilda boenden för äldre och funktionshindrade och dagverksamheter.

För att denna gränsdragning inte ska vara ett hinder för medborgarnas rätt till adekvat hälso- och sjukvård, är det ytterst viktigt med ett gott samarbete mellan kommun och landsting. Möjligheten till att få tillgång till läkarinsatser skall enligt hälso- och sjukvårdslagen vara lika oavsett administrativ utformning av vård och omsorg, ålderskategori eller funktionshinder.

Från den 1 januari 2007 regleras läkarmedverkan i kommunal vård och omsorg enligt 26 d § i hälso- och sjukvårdslagen. Landstinget ska avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i de verksamheter som avses i 18 § första stycket i lagen. Vidare ska landstinget och kommunerna inom landstinget sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan.

Målet för läkarinsatser inom kommunal hälso- och sjukvård ska vara god tillgänglighet, kontinuitet, servicenivå och kompetens.

Avtalet är ett länsövergripande ramavtal vilket ska följas av lokala avtal mellan berörda vårdcentraler och kommunernas socialtjänst. Avtalet omfattar specialister i allmän medicin. På lokal nivå undertecknas avtalen av behöriga tjänstemän, inom landstinget primärvårdens regionchef eller motsvarande och inom kommunerna socialchef eller motsvarande.

Läkartiden skall anpassas till lokala behov i särskilda boenden tillsammans med berörd vårdcentral. Det är kommunen tillsammans med berörda vårdcentraler som fördelar tiden efter behoven i särskilda boenden och tiden kan variera över tiden även i ett enskilt särskilt boende om behoven förändras.

Ramavtalet på länsnivå anger grundnivån för läkarinsatser vilket rekommenderas vara 1 läkartimme/10 boende och vecka.

Om landstinget inte kan uppfylla de villkor om läkarinsatser som parterna kommit överens om, äger kommunen rätt att anlita en annan läkare och fakturera landstinget för dessa kostnader enligt 26 § d i hälso- och sjukvårdslagen.

Avtalet innehåller också bestämmelser om tillgänglighet, kontinuitet, informationsöverföring och dokumentation, samverkan, uppföljning av behandlingsinsatser, avvikelser, handledning, fortbildning, uppföljning av avtalet, uppsägning samt hantering av eventuella tvister.

Nationella cancerriktlinjer

Den 2 april publicerades de nationella riktlinjerna för bröst-, kolorektal-, och prostatacancer, cancervårdens tre största tumörformer. Med hjälp av riktlinjerna blir det möjligt att prioritera åtgärder i en tiogradig skala även när det gäller tumörsjukdomar. Sammanvägningen av den etiska plattformen där människovärdesprincipen, behovsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen som utgör grunden för prioriteringarna bedöms kunna fungera väl. Det har också skett en prioritering mellan sjukdomsgrupperna.

Frågorna om screening har varit en viktig fråga att ta ställning till, främst i prioriteringarna för prostatacancer och kolorektal cancer. Socialstyrelsen anser att det fortfarande finns för stora osäkerheter i de metoder som just nu finns tillgängliga för att införa en allmän screening för dessa cancerformer.

Riktlinjearbetet har vad gäller prostatacancer inneburit en omsorgsfull genomgång av hur kirurgi, strålbehandling och symtomlindrande behandling ska prioriteras för olika riskgrupper. För första gången har man också för prostatacancer kunnat konstatera nyttan med cellgiftsbehandling i senare skeden av sjukdomen.

Utöver de operationsmetoder som förfinats allt mer för patienter med kolorektal cancer tas i riktlinjerna ställning till för vilka patientgrupper där kirurgi bör kompletteras med strålbehandling och behandling med cellgifter. Det föreslås också prioritering av kirurgisk behandling av återfall och metastaser.

Vad gäller bröstcancer är en viktig fråga att patienterna får tillgång till så kallad sentinel node-teknik. Tekniken innebär att man under operationen identifierar den första lymfkörteln och analyserar den med ett fryssnitt. Om lymfkörteln visar sig fri från cancerceller behöver inget ytterligare ingrepp göras. På så sätt besparas många kvinnor de armbesvär som annars uppstår med smärta och obehag som följd.

Socialstyrelsen tidigare rekommendationer om mammografi till kvinnor i åldern 40–74 år förändras inte.

Den palliativa vården – vård i livets slutskede – har i riktlinjearbetet pekats ut som något som ska prioriteras högt. Det gäller dels konkreta åtgärder för lindring av smärta och andra symtom, dels utvecklingen av samarbetet i palliativa team till stöd för patienter och närstående. Ett bra exempel på det är hur den norra regionen tidigt inlett sitt förbättringsarbete inom palliation.

Sättet riktlinjerna tagits fram på ger goda förutsättningar för landsting och regioner att genomföra Socialstyrelsens rekommendationer som finns i beslutsstödsdokumentet.

Landstingsstyrelsen beslöt den 20 december 2006 (§ 202) att bidra med personalinsatser för förbättringsarbete till projektet Palliativ vård i glesbygd som ska bedrivas i norra regionen. Projektet har som syfte att skapa en eller flera glesbygdsmodeller för palliativ vård och forska om genomförandet av dessa. Projektet ska ses som en fortsättning på de erfarenheter som gjordes under beredningsarbetet av de nationella riktlinjerna.

Nationell psykiatrisamordning

Den 27 februari genomfördes den tredje årliga länskonferensen inom ramen för Nationella Psykiatrisamordningen. Konferensen, som samlade närmare 350 deltagare från psykiatri, primärvård, länets kommuner samt företrädare

för brukare och närstående, genomfördes under rubriken ”Kunskap, öppenhet och inflytande – nyckeln till ett bättre liv”. Konferensens syfte var att bygga vidare på och ge ytterligare inspiration till det utvecklingsarbete som pågår i länet när det gäller samverkan mellan psykiatri, primärvård och socialtjänst för människor med psykiska sjukdomar och funktionshinder.

Under konferensen redovisade företrädare för den Nationella Psykiatrisamordningen de huvudsakliga förslagen i slutbetänkandet Ambition och ansvar – Nationell strategi för samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder (SOU 2006:100) där landstinget är remissinstans. Den Nationella Psykiatrisamordningen har därmed avslutat sitt uppdrag och Socialstyrelsens NU-projekt (Nationellt utvecklingsstöd till verksamheter för människor med psykiska sjukdomar och funktionshinder) har fått regeringens uppdrag att särskilt stödja utvecklingen inom detta område. Särskild uppmärksamhet ägnades också åt frågan om hur brukares och närståendes erfarenheter på ett mer systematiskt sätt kan tas till vara för att utveckla vården och omsorgen om psykiskt sjuka/funktionshindrade.

I länet fortgår det samlade arbetet med att förbättra livssituationen för människor med allvarlig psykisk sjukdom och/eller psykiska funktionshinder. I samverkan har representanter för psykiatri, primärvård och kommuner prioriterat 15 lokala projekt. Arbetet går nu in i ett skede där samlade erfarenheter och i vissa fall utvecklade metoder och arbetssätt integreras i det ordinarie arbetet.

Under 2008 kommer ytterligare en länskonferens att genomföras i samarbete mellan landstinget och Kommunförbundet Norrbotten. Inriktningen kommer då att vara att redovisa vilka effekter som de lokala projekten haft med särskild fokus på patienterna/klienterna samt hur erfarenheter och kunskaper ska kunna integreras i daglig verksamhet.

Halsmandlar opereras med ny skonsam teknik

En förfinad och säker metod har utvecklats för operation av halsmandlar. Operationen görs med hjälp av en joniserad saltvattenstråle som aktiveras med radiofrekvensvågor och på så sätt löser upp den vävnad som ska tas bort. Den nya tekniken som kallas coblation innebär att hela eller en del av halsmandeln kan tas bort på ett mycket skonsamt sätt.

Fördelen med metoden är att vävnaderna runt operationsområdet inte utsätts för höga temperaturer och därför får patienten mindre ont efteråt. Risken för blödningar blir också mindre. Patienten kan åka hem samma dag. Med den gamla metoden tog det längre tid och skadorna på vävnaderna blev större. Patienterna hade mer ont och fick ligga kvar på sjukhuset några dagar. Tack vare att operationerna görs dagkirurgiskt sparas vårdplatser in. Målet är att få bort kön och klara vårdgarantin redan efter sommaren.

Norrbottens läns landsting är tidigt ute med att införa den nya operationsmetoden. Det startade ett pilotprojekt i Gällivare år 2005 och erfarenheterna var mycket goda. Metoden började användas i januari i år på Piteå älvdals sjukhus och läkarna på Sunderby sjukhus ska successivt utbildas i den nya tekniken under våren.

Tekniken är dyrare, men säkrare. Barnen mår mycket bättre efteråt och behovet av smärtstillande mediciner har blivit mindre.

I Norrbotten opereras 300 patienter per år, varav ungefär 200 är barn. Utrustningen kostar 70 000 kronor och vid varje operation går det för ungefär 1 000 kronor i engångsmaterial. Operationstiden är kort; på ungefär tio minuter hinner man operera båda halsmandlarna.

Egenavgifter på hjälpmedel

Jag har låtit undersöka vilka kostnader patienterna haft på grund av de beslut om egenavgifter för vissa hjälpmedel som landstingsfullmäktige fattat för åren 2004–2006. Syftet med egenavgiften har främst varit att minska landstingets kostnader för hanteringen av hjälpmedel. Vissa hjälpmedel är förhållandevis dyra för landstinget att köpa in och andra är genom en stor volym dyra att köpa in och att hantera. Genom att patienterna får köpa vissa hjälpmedel och sedan behålla dem, minskar landstinget sina hanteringskostnader i väsentlig grad.

År 2004 belades stödkäpp och armbågskrycka inklusive tillbehör, cykel i vuxenstorlek till barn och ungdom, glasögon med bågar och byte av befintliga glas samt hörapparat med egenavgift.

År 2005 infördes egenavgift för stimulator för smärtlindring (TENS-apparat), hygienhjälpmedel utan hjul, rollator och Daisyspelare. Dessutom förändrades egenavgifterna för ortoser och ortopediska skor som varit belagda med egenavgift sedan 1997.

År 2006 infördes egenavgift för inkontinenshjälpmedel.

Betalda egenavgifter och antal personer som betalt egenavgifter fördelar sig på följande sätt:

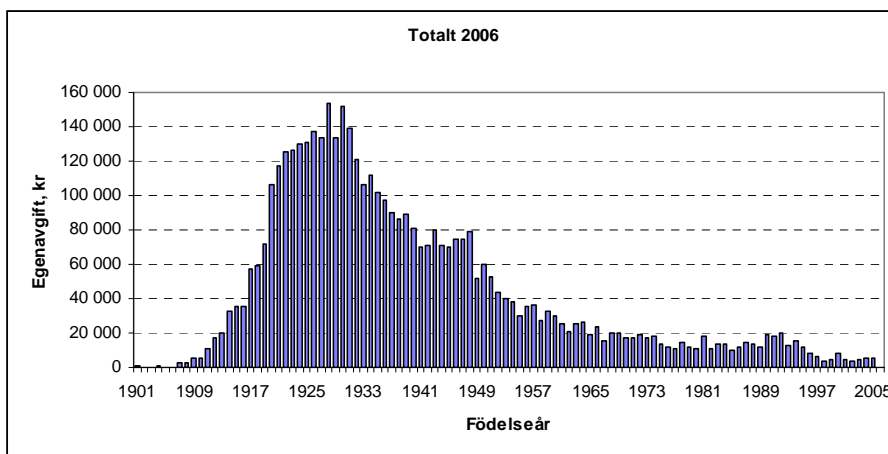
Hjälpmedel	Egenavgift, kr			Antal personer		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006
Hörapparat	702 000	1 133 000	1 094 000	1 266	1 984	1 886
Inkontinenshjälpmedel	–	–	788 920	–	–	4 667
Hygienhjälpmedel utan hjul	–	580 500	630 000	–	1 646	1 786
Rollator	–	538 200	610 200	–	1 721	1 954
Stödkäpp och armbågskrycka inkl tillbehör	472 600	513 410	555 940	2 773	2 896	3 071
Ortoser	230 650	186 650	454 600	1 620	948	1 766
Ortopediska skor	–	–	268 500	–	–	368
TENS-apparat	–	107 500	73 500	–	215	147
Glasögon inkl byte av glas	41 625	15 750	30 750	93	39	66
Daisyspelare	–	6 500	20 000	–	13	40
Totalt	1 446 875	3 081 510	4 526 410	5 752	9 462	15 751

Beloppen för ortoser avser de egenavgifter som är betalda på landstingets vårdenheter. Ortopediska skor ingår i redovisningen först fr o m 2006, eftersom verksamheten tidigare bedrevs av en privat entreprenör.

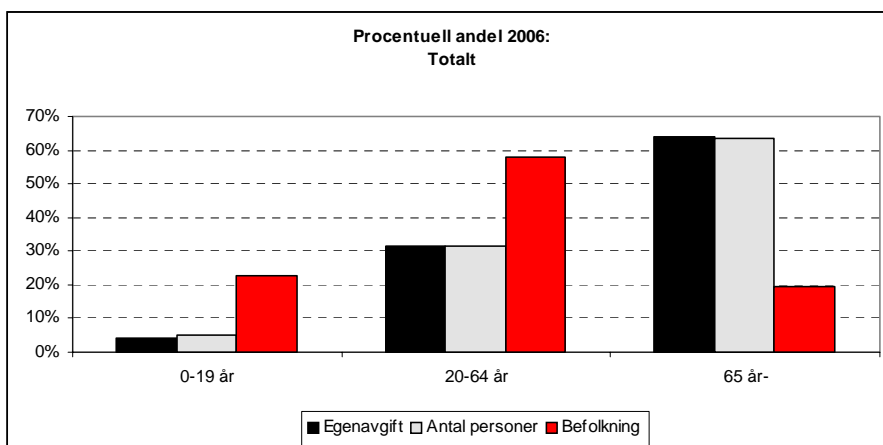
Ökningen av egenavgifterna mellan 2004 och 2005, 113 procent, beror till största delen på de kökortsinsatser som skedde beträffande hörapparatutprovning samt att hygienhjälpmedel och rollatorer, två volymmässigt relativt stora grupper, belades med egenavgift år 2005.

Ökningen av egenavgifterna mellan 2005 och 2006, 47 procent, beror huvudsakligen på att inkontinenshjälpmedel belades med egenavgift år 2006 och att ortopediska skor ingår i redovisningen. Vidare ökade egenavgifterna för ortoser, hygienhjälpmedel och rollatorer.

Av diagrammet framgår hur betalda egenavgifter år 2006 fördelar sig på födelseår. Bilden ser likadan ut för åren 2004 och 2005. År 2006 betalade personer födda mellan åren 1920–1935 tillsammans över 100 000 kr i egenavgift per år. Personer födda 1928 och 1930 erlade vardera över 150 000 kr i egenavgift.



Följande diagram visar att personer som är 65 år och äldre både har betalt en högre andel av egenavgifterna och utgör en högre andel av de som betalt egenavgift än vad som motsvarar deras andel av befolkningen. För personer som är yngre än 65 år är förhållandet det motsatta. Samma förhållande gäller även 2004 och 2005.



Egenavgiften per person och åldersgrupp ser totalt ut på följande sätt:

Åldersgrupp	Egenavgift/person		
	2004	2005	2006
0–19 år	188	200	248
20–64 år	198	285	290
65 år–	330	362	289
Totalt	252	326	287

Ökningen mellan 2004 och 2005 beror på att fler hjälpmedel belades med egenavgift. År 2006 infördes endast egenavgift på inkontinenshjälpmedel (170 kr per 12-månadersperiod), vilket medförde att genomsnittskostnaden sjönk. Detta gäller särskilt 65-åringar och äldre.

Primärvårdens andel av egenavgifterna har ökat under perioden, vilket framgår av tabellen.

År	Primärvård		Sjukhusvård		Totalt	
	Egenavgift	%-andel	Egenavgift	%-andel	Egenavgift	%-andel
2004	455 845	31,5	991 030	68,5	1 446 875	100
2005	1 450 415	47,1	1 631 095	52,9	3 081 510	100
2006	2 365 305	52,3	2 161 105	47,7	4 526 410	100

Mellan 2004 och 2005 berodde ökningen till stor del på att TENS-apparat, hygienhjälpmedel utan hjul och rollator huvudsakligen förskrivs i primärvården. Ökningen av primärvårdens andel mellan 2005 och 2006, då den blev högre än sjukhusvårdens, berodde på att inkontinenshjälpmedel nästan utan undantag förskrivs i primärvården.

Ombyggnationer och investeringar vid Piteå älvdals och Kiruna sjukhus

Piteå älvdals sjukhus

Ombyggnationer

Ombyggnationen av Piteå älvdals sjukhus – som pågått sedan april 2005, är nu inne i den sista fasen. Nu återstår endast etapperna IVAK och folktandvården, samt vissa anpassningar för behandlingsenheten. Hela projektet beräknas bli klart till sommaren 2008.

Gemensam specialistmottagning

Den 22 januari 2007 togs den gemensamma specialistmottagningen i bruk. Officiell invigning skedde den 23 februari.

Den nya mottagningen kommer årligen att ta emot drygt 30 000 patienter och ge service för patienter till medicin, rehabilitering, allmänkirurgi, urologi, ortopedi och gynekologi. Den bärande tanken är att skapa bra logistik och flöden i ändamålsenligt anpassade lokaler, vilket ger patienterna en god vårdmiljö av hög kvalitet.

Arbetet med att utveckla samverkansform och arbetssätt i de nya lokalerna har varit stimulerande och stundtals intensivt för berörd personal. Men målet att åstadkomma en god arbetsmiljö, bra kvalitet och flöde i patientarbetet samt ett effektivt nyttjande av lokalerna har hela tiden varit ledord i processen.

Kiruna sjukhus

Ombyggnadsarbetet på IVAK-enheten fortskrider enligt plan. Invigningen sker den 19 juni. Efter semestrarna beräknas IVAK-enheten tas i drift fullt ut.

Arbetet på sterilcentralen är slutfört.

Under ombyggnadstiden är jourcentralen belägen i primärvårdens lokaler. Flyttning till IVAK beräknas ske den 1 juli.

Bemanningen fortgår enligt planerna. Ett bemanningsförslag finns för IVAK och MBL §19 information har getts till samtliga fackliga organisationer.

Det har påbörjats ett arbete med att utarbeta en gemensam IVAK-kultur för personalen som ju kommer från olika enheter.

Upphandling av utrustning löper problemfritt.

Plusjobben

Motiven för plusjobben var att öka servicenivån och motverka kommande arbetskraftsbrist genom att anställa långtidsarbetslösa. Grundförutsättningen var att plusjobb skulle vara kostnadsneutrala för landstinget.

Enligt en överenskommelse mellan landstinget, arbetsförmedlingen och de fackliga organisationerna skulle landstinget ta emot upp till 101 plusjobbare.

Efter beslut av regeringen togs merkostnadsersättningen bort från den 15 mars 2007 och kostnaderna för plusjobbare ökade. Merkostnadsersättningen var en skattesubvention, utöver bidraget på 1 000 kronor per plusjobbare och arbetsdag, med:

- 100 kronor för anställda som omfattas av utvecklingsplan, vilket gäller alla.
- 150 kronor för anställda som kom från aktivitetsgaranti hos arbetsförmedlingen.

Uppdrag till divisionerna

Divisionerna fick i februari uppdraget att pröva om man har förutsättningar för att behålla plusjobsanställda, med ökade kostnader, utifrån ekonomiska och verksamhetsmässiga skäl.

Ingen plusjobbare har blivit uppsagd på grund av regeringsbeslutet.

Antal plusjobbare per division den 21 mars 2007 framgår av tabellen.

Division	Antal
Division Primärvård	3
Division Opererande	10
Division Medicin	9
Division Vuxenpsykiatri	2
Division Diagnostik	1
Division Kultur och utbildning	3
Division Service	62
Summa	90

Höjt pris på kost

Från och med den 1 april har priserna höjts för personalkost. En enstaka lunch kostar 65 kronor, en höjning med fem kronor. Priset för en lunch med kupong har höjts från 56 till 60 kronor. Orsaken till höjningen är en anpassning till skatteverkets regler för personalförmaner.

Katastrofövning den 28 mars 2007

Landstingets regionala katastrofledning (RKL) genomförde den 28 mars en heldagsövning. Syftet var att ge kunskap om och testa den regionala katastrofplanen samt att öva RKLs två delar, ledningsgrupp och stab.

Professor Ulf Björnstig, AKMC (akut- och katastrofmedicinskt centrum) i Umeå var övningsledare och hade på mitt uppdrag lagt upp de händelser som spelades in, nämligen:

- En pandemi med tidvis 30 procent av landstingets personal frånvarande på grund av sjukdom.
- En masskadehändelse där taket i COOP Arena rasade in över en läktarsektion med 900 personer. I hallen fanns totalt 6 000 personer. Vid raset skadades kylanläggningen och ammoniak strömmade ut.
- En turistbuss med franska och tyska turister krockade med en bensintransport i Hakkas, fem mil sydost om Gällivare efter väg E 10.

Som motspelare deltog de fyra platscheferna för att knyta den lokala nivån till övningen och bredda lärandet. Dessutom deltog företrädare för en av våra viktigaste externa samarbetspartners, SOS Alarm AB.

Nästa viktiga steg är att utvärdera övningen för att se vad vi kan lära av den. Håller planen eller måste den revideras på någon punkt? Har vi organiserat oss på rätt sätt?

Rutiner och planeras uppdateras utifrån erfarenheterna av övningen.

Jag kommer även i fortsättningen att låta genomföra ledningsövningar för att hålla beredskapen på en hög nivå, stämma av planer och befästa kunskapen hos de medarbetare som ingår i den regionala katastrofledningen.

Miljöpolicy

Landstingsstyrelsen beslutade den 31 augusti 2006 att arbetet med att utforma ett övergripande politiskt styrdokument för miljöarbetet skulle påskynas. Det ska vara styrande för landstingets framtida miljöarbete och de miljömål och miljöfakta som tas fram inom ramen för arbetet. Policyn ska också harmoniera med de nationella och regionala miljömålen. Policyn ska behandlas av fullmäktige den 10 oktober 2007.

Jag har gett chefen för sekretariatet i uppdrag att ansvara för arbetet. Till arbetet har knutits dels en politisk styrgrupp, dels en referensgrupp med experter från verksamheten. Den politiska styrgruppen utsågs av landstingsstyrelsen den 20 december 2006.

Sammanlagt har 528 000 kr, inom ramen för fullmäktiges budget, avsatts för projektet.

Som ett första led i processen hölls ett miljöseminarium för landstingsfullmäktiges ledamöter den 8 mars.

Avsikten med seminariet var att ge landstingets förtroendevalda möjlighet till ytterligare kunskapsuppbyggnad i miljö-, klimat- och energifrågor med ett Norrbottensperspektiv samt att stimulera till kreativa diskussioner som underlag för det fortsatta arbetet. På seminariet medverkade forskare, industrirepresentanter, myndigheter och representanter från landstinget.

Nästa seminarium äger rum den 9 maj. Det kommer att inriktas på möjligheter och ge exempel på hur andra landsting arbetar och visa på goda exempel om e-hälsa och vindkraft samt ge utrymme för att i grupparbeten tvärpolitiskt börja diskutera inriktning och innehåll i den policy som ska arbetas

fram för beslut i fullmäktige. Därefter ska ett utkast till miljöpolitisk policy utarbetas i samverkan med den politiska styrgruppen och referensgruppen.

Skolverkets inspektion av naturbruksskolorna

Under våren 2004 gjorde Skolverket en utbildningsinspektion av Grans Naturbruksskola och Kalix naturbruksgymnasium. I redovisningen angav Skolverket de områden som behövde förbättras och sådana där författningens krav inte uppfylldes. De senare åtgärdades under hösten 2004 och en plan för arbetet med förbättringarna antogs samtidigt av styrelsen. Skolverket har nu gjort en uppföljning och bedömer att landstinget bedriver ett aktivt förbättringsarbete och att de områden man angivit kommer att följas vidare genom det kontinuerliga kvalitetsarbetet. Skolverket har därmed avslutat inspektionen i Norrbottens läns landsting.

Årsredovisning för Stiftelsen Norrbottensteatern

Norrbottensteaterns årsredovisning 2006 har avlämnats. Den visar ett såväl verksamhetsmässigt som ekonomiskt överskott. Publikantalet har ökat och till det har produktionen "Jag gjorde Vietaskuppen" bidragit i hög grad. Vid dessa föreställningarna hade teatern 100 procents beläggning. Totalt har man under året gjort sex nya produktioner samt ungdomsprojektet Öppen scen. Till detta har kvällskabaréer, soppteatrar, föreläsningar och andra samarbeten med externa användare av lokalerna ökat teaterns förankring i Luleå och i länet.

Ekonomiskt visar teatern ett överskott på totalt 3,4 miljoner kr för året. Av detta har 2,3 miljoner kr reserverats för eventuell återbetalning av förutbetalda moms, en fråga som ännu inte är slutligt avgjord av kulturdepartementet. Årets resultat slutar därmed på +1 423 018 kr.

Revisorerna tillstyrker att stiftelsens styrelse och teaterchefen ges ansvarsfrihet för räkenskapsåret.

Europaforum den 21–22 februari 2007

Rekordmånga deltagare, 241 stycken, deltog på Europaforum X Norra Sverige i Luleå.

Den tionde sammankomsten inleddes av Anita Gradin, Sveriges första EU-kommissionär, under rubriken EU 50 år. I sitt tal gav hon en exposé över EU:s utveckling från en kol- och stålunion mellan sex länder till dagens union med 27 medlemmar. Hon beskrev hur EU successivt utvecklats till en union med en inre marknad, gemensam utrikes- och säkerhetspolitik samt gemensamma polisiära och juridiska insatser. Därefter tog Håkan Jonsson, statssekreterare för EU-frågor i Statsrådsberedningen, vid och gav regeringens syn på Lissabonprocessen följt av anföranden under rubriken regionernas roll i den europeiska politiken av representanter från Regionkommittén, AER och CPMR.

Europaforums andra dag inleddes med att Inge Andersson, North Sweden, gav en kort introduktion till vad som är på gång inom EU. Därefter gavs korta nulägesbeskrivningar inom politikområdena: sammanhållningspolitiken, landsbygdsutveckling, statsstöd, den nordliga dimensionen, kommunikation, FoU, miljö och energi.

Sammankomsten avslutades med workshops där deltagarna diskuterade vilka områden, utifrån de fyra nordligaste länens samlade perspektiv, som är viktiga att i framtiden arbeta med på europainivå.

Områden där politikerna enades om att de ser att norra Sverige kan vinna på ett samlat arbete på europainivå, förutom den ständigt viktiga sammanhållningspolitiken, var energifrågor, miljö och klimatfrågorna. Men även kommunikations- och infrastrukturfrågor lyftes, samt frågor som är kopplade till sysselsättning, kunskap och forskning. Därtill är även sammanhållningspolitiken och allt den omfattar viktig att bevaka.

Ewa-May Karlsson, rapportör Västerbotten, sa att "Vi inte får tappa farten, utan att vi måste jobba vidare i samma takt som vi hittills arbetat". Vi måste ha långsiktighet i vårt arbete menade Kent Ögren, rapportör Norrbotten. Det svenska ordförandeskapet i den Europeiska Unionen och halvtidsutvärderingen är viktiga händelser på EU-nivå inom en snar framtid.

Thomas Andersson, rapportör Jämtland, betonade Europaforums uppgift att främja dialogen och underströk Europaforums roll som en betydelsefull mötesplats och en kunskapsarena. Han framhöll vikten av ett samlat, kraftfullt och fokuserat arbete i frågor viktiga för norra Sverige på europainivå.

Europaforum Norra Sveriges ordförande Jens Nilsson sammanfattade samtalet med att understryka att våra vardagsfrågor är en del av europapolitiken och därmed är fokus på europafrågor av största vikt för oss regionala och lokala företrädare även framgent.

Stöd till regionala utvecklingsprojekt

Landstingsstyrelsen beslutade 20 december 2006 (§ 210) om medfinansiering av projektet Energiresurser, klokskap och regional utveckling med 467 558 kr. Strukturfondsdelegationen beslutade den 22 februari att inte bevilja projektansökan. Därmed är finansiering från landstinget inte längre aktuell.

Motioner under beredning

Följande motioner är under beredning:

Motion	Handläggning
Motion nr 1/07 om läns museets lokalisering och verksamhet (Kenneth Backgård, ns, och Anders Sundström, ns)	Styrelsen 31 maj Fullmäktige 13-14 juni
Motion nr 2/07 om att producera egenvårdsguiden för synskadade (Erik Berg, c)	Styrelsen 31 maj Fullmäktige 13-14 juni
Motion nr 3/07 om landstingets pensionsskuld (Jens Sundström, fp)	Styrelsen 31 maj Fullmäktige 13-14 juni
Motion nr 4/07 om nattdialys (Jens Sundström, fp)	Styrelsen 31 maj Fullmäktige 13-14 juni

Remissyttranden

Följande handläggning planeras för inkomna remisser:

Yttrande/remissynpunkter	Senast	Handläggning
Yttrande över betänkandet Friskare tänder – till rimliga kostnader (SOU 2007:19)	2007-06-29	Styrelsen 31 maj
Remissynpunkter på Ansvarskommitténs slutbetänkande Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft	2007-09-21	Styrelsen 30 augusti Fullmäktige 18 september

Bilaga

- Månadsrapport per mars för landstinget totalt och per division.

§ 59

Folkhälsopolitisk strategi för Norrbotten

Dnr 960-07

Ärendebeskrivning

Norrbottens läns landsting har som målsättning att aktivt samverka och samarbeta med andra för att främja en positiv och jämlik hälsoutveckling hos befolkningen i länet. Med den utgångspunkten har landstingsstyrelsen haft i uppdrag att undersöka behov av ett gemensamt folkhälsoprogram för Norrbotten. I dialoger under olika former med tjänstemän och politiker i kommuner, landsting och Kommunförbundet Norrbotten har framkommit att det vore önskvärt med en strategisk samverkan över länet inom folkhälsoområdet. Hösten 2005 tillsattes en politisk styrgrupp med representanter för Kommunförbundet Norrbotten och landstinget för att utarbeta förslag till en folkhälsopolitisk strategi för Norrbotten. I styrgruppen har funnits två representanter från landstinget och tre representanter för Kommunförbundet Norrbotten. Landstinget har representerats av landstingsråden Agneta Granström och Britt Westerlund.

Styrgruppen har lämnat förslag till en folkhälsopolitisk strategi för Norrbotten med utgångspunkt från landstingets och kommunernas ansvarsområden inom folkhälsa. Strategin kan ses som en gemensam plattform för ett fortsatt målinriktat arbete för folkhälsan i länet. Den syftar till att dels ge hälsoaspekterna möjlighet att vägas in i beslut på alla nivåer och dels till att ge inspiration och legitimitet till det konkreta folkhälsoarbetet.

Styrelsen för Kommunförbundet Norrbotten har rekommenderat länets kommuner att anta strategin. Samtliga länets kommuner har ställt sig bakom strategin.

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen förslår fullmäktige att fatta följande beslut:

Den folkhälsopolitiska strategin för Norrbotten antas.

-

Yrkande och propositionsordning

Agneta Granström (mp) och Margareta Henricsson (ns):

- Beslutsförslaget bifalls.

Propositionsordning

Ordföranden ställer proposition på förslaget till yttrande och finner att det antas.

-

Beslut

Enligt beslutsförslaget.

§ 60

Ansvarsfrihet för år 2006 för Norrlandstingens regionförbund

Dnr 629-07

Ärendebeskrivning

Förbundsdirektionen för Norrlandstingens regionförbund har upprättat årsredovisning för verksamhetsåret 2006 och har beslutat att årets överskott 360 tkr balanseras i ny räkning.

Varje medlem i kommunalförbundet har nominerat var sin lekmannarevisor, de har i sitt arbete biträts av sakkunniga från medlemslandstingens revisionsorgan. Deras granskning av förbundets verksamhet har inte gett anledning till anmärkning. Revisorerna tillstyrker att regionförbundets årsredovisning godkänns och att ledamöterna i förbundsdirektionen beviljas ansvarsfrihet för 2006 års verksamhet.

Enligt § 7 i förbundsordningen beslutar respektive medlems fullmäktige om ansvarsfrihet för förbundsdirektionen.

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslår fullmäktige att fatta följande beslut:

- 1 Landstingsfullmäktige beviljar för sin del förbundsdirektionen i Norrlandstingens regionförbund ansvarsfrihet för den tid revisionen omfattar.
- 2 Årsredovisningen för år 2006 läggs till handlingarna.

Beslut

Enligt beslutsförslaget.

§ 61

Utgångspunkter för överföring av ansvaret för hemsjukvården

Dnr 1328–06

Ärendebeskrivning

Frågan om det framtida ansvaret för sjukvårdsinsatser i patienters egen bostad (hemsjukvård) är under diskussion. Den förra regeringen avsåg att genom lagstiftning obligatoriskt överföra ansvaret för hemsjukvården från landstinget till kommunerna.

Enligt samstämmiga uppgifter avser regeringen inte att fullfölja den tidigare regeringens intentioner. I stället överlämnar regeringen till parterna att genom frivilliga överenskommelser utforma ansvaret för den framtida hemsjukvården. Denna linje följer den uppfattning som framförts av Svenska kommunförbundets och Landstingsförbundets styrelser i remissyttranden i frågan. Norrbottens läns landsting har också gett uttryck för denna uppfattning.

Mot bakgrund av den ändrade inriktning som frågan fått efter den nya regeringens tillträde har landstinget frågat samtliga kommuner om de är beredda att överta ansvaret för hemsjukvården i länet genom en frivillig överenskommelse (avtal) med landstinget. Samtliga kommuner har besvarat frågan och uttryckt att de under vissa förutsättningar är beredda att överta ansvaret för hemsjukvården.

Med anledning av kommunernas svar är det rimligt att landstingsstyrelsen nu tar principiell ställning till i första hand frågan om landstinget ska inleda förhandlingar med kommunerna om att överföra ansvaret för hemsjukvården till kommunerna och därefter även ange landstingets principiella utgångspunkter för former och förutsättningar för en sådan överföring.

Yttrande och förslag till beslut

I ungefär hälften av kommunerna och landstingen/regionerna har kommunerna redan ansvaret för hemsjukvården. Utvärderingar på nationell nivå talar för att verksamheten samlat sett fungerar bättre med ett samlat kommunalt ansvar för social omsorg och hemsjukvård i patienters eget boende. Landstingsstyrelsen bedömer mot denna bakgrund att det även i Norrbotten kan vara ändamålsenligt att överföra ansvaret för hemsjukvården till kommunerna.

Landstingets förutsättningar för att teckna avtal med länets kommuner om en överföring av ansvaret för hemsjukvården ska vara följande:

- Överföringen ska omfatta både det ekonomiska och verksamhetsmässiga ansvaret för hemsjukvården genom verksamhetsövergång.
- Landstinget accepterar inte att verka som entreprenör till kommunerna avseende utförande av hemsjukvården.

- Den ekonomiska regleringen av överföringen ska ske genom en skatteväxling på länsnivå. Skatteväxlingen ska grunda sig på omfattningen och kostnaderna för verksamheten vid tidpunkten för överföringen. Den framtida eventuella volym- och kostnadsutvecklingen inom området ska ej beaktas vid skatteväxlingen.
- Åtgärder ska vidtas för att underlätta den framtida informationsöverföringen mellan parterna med stöd av modern informationsteknologi

Mot den bakgrunden föreslås landstingsstyrelsen fatta följande beslut:

- 1 Angivna förutsättningar för att teckna avtal för att överföra ansvaret för hemsjukvården till kommunerna fastställs.
- 2 Om kommunerna accepterar landstingets förutsättningar ska förhandlingar inledas med länets kommuner i syfte att överföra ansvaret för hemsjukvården från landstinget till kommunerna.
- 3 Landstingsstyrelsens ordförande ges i uppdrag att leda förhandlingarna

-

Yrkanden och propositionsordning

Kent Ögren (s) och Kenneth Backgård (ns) yrkar bifall till förslaget efter att punkt 2 i beslutsförslaget justerats till följande lydelse:

- Om samtliga kommuner accepterar landstingets förutsättningar ska förhandlingar inledas med länets kommuner i syfte att överföra ansvaret för hemsjukvården från landstinget till kommunerna.

Propositionsordning

Ordföranden ställer proposition på styrelsens förslag med den föreslagna justeringen och finner att den antas.

-

Beslut

Enligt styrelsens förslag med den föreslagna justeringen.

§ 62

Jämställdhetsredovisning 2006

Dnr 963-07

Ärendebeskrivning

Landstinget ska enligt jämställdhetslagen årligen följa upp och dokumentera det jämställdhetsarbete som bedrivs i organisationen. Jämställdhetslagen reglerar förhållandet mellan arbetsgivare och arbetstagare, varför det är landstingets roll som arbetsgivare ur ett jämställdhetsperspektiv som redovisas.

Föreliggande redovisning består av en Jämställdhetsredovisning, som är allmänt beskrivande till sin karaktär och sammanställer det arbete som landstingets divisioner bedriver. Som bilaga till redovisningen återfinns en jämställdhetsanalys av likvärdiga arbeten med en handlingsplan för åtgärder.

I redovisningen kan konstateras att även om landstinget är bra på att bedriva jämställdhetsarbete, så finns det fortfarande områden som måste utvecklas. Detta gäller t ex skillnaden i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män samt fördelningen kvinnor och män i olika yrken. Sjukfrånvaron kvarstår därför som ett högt prioriterat område. Kön fördelningen inom olika yrken är ett mera långsiktigt arbete, där läkarna är den yrkesgrupp som nått längst. Om nuvarande utveckling fortsätter, kommer landstinget uppskattningsvis ha lika många kvinnliga och manliga läkare någonstans mellan åren 2012-2015. Då det gäller t ex fördelningen kvinnor och män i högre chefsbefattningar, så ligger landstinget mycket bra till ur ett nationellt perspektiv.

Under 2007 har en särskild budget avsatts för att utveckla landstingets jämställdhetsarbete. Insatser med utgångspunkt från detta finns inplanerade och genomförs under året. Dessa består i bl a utbildning av landstingets chefer, dels vid landstingets årliga chefs- och ledardag men även genom särskilda temadagar och i samband med de utbildningstillfällen som genomförs inom ramen för "Ledarforum" under hösten. Under året kommer även förberedelser för anpassning till en ny, sammanhållen diskrimineringslagstiftning från 2008 vidtas. Det innebär i korthet att framtidens Jämställdhetsplaner kommer att ersättas av Likabehandlingsplaner, som ska omfatta sju diskrimineringsgrunder.

Förslag till beslut

Redovisningen delges landstingsfullmäktige den 3 maj 2007 via landstingsstyrelsens rapport till fullmäktige.

Beslut

Enligt beslutsförslaget.

§ 63

Miljöredovisning 2006

Dnr 964-07

Ärendebeskrivning

Sammanfattande redovisning av miljöarbetet inom landstinget under år 2006.

Förslag till beslut

Redovisningen delges landstingsfullmäktige den 3 maj 2007 via landstingsstyrelsens rapport till fullmäktige.

Beslut

Enligt beslutsförslaget.

§ 64

Revisionsrapport om årsredovisning 2006

Dnr 653-07

Ärendebeskrivning

Komrev har på uppdrag av landstingets revisorer granskat landstingets årsredovisning för 2006. Syftet med granskningen är att bedöma om landstingets årsredovisning, inklusive den sammanställda redovisningen, är upprättad i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed samt om räkenskaperna är rättvisande. Vidare ingår i uppdraget att bedöma den ekonomiska ställningen och efterlevnaden av balanskravet.

Revisorerna konstaterar:

- Att årsredovisningen i allt väsentligt uppfyller kraven enligt lagen om kommunal redovisning och att avvikelser till rekommendationer, som Rådet för kommunal redovisning ger ut, öppet anges och motiveras. Att årsredovisningen i allt väsentligt redogör för utfallet av verksamheten, dess finansiering och den ekonomiska ställningen.
- Att ekonomistyrningen och besparingsarbetet gett vissa effekter, men att ytterligare åtgärder kommer att krävas för att behålla en ekonomi i balans. Landstingsfullmäktige har som mål (2006) för en god ekonomisk hushållning angett att högst 97 procent av skatteintäkter och statsbidrag bör användas för att finansiera den löpande verksamheten. Denna nivå är betydligt högre än en ekonomi i balans. Utfallet 2006 uppgick till 101 procent.
- Att även om årsredovisningen följer lagar, rekommendationer och god sed finns det områden som kan förbättras.

Förslag till beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Styrelsen kan i likhet med revisorerna konstatera att det omfattande förändringsarbete som påbörjats i syfte att reducera kostnadsnivån har börjat ge vissa resultat. Trots detta måste ytterligare åtgärder vidtas för att nå de finansiella målen som landstingsfullmäktige fastställt i landstingsplan 2007-2009.

Beslut

Enligt beslutsförslaget.

§ 65

Revisionsrapport ”Granskning av vissa kostnadsslag – Inhyrd sjukvårdspersonal och externt köpta tjänster”

Dnr 647-07

Ärendebeskrivning

Komrev, inom Öhrlings PricewaterhouseCoopers har på uppdrag av landstingets revisorer granskat vissa kostnadsslag – Inhyrd sjukvårdspersonal och externt köpta tjänster i syfte att följa upp och bedöma tillämpningen av gällande rutiner och regelverk samt räkenskapsmaterialets kvalitet.

Revisorerna konstaterar att räkenskapsmaterialet uppfyller kraven enligt kommunala redovisningslagen och landstingets anvisningar och att landstingets interna regelverk för utnyttjande av bemanningsföretag efterlevs. Vidare konstateras att budgetföljsamheten avseende inhyrd personal under en följd av år varit bristfällig.

Förslag till beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Landstingsstyrelsen konstaterar att uppföljning och kontroll av kostnadsslagen för inhyrd personal och externt köpta tjänster är tillräcklig.

För att åtgärda problemet med vakanser inom vården arbetar landstinget med strategier och riktlinjer för utbildning och rekrytering av personal i ett längre perspektiv. Även om rekrytering av ordinarie personal är huvudinriktning så kommer nyttjande av inhyrd personal att vara ett komplement som en ändamålsenlig strategisk åtgärd för att tillgodose behov av expertkompetens för specifika situationer och åtgärder.

Den månatliga uppföljningen av kostnader för inhyrd vårdpersonal kommer att fortsätta enligt plan.

Beslut

Enligt beslutsförslaget.

§ 66

Revisionsrapport om införande av folktandvårdens verksamhetssystem Tvist

Dnr 641-07

Ärendebeskrivning

Komrev har på uppdrag av landstingets revisorer granskat hur division Folktandvård infört det nya verksamhetssystemet Tvist. Syftet har varit att bedöma om införandet skett i enlighet med fastställd installationsplan, d v s att upprättad tidsplan följts och att systemets olika delar fungerar som avsett.

Införandet omfattar folktandvårdens samtliga 46 tandvårdskliniker och ca 580 medarbetare har fått utbildning i systemet.

Revisorerna bedömer att införandet av Tvist har genomförts på ett tillfredsställande sätt. Utveckling och installation har i princip skett enligt tidsplan. Nya delar i systemet och delar som kompletterat dessa har tillförts enligt beslut av divisionsledning och projektets ledningsgrupp, vilket förstärkt divisionens processer för tandvård och patientkontakter.

Revisorerna delar rapportens bedömning att systemets olika delar i stort fungerar på avsett sätt. F n finns dock vissa tekniska brister i systemet. Projektledningen är medveten om bristerna och står nu i begrepp att åtgärda dem.

I övrigt hänvisar revisorerna till de iakttagelser som framkommer i rapporten.

Förslag till beslut

Rapporten läggs till handlingarna.

Beslut

Enligt beslutsförslaget.

§ 67

Revisionsrapport om översiktlig granskning av patientnämndens ansvarsutövande 2006

Dnr 640-07

Ärendebeskrivning

Komrev har på uppdrag av landstingets revisorer granskat patientnämndens ansvarsutövande under 2006. Med ansvarsutövande avses i detta sammanhang nämndens aktiva åtgärder för att styra/leda, följa upp, kontrollera och rapportera om den verksamhet nämnden har ansvar för.

Granskningen har sammanfattats i en revisionsrapport.

Rapportens och revisorernas slutsats är att patientnämnden under 2006 på ett tillfredsställande sätt fullgjort sitt uppdrag.

Förslag till beslut

Rapporten läggs till handlingarna.

Beslut

Enligt beslutsförslaget.

§ 68

Revisionsrapport om ambulanssjukvården

Dnr 259-07

Ärendebeskrivning

Komrev har på landstingets revisorers uppdrag granskat landstingets ambulansverksamhet. Syftet med granskningen har varit att få svar på frågorna om ambulanssjukvården genomförs på ett ändamålsenligt sätt med tonvikt på tillgänglighet och patientsäkerhet samt om ambulanssjukvårdens resurser används på ett optimalt sätt.

Granskningen har genomförts genom studier av regler och riktlinjer för verksamheten, intervjuer med ansvariga och handläggare för ambulanssjukvården, divisionerna Opererande specialiteter och Primärvård samt genom analys av statistik över hur ambulanserna nyttjas.

Revisorerna konstaterar att följande förbättringsområden finns:

- Ambulanssjukvården kan bli mer tillgänglig. Problemet finns primärt inte i själva ambulanssjukvården, utan snarare hos olika aktörers agerande inom den övriga hälso- och sjukvården. De ansvariga tillämpar inte tillräckligt de rutiner som gäller vid beställning av ambulanstransporter mellan vårdinrättningar.
- Ofullständiga interna rutiner eller samspel mellan olika medicinska specialiteter, främst inom Sunderby sjukhus, innebär ett ökat antal ambulanstransporter.
- Ambulanserna i Arjeplog, Arvidsjaur och Övertorneå har inte samma höga tillgänglighet som övriga ambulansstationer. De ska ha samma anspänningstid, dvs 90 sekunder från larm till uttryckning.

Revisorernas bedömning är att styrningen av ambulanssjukvården kan tydliggöras. Främst gäller det att utveckla mer tydliga mål och uppdrag för verksamheten samt att tydliggöra länsamordningsgruppens roll i ambulanssjukvården. De ansvariga bör diskutera även övriga förbättringsförslag som framkommit vid intervjuerna.

Förslag till beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Revisorerna riktar kritik mot en bristande helhetssyn i sjukvårdsorganisationen vilket drabbar patienterna och innebär onödiga transporter. Detta förhållande kan dock inte ambulansorganisationen lastas för och den kan heller inte påverka förhållandet. Däremot drabbas den av konsekvenserna. Detta är en stor och komplex fråga. En pusselbit till lösning kan vara det förbättringsarbete som inletts för att förbättra omhändertagandet av multistjuka äldre och även patientflödet vid akutmottagningarna.

Landstinget har gjort det grundläggande valet att organisera ambulanssjukvården som en del av sjukvården i stort. Den är en integrerad del av den dagliga vården vid många vårdcentraler i länet och nyttjar på så sätt både kompetens och personal i ett brett spektra. Det innebär också att ansvaret för ambulansfrågor är delat mellan många olika personer och enheter. Det går inte att tala om en "enhet" för ambulanssjukvård, ansvaret ligger både på större enheter inom ambulanssjukvården som är kopplade till sjukhusen, men också på enskilda vårdcentraler och dess verksamhetschefer.

Samordningen sker via en länsamordningsgrupp som inte har något direkt linjeansvar. Denna samordningsgrupp har en lång tradition i länet och bildades ursprungligen för att säkra kompetens, kvalitet och standard på utrustning i ett länsperspektiv. I själva verket har ambulansverksamheten fungerat i ett länsperspektiv långt före den övriga sjukvården i Norrbotten gjorde det.

Skälet till att man valde att organisera ambulanssjukvården på detta sätt är kopplat till den vidsträckta geografien, befolkningsunderlag, tillgång till personal samt givetvis ekonomiska aspekter. Att upprätthålla samma höga standard och tillgänglighet i ambulanssjukvården om personalen som arbetar inom den enbart skulle syssla med ambulanssjukvård skulle tveklöst bli dyrare än dagens organisation. Det förtjänar att framhållas att dagens verksamhet kan nå ca 95 procent av befolkningen inom 30 minuter.

Den organisation som valts har också sina svagheter. En av dessa är att friktionsytorna mellan den ordinarie verksamheten och ambulanssjukvården blir

fler. Eftersom personalen arbetar integrerat inom flera verksamheter innebär det att man vid uppdragen blir färre kvar på vårdenheter, vilket i sin tur kan påverka vården där. I takt med att ambulansuppdragen ökar blir påfrestningarna också större och det blir allt viktigare att ambulansuppdragen är optimalt planerade och utgår ifrån faktiska vårdbehov.

En annan svaghet kan sägas vara det delade ansvaret som ställer stora krav på samordning och dialog i länet. Det kan också vara svårt för en utomstående att få en överblick över vem som är ansvarig för vad.

Trots dessa svagheter så är bedömningen att fördelarna överväger. Integreringen har många fördelar både ur kompetensperspektiv, men också ur personalförsörjningsperspektiv. En sammanhållen ambulansorganisation skulle aldrig nå samma tillgänglighetsnivå som man gör idag utan väsentliga resurstillskott. Friktionsytorna skulle fortfarande finnas, men förmodligen istället handla om ambulansorganisationens bristande förmåga till samverkan med den ordinarie sjukvården.

Det finns inga tecken som tyder på en sämre kvalitet i ambulanssjukvården i länet jämfört med övriga Sverige. Man kan till och med säga att ambulanssjukvården är en framgångssaga när det gäller att få flera organisatoriskt åtskilda enheter att samverka via ett väl utvecklat nätverk med ett gemensamt mål: en ambulanssjukvård med hög tillgänglighet och kvalitet.

Enhetliga rutiner, avseende t e x kriterier för beställning av ambulans, finns redan i hög utsträckning, men dilemmat är att de inte är tillräckligt väl förankrade i organisationen. Åtgärder för att komma tillrätta med detta via dialog och information ska ske via divisionerna. Divisionerna Primärvård och Opererande specialiteter kommer också att vidta åtgärder för att tydliggöra samordningsgruppens roll och uppdrag.

Divisionerna har en samverkan kring långsiktiga och strategiska frågor samt utvecklingsfrågor. Bland annat kommer frågor om vilket uppdrag ledamöterna i länsstygruppen ska ha att diskuteras. För ambulansverksamhetens del ska t e x frågor om mål och riktlinjer och om det ska finnas en medicinskt ansvarig för hela ambulansverksamheten diskuteras. Vidare ska ekonomiska och andra konsekvenser p g a att ambulansen är en länsresurs redas ut.

Styrelsen instämmer inte i revisorernas synpunkt om att en koordinatorsfunktion bör inrättas inom Sunderby sjukhus. Denna funktion finns redan idag via SOS Alarm. Problemet är att uppdragen inte anmäls i tid från vårdavdelningar/enheter inom sjukhuset. Därför måste återigen insatser ske för att på ett kraftfullt sätt påpeka vikten av att i tid anmäla behov av transporter.

Det som i praktiken avgör vilken anspänningstid en ambulans har är hur man valt att organisera verksamheten. På orter eller enheter där ambulansbesättningen finns i aktiv tjänst på arbetsplatsen går det att ha en anspänningstid på 90 sekunder. Finns personalen däremot t e x i beredskap blir anspänningstiden automatiskt längre.

De vårdcentraler som utpekats i revisionsrapporten uppvisar idag inte någon sämre tillgänglighet vid en jämförelse av faktiska tider från larm till hämtningsplats för prio 1-larm. Detta torde indikera att modellen med upphandlade entreprenörer inte per automatik leder till sämre tillgänglighet. En kortare tid än tio minuter för en upphandlad entreprenör innebär i praktiken att personalen måste finnas på plats på vårdcentralen i varje stund.

Det finns ett antal ytterligare ambulansstationer som har en anspänningstid på över tio minuter. Det gäller t ex Pajala, Jokkmokk, Överkalix och Haparanda, där de har beredskap under kvällar, nätter och helger. Personalen finns då vanligtvis tillgänglig i hemmet.

Anspänningstiden måste också ses i relation till den totala transporttiden. Kort anspänningstid är av betydelse vid hög larmfrekvens dagtid, och om den drabbade finns på ambulansens stationeringsort. Om själva transporten ändå tar väldigt lång tid, i extrem glesbygd, så minskar anspänningstidens relativa betydelse. Detta faktum bör finnas i åtanke vid resonemang kring vilken beredskap som är rimlig att ha i glesbygd.

I Övertorneå har antalet bårbilstransporter ökat som resultat av ett konsekvent arbete att endast utnyttja ambulansen för transporter där ett reellt vårdbehov finns.

Revisorernas åsikt att anspänningstiden ska vara högst 90 sekunder får även som ekonomisk konsekvens att kostnaderna ökar. I situationer där ambulans-tjänsten upphandlas blir den betydligt dyrare än i dagens läge i och med att ambulansförarna skulle finnas tillgängliga på vårdcentralen dygnet runt. På enheter där personalen är i beredskap ökar också kostnaderna om anspänningstiden ska vara högst 90 sekunder. Således är dagens situation en avvägning mellan kostnader för en högre beredskap och nyttan/värdet av att ha en högre tillgänglighet. Landstingsstyrelsen anser att den aktuella avvägningen är tillfredsställande.

-

Yrkande och propositionsordning

Yrkande

Kent Ögren (s) och Kenneth Backgård (ns):

- Ärendet återremitteras för ytterligare beredning.

Propositionsordning

Ordföranden ställer proposition på återremissyrkandet och finner att det antas.

-

Beslut

Ärendet återremitteras för ytterligare beredning.

§ 69

Yttrande över betänkandet **Ungdomar, stress och psykisk ohälsa – Analyser och förslag till åtgärder (SOU 2006:77)**

Dnr 351-07

Ärendebeskrivning

Integrations- och jämställdhetsdepartementet har gett landstinget tillfälle att yttra sig över betänkandet.

Yttrandet ska vara departementet tillhanda senast den 15 april 2007.

Betänkandet lämnar ett antal förslag på metoder och tillvägagångssätt inom förskola och skola samt hälso- och sjukvård. Inom förskola och skola föreslås dels att en verksamhet med uppdrag att tillhandahålla systematiska sammanställningar av internationellt publicerade vetenskapligt utformade studier av pedagogiska insatsers effekt inrättas och dels att Skolverkets internetbaserade resultatsystem utvecklas till att omfatta ytterligare information om eleverna före årskurs 9 i grundskolan.

Beträffande hälso- och sjukvård föreslås att Socialstyrelsen får i uppdrag att kartlägga hur insatser som rör barn och ungdomars psykiska hälsa inom hälso- och sjukvården fördelas på prioriteringsgrupper enligt prioriteringsordningen. Vidare föreslås att en webbsajt utvecklas i samarbete mellan Sveriges Kommuner och Landsting och en lämplig statlig myndighet. Den ska innehålla olika resurser som rör psykisk hälsa, fakta om psykisk hälsa, möjligheter till självbedömning, internetbaserad kognitiv psykoterapi, program med avslappningssträning samt hänvisning till olika resurser.

Förslag till förbättringar när det gäller att följa utvecklingen av ungdomars psykiska hälsa och kunskapsinsamling lämnas också.

Dessutom föreslås stöd till uppbyggnad av de fem centra som bedriver utbildning för ledare till föräldrastödsgrupper, stöd till att utveckla datorprogram där effekter av förändrade kommunala insatser för barn och unga simuleras, att lämplig myndighet får i uppdrag att fortlöpande redovisa ungdomars uppfattning om värdet av den individuella vägledning om studier och yrkesliv de fått från bl a studie- och yrkesvägledare och att en lämplig aktör får i uppdrag att analysera den sociala profilen på fördelning av stöd från stat, kommun och landsting till föreningsliv för ungdom.

Förslag till beslut

Följande yttrande avges:

Insatser för att förbättra barn och ungdomars psykiska hälsa är ett högt prioriterat område, vilket landstinget betonat i många sammanhang.

Detta är en av flera utredningar och rapporter under de senaste fem åren som berör ungdomars psykiska ohälsa. Det finns flera likheter med kapitlet om barn och ungdomar som ingick i nationella psykiatrisamordningens slutrapport. Nu behövs konstruktiva lösningar med betoning på förebyggande arbete.

Det är viktigt att omfattande belysa alla möjliga orsaksfaktorer som spelar roll i utvecklingen av barn och ungdomars ökade stress och psykiska ohälsa.

Det behövs tidiga och förebyggande insatser där alla aktörer som träffar barn och ungdomar har ett ansvar. Aktörerna ska samverka för en bättre uppväxtmiljö för barn och ungdomar. Det är också viktigt att aktörerna bättre anpassar sig till dagens behov i samhället.

Få av förslagen förefaller vara så konkreta att det går att förvänta sig en mer direkt effekt. Det är naturligtvis betydelsefullt med utveckling av förskolans och skolans huvuduppgift, men det borde gå att vara mer tydlig och konkret i vad utvecklingen ska bestå av. Det är viktigt att se till att ungdomarna ska uppleva sin vardag som meningsfull och förutsägbar

Vad gäller de föreslagna insatserna inom hälso- och sjukvård framkommer det inte tydligt hur insatserna ska fördelas mellan olika aktörer. Först måste det finnas resurser, inom skolan och primärvården, som kan arbeta med förebyggande åtgärder. Ansvaret för allvarliga tillstånd åligger barn- och ungdomspsykiatrien samt vuxenpsykiatrien.

Norrbottnens läns landsting har bedrivit ett utvecklingsprojekt inom ramen för de s k Miltonpengarna gällande en internetresurs som stöd och hjälp. Projektet, som nu håller på att utvärderas, passar troligen bättre för de äldre ungdomarna.

Landstinget uttrycker tveksamhet till förslaget att satsa tidsbegränsade resurser på centra för utbildning av ledare till föräldrastödsgrupper. Av erfarenhet vet landstinget att betydande svårigheter ofta uppstår då den initiala finansieringen upphör och verksamheten ska finansieras i andra former. Landstinget instämmer dock i bedömningen att det är angeläget att utveckla metoderna för att ge stöd som främjar ett gott samspel mellan barn och föräldrar.

Beslut

Enligt beslutsförslaget.

§ 70

Yttrande över ”Ambition och ansvar – Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder” (SOU 2006:100) samt ”Vård och stöd till psykiskt sjuka lagöverträdare” (SOU 2006:91)

Dnr 2221-06

Ärendebeskrivning

Socialdepartementet ger bl a Norrbottens läns landsting tillfälle att avge yttrande över Nationella psykiatrisamordningens betänkanden ”Ambition och ansvar – Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder” (SOU 2006:100) samt ”Vård och stöd till psykiskt sjuka lagöverträdare” (SOU 2006:91)

Yttrandet ska vara Socialdepartementet tillhanda senast den 20 april 2007.

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen avger följande yttrande:

Norrbottens läns landsting delar till övervägande del den Nationella psykiatrisamordningens analys av situationen inom psykiatrin i stort. Det innebär även att landstinget ställer sig bakom inriktningen av de förslag som samordningen lägger fram. Insatser riktade till barn och ungdom är enligt landstingets mening det som bör ges högsta prioritet.

När det gäller de fyra övergripande mål som samordningen föreslår har landstinget ingenting att invända mot målen i sig. Däremot anser landstinget att målen kunde vara mer konkret formulerade och att ambitionsnivån avseende tidpunkten att nå målen möjligen kan vara högre.

Samtidigt vill landstinget framhålla att de resurstillskott som psykiatrisamordningen föreslår som stöd för att nå målen är en absolut nödvändighet för att landsting och kommuner ska ha en realistisk möjlighet att nå målen. Om tidpunkten för att nå målen görs kortare är det samtidigt därför nödvändigt att öka de årliga insatserna avseende resurstillskottet.

Kap 4 Vård, stöd och service

Landstinget instämmer i utredningens konstaterande att en hög tillgänglighet och en god första bedömning är av stor vikt för en god och säker vård. Uppsökande verksamhet i form av mobila team och samordning av insatser genom patientansvarig läkare (PAL) är strategiska funktioner för att möta behoven hos personer med allvarlig psykisk sjukdom/funktionshinder. Det är angeläget att det finns motsvarande funktioner hos kommunerna för uppsö-

kande verksamhet respektive klientansvarig handläggare. Personliga Ombud är i detta sammanhang en god resurs.

Landstinget stödjer utredningens bedömning om vikten av tydliga rutiner inom hälso- och sjukvården för att tillgodose behovet av information och stöd till barn och syskon till personer med psykisk sjukdom. Ett förtydligande i hälso- och sjukvårdslagen skulle stärka barnperspektivet.

Landstinget instämmer i att hälso- och sjukvården ska ta sin del av ansvaret när det gäller missbruksbehandling. Detta ska dock ske i nära samarbete med socialtjänsten eftersom många personer med missbruk och beroende också har ett stort behov av socialt stöd utöver den medicinska behandlingen. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård bör införas i all hälso- och sjukvård och socialtjänst.

När det gäller sekundär prevention, att tidigt upptäcka individer med risk för att utveckla beroende och att ge tidiga behandlingsinsatser, har primärvården särskilda förutsättningar. Vårdcentralen möter ofta som första instans människor med alkohol- och drogproblematik. Det är viktigt med ett förebyggande riskbruksarbete på flera nivåer i vårdkedjan men också tydliga riktlinjer gällande omhändertagande vid nyupptäckt missbruk, både hos unga och äldre.

Att erbjuda personer med komplicerade vårdbehov p g a missbruk och psykisk sjukdom samtliga vård- och stödinsatser är centralt för att kunna uppnå goda effekter av behandlingen. Personer med denna dubbla problematik är en av de mest utsatta grupperna i samhället. Förutom det personliga lidandet som individerna utsätts för så utgör de även en resurskrävande grupp för samhället. Landstinget ställer sig bakom förslaget att en ansvarsgaranti införs för denna grupp. Hur denna ansvarsgaranti ska gestaltas med bland annat rimliga garantitider bör dock närmare utredas innan beslut fattas om utformning och innehåll.

Arbets sättet med case manager och samhällsbaserade teaminsatser visar på värdet av en sammanhållen vård och omsorg i nära samarbete mellan kommun och landsting utifrån individuella behov inom olika livsområden.

Personer med psykisk sjukdom och utvecklingsstörning är ytterligare en grupp där särskilt kvalificerade och anpassade utrednings- och behandlingsinsatser är angelägna. Om landstinget förväntas ta ett mer omfattande ansvar för detta är det ett absolut krav att det tillförs ekonomiska resurser från staten för detta ändamål.

Kapitel 6 Rehabilitering till aktivitet – meningsfull sysselsättning, rehabilitering och arbete

Landstinget instämmer i behovet av ökade kunskaper om genusaspekter. Detta gäller för rehabilitering, missbruksvård och övrig vård.

Kapitel 8 Barn och ungdomar

Landstinget välkomnar en sammanhållen modell för tidiga insatser till barn och ungdomar. Genom ett integrerat och förebyggande arbetssätt och förstärkning till basverksamheterna (mödra- och barnhälsovård, förskola, skola och elevhälsa) kan den specialiserade vården koncentrera sina insatser till de mest behövande barnen och familjerna. Skolhälsovårdens betydelse ska inte underskattas. Lokala program för insatser till barn och ungdomar kan vara ett sätt att tydliggöra vikten av fungerande vårdkedja. Förebyggande

insatser och en förstärkning av basverksamheten är grunden för vård- och behandlingsinsatser riktade till barn och ungdomar.

Primärvårdens insatser för att kunna utgöra första linjens sjukvård även för psykisk ohälsa behöver förstärkas och ansvarsgränserna mellan primärvård och specialistpsykiatri tydliggöras.

För att den föreslagna förstärkta vårdgarantin ska kunna genomföras fordras statliga resurstillskott.

Överenskommelser om konkreta samarbetsformer och tydliggörande av ansvar är viktigt inte minst ur ett patientperspektiv. Tydligare riktlinjer från nationell nivå skulle sannolikt underlätta lokala överenskommelser på olika nivåer.

Kapitel 9 Tvångsvård enligt LPT, LRV och LVM

Landstinget instämmer i behovet att se över LPT lagstiftningen liksom att öppenvård med särskilda villkor införs omgående.

Kapitel 10 Personalförsörjning

Landstinget instämmer i betänkandets konstaterande att personalen är avgörande för att arbetet inom psykiatriområdet ska fungera. Den regionala obalansen med den stora bristen på psykiatrer i norra regionen och i Norrbotten innebär stor risk för att den föreslagna utvecklingen inom psykiatrin inte kan komma till stånd annat än i mycket begränsad omfattning.

Landstinget konstaterar med beklagande att det i betänkandet saknas ett samlat grepp, en åtgärdsplan, för personalförsörjningen. Detta är inte bara en fråga för huvudmännen utan i högsta grad även en fråga för den statliga nivån.

Utbildningskvaliteten behöver höjas i de grundutbildningar som leder till arbeten inom vård, stöd och serviceverksamheter.

För att möta den ökande psykiska ohälsan i landet och den stora bristen på psykiatrer krävs insatser från såväl kommuner, landsting som nationell nivå.

Några konkreta förslag för att stärka psykiatrins ställning skulle kunna vara följande:

- utöka antalet psykiatriveckor under läkarnas grundutbildning
- läkarnas allmäntjänstgöring (AT) i psykiatri utökas till sex månader där tjänstgöring på beroendeenhet, barn- och ungdomspsykiatri och utbildning i kognitivt förhållningssätt ingår. AT kan vara upp till 24 månader och kan därför innehålla ett medicinhalvår, ett kirurghalvår, ett psykiatrihalvår och ett primärvårdshalvår
- regionerna får stimulansmedel för studierektor/studiesamordnare under tre år för att främja rekrytering och kvalitet för de läkare som går ST- utbildning i psykiatri
- ge uppdrag till Norra regionen att ha en försöksverksamhet med sex månaders randutbildning i psykiatri för blivande allmänläkare och sex månaders randutbildning i primärvård för blivande psykiatrer. Stimulansmedel bör utgå för att göra detta attraktivt.

Kapitel 12 Statlig styrning

Landstinget delar utredningens bedömning att det kan behövas en nationell strategi för det psykiatriska området. En nationell ”styråra” med övergripande strategi kan bidra till att området får fortsatt uppmärksamhet. Att samla regeringens insatser för ökad psykisk hälsa under ett politikerområde kan möjligen bidra till större genomslagskraft. Landstinget vill dock understryka att insatserna även framöver måste utgå från lokala och regionala förutsättningar och med beaktande av den kommunala självstyrelsen.

Kapitel 14 Huvudmannaskap, samverkan, samordning och ansvarsfördelning

Landstinget stödjer förslaget om tillägg i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen om skyldighet för landstinget och kommunen att upprätta individuella planer för att den enskilde ska få sina behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodosedda.

Begreppet individuell plan behöver förtydligas för att inte sammanblandas med andra snarlika begrepp i samband med vårdplanering.

Landstinget stödjer även förslaget att landsting och kommuner ska bli skyldiga att ingå överenskommelser om sitt samarbete kring personer med psykiska funktionshinder. Med gällande lagstiftning som grund kan ansvarsgränser mellan huvudmännen tydliggöras vilket är till gagn för den enskilde medborgaren. Tydliga nationella direktiv från nationell nivå beträffande vissa patientgrupper kan underlätta lokala samverkansöverenskommelser.

Primärvården har en viktig roll inte minst när det gäller de psykiskt funktionshindrades somatiska hälsa som är angeläget att särskilt uppmärksamma.

Kapitel 15 Sekretess, personuppgiftsbehandling och journalföring

Landstinget delar bedömningen att nuvarande sekretessbestämmelser i vissa situationer kan försvåra samarbetet kring svårt sjuka personer. Landstinget stödjer därför förslaget om införande av en särskild undantagsbestämmelse i sekretesslagen. Även förslaget om kompletterande bestämmelse i lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) är viktig för att kommunen ska kunna fullgöra sina skyldigheter.

Kapitel 16 Verksamhetsuppföljning, register och statistik

Landstinget instämmer i att det krävs kraftfulla åtgärder för att man på nationell, regional och lokal nivå ska kunna bedöma vårdens kostnader och resultat utifrån tillförlitliga individdata. Att begränsa uppgifterna till produktionsdata är inte tillräckligt utan vårdens effekter för den enskilde måste kunna tydliggöras. Socialstyrelsen har här ett särskilt ansvar för att driva på detta utvecklingsarbete.

Kapitel 17 Förslagets konsekvenser

Landstinget instämmer till fullo i betänkandets bedömning att genomförandet av de föreslagna intentionerna i hög grad beror på tillgången på personal med rätt kompetens. Det är därför något förvånande att utredningen valt att inte ta ett samlat grepp om frågor rörande personalförsörjningen.

Det föreslagna ekonomiska tillskottet utgör en förstärkning. Alla erfarenheter visar att det krävs en långsiktig strategi och en uthållig vilja för att åstadkomma varaktiga förändringar inom det psykiatriska området. Det är därför nödvändigt att de ekonomiska förstärkningarna fortsätter även efter den na-

tionella planens slutår 2015. Slutligen vill landstinget även påpeka att finansieringsprincipen inte är fullföljd i betänkandet. En rad av förslagen är, om de genomförs, inte finansierad. Landstinget utgår från att finansieringsprincipen tillämpas fullt ut i regeringens beredning av ärendet.

Beslut

Enligt beslutsförslaget.

§ 71

Yttrande över förslag till nationellt program för suicidprevention

Dnr 524-07

Ärendebeskrivning

Socialdepartementet har gett landstinget tillfälle att yttra sig över betänkandet.

Yttrandet ska vara departementet tillhanda senast den 11 maj 2007.

Programmets övergripande mål är att minska antalet suicid. Befolkningsinriktade och individinriktade strategier och åtgärder ska leda mot målet. I programmet formuleras nio olika strategier utan inbördes gradering:

- 1 Insatser som främjar goda livschanser för mindre gynnade grupper.
- 2 Minska alkoholkonsumtionen i befolkningen och i högriskgrupper för suicid.
- 3 Minskad tillgänglighet till medel och metoder för suicid.
- 4 Suicidprevention som hantering av psykologiska misstag.
- 5 Medicinska, psykologiska och psykosociala insatser.
- 6 Spridning av kunskap om evidensbaserade metoder för att minska suicid.
- 7 Kompetenshöjning av personal och andra nyckelpersoner i vård och omhändertagande av personer med suicidproblematik.
- 8 Händelseanalys i samband med Lex Maria-anmälningar.
- 9 Stöd till frivilligorganisationer.

Förslag till beslut

Följande yttrande avges:

Generellt sett ställer sig landstinget bakom förslaget som utgör en bra grund för det suicidpreventiva arbetet.

I den första strategin föreslås bl a att Skolverkets internetbaserade resultatsystem ska utvecklas för att främja ett systematiskt kvalitetsarbete i grundskolan. Landstinget anser att de elever som idag mår psykiskt dåligt, är deprimerade eller har det bekymmersamt socialt, inte uppmärksammas via t ex enkä-

ter eller något internetbaserat system. Lärarna uppmärksammar dessa elever genom att de har hög skolfrånvaro, sämre studieresultat och avvikande beteende. För att hjälpa denna grupp behövs mer resurser inom elevvården samt ett bättre samarbete mellan skola, socialtjänst och primärvård.

Landstinget håller med om att en nationell alkoholpolitik som reducerar alkoholkonsumtionen är en viktig suicidpreventiv åtgärd. Förslag som ökar tillgången på alkohol, t ex lägre skatter, högre tillgänglighet m m går stick i stäv mot programförslaget.

Läkemedelsförgiftning är den idag vanligaste metoden för självmord. Landstinget instämmer i förslaget om restriktioner vid förskrivning och försäljning av läkemedel som är potentiella vid suicid.

Beträffande de medicinska, psykologiska och psykosociala insatserna gäller det att identifiera de aktuella grupperna och ge dem en adekvat behandling. En majoritet av dessa personer kommer till primärvården. Utredningen föreslår att fler ska utbildas i psykoterapeutiska metoder. Det innebär att en specifik kompetenshöjning inom primärvården är angelägen.

Landstinget anser att förslaget att utbilda personal och andra nyckelpersoner i vård och omhändertagande av personer med suicidproblematik är nödvändig vilket i sig ställer krav på prioriteringar inom primärvården.

Inom landstinget pågår ett systematiskt förbättrings- och utvecklingsarbete som bl a innebär att händelseanalyser genomförs. I händelseanalysen ingår att återföra resultatet av den till berörd vårdpersonal.

Landstinget anser vidare att det är viktigt att tillgängliga resurser satsas så tidigt som möjligt inom BVC, förskolan och i skolan.

Utredningen bedömer att förslagen kan finansieras inom ramen för nuvarande resurser. Landstinget konstaterar att inga kostnadsberäkningar av förslagen har gjorts med undantag av stödet till frivilligorganisationerna. Landstinget utgår från att finansieringsprincipen tillämpas fullt ut när utredningens förslag genomförs.

Beslut

Enligt beslutsförslaget.

§ 72

Rekommendation om samordnad sjuktransportorganisation

Dnr 184-07

Ärendebeskrivning

Förbundsdirektionen i Norrlandstingens regionförbund beslutade 2005 att göra en översyn av sjuktransportorganisationen i regionen omfattande sjukresor samt väg- och luftburna sjuktransporter. Slutrapporten överlämnades till förbundsdirektionen i september 2006.

Landstingsstyrelsen beslöt 2006 (§ 112) att landstinget ska, om och när det bedöms ändamålsenligt, delta i samordnade upphandlingar för ambulanshelikopter, ambulansflyg, sjukresor alarmeringstjänst, ambulansfordon och ambulansentreprenörer inom regionen. Beträffande sjukresor beslöt styrelsen att landstinget ska verka för ett ökat nyttjande av kollektivtrafiken i syfte att säkerställa lösningar som är positiva ur ekonomisk, miljömässig, patient- och trafiksäkerhetssynpunkt.

Förbundsdirektionen beslöt den 6–7 december 2006 (§ 68) att beträffande alarmering och ambulanstransporter rekommendera regionlandstingen att:

- 1 Göra en gemensam upphandling av alarmeringstjänsten inom regionen så att ett nytt avtal kan börja gälla fr o m 2009.
- 2 Fullfölja arbetet med kravspecifikation så att upphandlingen kan påbörjas under år 2007.
- 3 Fortsätta utvecklingsinsatser för att utveckla samarbetsformerna mellan ambulans- och sjukreseverksamheten med syfte att finna former för att så kostnadseffektivt som möjligt genomföra sjuktransportuppdrag inom regionen.
- 4 Införa ett gemensamt regelverk för ambulanstransporter i regionen.
- 5 Pröva möjligheterna att genomföra ”övriga åtgärder” i det egna landstinget.
- 6 Genomföra åtgärder av planerings- och samordningskaraktär i det korta perspektivet.

Beträffande sjukresor rekommenderar förbundsdirektionen regionlandstingen att:

- 1 Samtliga beställningscentraler inom regionen ska arbeta i ett gemensamt datasystem för beställning och samordning av taxiresor (SAM 3001).
- 2 Göra en översyn av förutsättningarna för samordning av telefoni/kommunikation mellan beställningscentralerna.
- 3 Alla resor med taxi från en vårdinrättning ska beslutas och beställas av en vårdenhet.
- 4 Pröva möjligheterna att genomföra föreslagna åtgärder i det egna landstinget.
- 5 Införa ett gemensamt regelverk med avgifter och högkostnadsskydd för sjukresor i regionen enligt alternativ A/B fr o m 2008.

Förbundsdirektionen begär att respektive landsting prövar frågan om ett gemensamt regelverk för ställningstagande vid förbundsdirektionen 22–23 maj 2007.

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslås fatta följande beslut:

- Landstingsdirektören ges i uppdrag att verkställa tillämpliga delar av rekommendationen avseende alarmering och ambulanstransporter samt avseende sjukresor.

Landstingsstyrelsen föreslår fullmäktige att fatta följande beslut:

- Ett gemensamt regelverk för sjukresor, enligt punkt 5, med avgifter och högkostnadsskydd enligt alternativ B införs under 2008. Resor till och från barn- och ungdomspsykiatrisk vård ska vara fortsatt undantagna från egenavgifter.
 - Landstingsstyrelsen ges i uppdrag att besluta om tidpunkt för reglernas ikraftträdande.
- -

Yrkanden och propositionsordning

Kent Ögren (s) yrkar bifall till styrelsens förslag samt att första punkten i beslutsförslaget till fullmäktige justeras till följande lydelse:

- Ett gemensamt regelverk för sjukresor, enligt punkt 5, med avgifter och högkostnadsskydd enligt alternativ B införs under 2008. Resor till och från barn- och ungdomspsykiatrisk vård *samt barnhabilitering* ska vara fortsatt undantagna från egenavgifter

Propositionsordning

Ordföranden ställer proposition på styrelsens förslag med den föreslagna justeringen och finner att den antas.

-

Beslut

Enligt styrelsens förslag med den föreslagna justeringen.

§ 73

Uppföljning av överenskommelser avseende primärvård, äldrevård och psykiatri

Dnr 966-07

Ärendebeskrivning

I oktober 2006 lämnade Socialstyrelsen en delrapport till regeringen om uppföljning av landstingens arbete för att nå målsättningarna i överenskommelserna om en fortsatt satsning för utveckling av primärvård, äldrevård och psykiatri. Uppföljningen av överenskommelserna går under 2007 in i sitt slutskede. Socialstyrelsen skall lämna slutrapport till regeringen i februari 2008.

Socialstyrelsen har efter förslag på möte med kontaktpersoner hösten 2006 och efter samråd med Sveriges Kommuner och Landsting beslutat om en samlad redovisning från landstingen till Socialstyrelsen senast den 1 maj 2007. I samråd med Sveriges Kommuner och Landsting planerar Socialstyrelsen dessutom att genomföra ett möte med kontaktpersonerna under hösten 2007. Syftet med mötet är information om preliminära slutsatser i Socialstyrelsens slutrapport och diskussion som underlag till den samlade bedömningen av utvecklingsinsatserna. Socialstyrelsen önskar att landstinget i sin lokala uppföljning redovisar såväl utvecklingen under år 2006 som beslutade och påbörjade insatser under 2007. Socialstyrelsen vill samtidigt informera om att regeringens satsning på psykiatri och socialtjänst för personer med psykisk sjukdom och/eller psykiskt funktionshinder (Miltonsatsningen) kommer att följas upp i särskild ordning av Socialstyrelsen våren 2007.

Förslag till beslut

Följande rapport lämnas till Socialstyrelsen:

Landstingets strategi för nationella handlingsplanen

Redan innan den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården lades fast hade landstinget beslutat om en inriktning som till stora delar överensstämde med intentionerna i handlingsplanen. Det var därför naturligt för landstinget att inordna innehållet i handlingsplanen i den ordinarie verksamhetsplaneringen.

Inriktningen att stärka de i handlingsplanen angivna områdena och de områden som de nu aktuella överenskommelserna omfattar ligger fast. Denna inriktning har också kompletterats med övergripande mål för utveckling av hälso- och sjukvården som ytterligare stödjer förutsättningarna att förbättra måloppfyllelsen inom områdena primärvård, äldrevård och psykisk hälsa. Landstingets övergripande mål för hälso- och sjukvården är att den ur ett medborgar- och patientperspektiv ska kännetecknas av att vara:

- Tillgänglig.
- Säker.
- Kvalitativt likvärdig.
- Evidensbaserad.
- Effektiv.
- Jämställd.

Strategin för att nå dessa mål är att bedriva ett systematiskt, kunskapsbaserat och uthålligt förbättringsarbete inom hälso- och sjukvårdens samtliga områden. Genom denna strategi säkerställs långsiktigt hållbara resultat i ett tydligt patientperspektiv.

I det följande redovisar landstinget svar på de konkreta frågor som Socialstyrelsen riktat avseende uppföljning av överenskommelserna avseende primärvård, äldrevård och psykiatri.

Primärvård 2006

Tillgänglighet och kontinuitet

Vårdgarantin kan enklast sammanfattas med siffrorna 0-7-90-90 (0 och 7 är primärvårdens ansvar). Samma dag som patienten söker hjälp ska denne få kontakt med vårdcentralen (0). Behöver patienten träffa en läkare på vårdcentralen eller husläkarmottagningen ska patienten få göra det inom sju dagar (7).

Landstinget har varje månad under 2006 följt samtliga vårdcentralers resultat vad gäller telefontillgänglighet. Resultaten på de utförda mätningarna är mycket goda vilket också visar sig i de nationella mätningar som utförs på uppdrag av Sveriges Kommuner och Landsting två gånger per år.

För att öka telefontillgängligheten har primärvården kontinuerligt förbättrat sitt automatiserade talsvar. Automatiserat talsvar är en webbaserad tjänst som besvarar alla inkommande samtal och automatiskt bokar en tid då mottagningens personal ringer tillbaka. Följden av detta har inneburit att patienten inte längre möts av en upptagetton i luren samtidigt som mottagningspersonalen fått en bättre arbetsmiljö. Automatiserat talsvar har installerats vid 30 av 33 vårdcentraler. Analyser av de tekniska mätningar som genomfördes under mars och oktober månad 2006 visar att telefontillgängligheten är god. Närmare 97 procent av inkommande telefoni till vårdcentralerna besvaras. I Vårdbarometern får Norrbottens primärvård ett mycket bra betyg. Telefontillgängligheten har förbättrats de senaste åren samtidigt som allt färre anser sig ha haft svårigheter att komma fram per telefon. Hösten 2006 anser närmare 80 procent av dem som ringt till vårdcentralerna att det varit lätt att komma fram per telefon. Detta är ett av de bästa resultaten bland deltagande landsting. Vårdcentralerna i Arjeplog, Hortlax och Vittangi har inte automatiserat talsvar, men manuella mätningar visar på en mycket god telefontillgänglighet.

Läkartillgängligheten inom länet är god. Den mätning som gjordes i oktober 2006 visar att mer än hälften av alla patienter, 69 procent, som kontaktat sin vårdcentral får träffa läkare samma dag. För hela riket är samma siffra 65 procent. Mätningen visar också att 91 procent av patienterna i Norrbotten (87 procent i riket) får träffa läkare inom sju dagar. I en nationell jämförelse hamnar Norrbotten på andra plats.

För att kunna ge norrbottningar möjlighet att själva välja en fast läkarkontakt har landstinget beslutat att det listningssystem, FOLKE, som används i Västernorrland och Jämtland ska testas i länet. Sedan det beslutet togs har det visat sig att hanteringen av befolkningsregister inom landstinget måste utredas först. I dag saknar landstinget den nödvändiga kopplingen till hela riket (RTB, registret över totalbefolkningen) vilket är ett måste för listningsfunktionen. IT-avdelningen har fått i uppdrag att utreda frågan om befolkningsregistret för att landstinget så snart som möjligt ska kunna ta ett beslut i frågan. Målsättningen är att ett par vårdcentraler har aktiv listning innan utgången av 2007.

För att primärvården ska ha rimliga möjligheter att ta emot patienter som väljer en vårdcentral/mottagning utan att tillhöra upptagningsområdet har en ny budgetfördelningsmodell tagits fram inom landstinget. Ett projekt med bred förankring i verksamheten tillsattes för att komma till rätta med skillnaderna och för att förverkliga primärvårdens mål enligt den nationella hand-

lingsplanen. Modellen består av parametrarna basåtagande (basal primärvård), tilläggsåtaganden (t ex obs-platser, ambulansverksamhet, röntgenverksamhet m m), anslag och centrala åtaganden. Medel för basåtagandet/basal primärvård fördelas genom att äldre personers besök ges en högre viktningfaktor jämfört med yngre. Modellen tar även hänsyn till patientöverströmningar mellan vårdcentralernas upptagningsområden. De ersättningsnivåer som gäller är 500 kr för ett läkarbesök och 300 kr för ett sjukskötebesök. Modellen syftar till att skapa en rättvist fördelad budget, tydliggöra uppdrag, bidra till att skapa frihet avseende verksamhetsupplägg samt ge underlag för god uppföljning av verksamhet och ekonomi.

Läkartäthet

Läkartätheten 2006 är jämförbar med siffrorna för 2005. Siffror för 2006 visar att antalet allmänläkare uppgår till 154 i Norrbotten. Antalet invånare per allmänläkare uppgår till 1636 vilket kan jämföras med riksgenomsnittet på 1840. Norrbotten tillhör, tillsammans med Gävleborg och Västerbotten, det län som har flest allmänläkare per invånare. En viktig förklaring är att glesbygden kräver särskilda lösningar. Primärvården måste ha dygnetruntöppet där det är långt till sjukhus. På sikt är målet att Norrbotten ska ha en läkare per 1500 invånare.

En aktiv och medveten satsning på rekrytering av ST-läkare i allmänmedicin har resulterat i att landstinget vid årsskiftet 2006/2007 hade 52 ST-läkare inom primärvården och 13 läkare i provanställning med planerad ST-anställning under våren 2007. Flera läkare är rekryterade utomlands. Primärvården upplever möjligheten att rekrytera ST-läkare inom allmänmedicin som något bättre jämfört med föregående år. Det problem som fortfarande kvarstår (samma läge) är svårigheter med att rekrytera färdiga specialister inom allmänmedicin. Landstinget köper fortfarande en del tjänster från bemanningsföretag och läget bedöms vara detsamma som för år 2005.

Förändrad sjukvårdsstruktur

Under 2006 har en ny ledningsorganisation skapats inom primärvården. Fyra regionchefer har rekryterats med ansvar att hålla samman primärvården. Varje regionchef har ansvar för ett geografiskt område som innehåller två till fem kommuner. Regioncheferna är divisionschefens förlängda arm och har ett samlat ansvar för samverkan med sjukhusen och kommunerna i området. Till detta har kopplats en central divisionsövergripande chefläkare samt fyra regionala chefläkare som ska bistå ledningen med medicinsk expertis samt driva förbättrings- och patientsäkerhetsarbete. Primärvårdens samverkan med såväl den specialiserade vården som den kommunala hälso- och sjukvården ska förbättras med patientens behov i centrum under de kommande åren. Huvudsyftet med tillkomsten av regionchefsorganisationen 2006 är att skapa aktiva arenor för samspel och konstruktiv dialog mellan primärvård, kommuner och specialiserad vård. Detta arbete kommer att utvecklas under 2007.

För att förbättra patientflödet mellan vårdgivarna planeras under perioden fler genombrottsprojekt för bättre vårdprocesser.

Arbetet för att ytterligare stärka samverkan mellan landstinget och kommunerna blir allt tydligare. Samverkan mellan huvudmännen har utvecklats kontinuerligt under 2005 och 2006 och en länsstyrgrupp har bildats för att ytterligare höja nivån på de gemensamma samverkansansträngningarna.

Samtidigt har division Primärvård anställt en projektledare som på heltid ska arbeta med samverkan mellan landstinget och kommunerna. Länsstyrgruppen består av hälso- och sjukvårdens divisionschefer samt ett antal socialchefer från den kommunala verksamheten. Gruppen träffar länets samtliga socialchefer två gånger per år. Länsstyrgruppen träffas en gång per månad och dess fokusområden är:

- Insatser för barn- och ungdom.
- Gemensamma genombrott (främst för utveckling av den nära sjukvården och samspelet kommun-primärvård-sjukhusvård).
- Utveckling av psykisk hälsa.
- Gemensamma utvecklingsprojekt (i nuläget strokevård och palliativ vård).
- Hemmet som vårdarena.

Primärvård 2007

Landstinget kommer under 2007 att fortsätta arbetet med att ge norrbottningarna en tillgänglig, säker, evidensbaserad, kvalitativt likvärdig, effektiv och jämställd vård.

Under 2007 fortsätter förberedelser för ett eventuellt överförande av hemsjukvården från landstinget till kommunerna. Landstinget har tillskrivit alla 14 kommunstyrelseordföranden i Norrbotten och frågat hur de ställer sig till ett kommunalt huvudmannaskap för hemsjukvården i länet. Samtliga kommuner har nu lämnat sina svar. För att inte tappa viktig förberedelsetid fortsätter arbetet med att kartlägga förutsättningarna för ett eventuellt överförande av hemsjukvården enligt tidigare fastställd plan.

Arbetet med att stimulera förbättrings- och utvecklingsarbetet inom landstinget och kommunerna inom ramen för "Stimulansmedel 2007" har inletts. Landstinget har påbörjat ett samarbete med kommunernas representanter för att ta fram gemensamma utvecklingsområden där samverkan ses som en avgörande faktor för ett väl genomfört projekt med god genomslagskraft. Främst handlar det om att identifiera och besluta vilka områden som är aktuella för gemensamma projekt kopplat till stimulansmedlen. Samtidigt pågår en översyn av vilka idéer och förslag som behöver ekonomisk stöttning för att kunna genomföras. Handläggnings- och beslutsprocess börjar ta form och snart kommer en första återkoppling att ske vilket innebär att divisionscheferna kommer att få ta del av de förslag som inkommit. Utifrån förslagen kommer sedan att tas ett gemensamt beslut om vilka prioriteringar som ska gälla.

För att stimulera utvecklingen av FoU inom primärvården fortsätter landstinget även under 2007 att ge ekonomiskt stöd till de primärvårdsläkare som väljer att läsa 20-poängskurser i forskningsmetodik arrangerade av allmänmedicinska enheten vid Umeå universitet. Landstingsanställda erbjuds också 10-poängskurser i forskningsmetodik arrangerade av landstingets FoU-enhet i samverkan med Umeå universitet. Ett kliniskt lektorat i allmänmedicin knutet till Umeå universitet och finansierat av landstinget finns sedan ett antal år. Projektmedel för FoU-projekt kan sökas två gånger per år från landstingets interna FoU-anslag, där projekt från primärvården är särskilt priorite-

rade. Medel kan också sökas från norrlandstingens regionförbund ("Visare Norr").

Vård och omsorg om äldre 2006

Samverkan för vård på rätt vårdnivå

Övergången mellan olika vårdnivåer och vårdgivare är en sårbar del i vårdprocessen och således ett område som landstinget måste arbeta aktivt med för att ständigt förbättra.

Med anledning av ändringarna i lagen om kommunernas betalningsansvar för utskrivningsklara patienter som trädde i kraft den 1 juli 2003 har landstinget och länets kommuner tagit fram gemensamma rutiner för samordnad vårdplanering och informationsöverföring. IT-stödet Meddix SVP (Samordnad Vård Planering) är ett gemensamt verktyg som landstinget och kommunerna nyttjar för att skicka information och upprätta vårdplaner. Verktøyets tillkomst innebär för patienten en obruten vårdkedja och för huvudmännen en effektivisering av arbetet genom att vårdplaneringar kan ske på distans vilket är mycket resursbesparande för ett län med stora geografiska avstånd. Verktøyet Meddix har vidareutvecklats under 2006 och på Sunderby sjukhus har bildats en styrgrupp och en arbetsgrupp i syfte att ytterligare förstärka samverkan mellan vårdgivarna. För att ytterligare förbättra samarbetet med primärvården diskuteras att en distriktssjukköterska blir placerad på Sunderby sjukhus. Sedan ett par år tillbaka finns biståndshandläggare från Luleå och Boden placerade på sjukhuset för att vårdplaneringarna skall kunna genomföras så smidigt som möjligt.

Viktiga aktörer för framtida samverkan mellan kommunerna, slutenvården och primärvården är som tidigare nämnts de fyra regioncheferna som har ett särskilt ansvar för samverkansfrågor mellan vårdgivarna. Förutom samverkan på tjänstemannanivå har också det politiska samarbetet som tidigare initierats fortsatt att utvecklas under föregående år. Ett antal årliga överläggningarna bidrar till att bevara och fördjupa samarbetet mellan politikerna på kommunal- respektive landstingsnivå. Utöver detta hålls lokala möten mellan landstingsledningen och ordförandena i länets socialnämnder. Till grund för detta arbete finns överenskommelser mellan landstinget och Kommunförbundet Norrbotten som anger syfte och innehåll för samverkan mellan parterna.

Ett antal insatser har genomförts på olika nivåer under 2006, t ex genombrottsprojekt, händelseanalys, dialog på olika ledningsnivåer etc. Under året avslutades "Genombrott – Bättre vård i livets slutskede", där ungefär hälften av de 18 deltagande teamen arbetade för tryggare vårdssamarbete mellan olika aktörer. Under våren startade "Genombrott - Livlina för äldre" som genomförs i samverkan mellan landstingets slutenvård, primärvården och kommunernas socialtjänst. Fem team från olika delar av länet deltar och ett viktigt mål inom genombrottsprojektet är att förbättra den samordnade vårdplaneringen vid in- och utskrivning från slutenvården. Vårdplanen ska upprättas, vara känd och följas upp kontinuerligt i samarbete mellan de olika aktörerna. Projektet avslutas i maj 2007.

För att följa upp hur samverkan fungerar mellan de olika vårdgivarna inom länet redovisas samtliga avvikelser som görs på landstingsnivå. Landstinget saknar emellertid datastöd för avvikelshantering vilket gör sammanställningarna arbetskrävande. Under 2007 kommer en förbättrad rutin och data-

stöd att finnas vilket förenklar sammanställningarna. 2006 års sammanställning visar på totalt 423 avvikelser inom området informationsöverföring, samverkan och kommunikation i vårdprocessen internt samt mellan olika vårdgivare. Avvikelseerna inom divisionerna fördelades enligt följande; Opererande specialiteter 140, primärvård 142, medicinska specialiteter 71, diagnostik 37, vuxenpsykiatri 21 och folktandvård 12. De flesta avvikelserna gäller vårdprocesser internt inom landstinget, men avvikelser mellan huvudmännen förekommer också. Med den nya klassificeringen av avvikelser underlättas den fortsatta uppföljningen inom området. I ”Genombrott – Livlina för äldre” har ett antal team följt upp hur många patienter som har en mellan huvudmännen gemensam vårdplan. I flera fall saknades en aktuell vårdplan, men förbättringsarbetet har resulterat i en ökning av antalet vårdplanerade patienter.

Läkarmedverkan i kommunerna

Riktade insatser för att förbättra läkarmedverkan i kommunerna har inte gjorts under 2006. En aktiv och medveten satsning pågår dock för att säkerställa att läkarmedverkan inom primärvården är god. Rekryteringsinsatser pågår ständigt, såväl nationellt som internationellt. Utlandsrekryteringen bidrar starkt till att förbättra läkartätheten inom länet, men det är för tidigt att se tydliga effekter av de senaste åtgärderna. Fler yngre läkare efterfrågar ST-tjänster inom primärvården vilket också resulterat i fler nyrekryteringar. I takt med att bemanningsläget inom primärvård förbättras ska även läkarmedverkan inom kommunerna förbättras.

Ingen särskild uppföljning är gjord på området.

Vård och omsorg om äldre 2007

Samverkan för vård på rätt vårdnivå

Under 2007 kommer ”Genombrott – Livlina för äldre” att avslutas och följas av ett spridningsarbete över länet i form av ”vårdplanerings-workshops”. Eventuellt kommer ett nytt genombrottsprojekt att inledas under hösten.

Under året kommer landstingets rutiner för samverkan vid vårdplanering att ses över och en utbildning i rutinerna samt verktyget Meddix SVP kommer att genomföras under hösten.

Inom ramen för de stimulansbidrag som tilldelats 2006 pågår följande insatser; implementering av behandlingsöverenskommelse för strokevård, förbättringsarbete för omhändertagande av äldre personer på länets akutmottagningar, översyn av patientflöde mellan särskilt boende och akutmottagningar, förbättrad patientinformationsdelning (journaler) mellan särskilt boende och primärvårdsläkare samt multiprofessionella läkemedelsgenomgångar (allmänläkare, sjuksköterska och farmaceut). Ansökan för stimulansbidrag 2007 processas just nu. Fortsättning av ovan nämnda insatser blir då aktuella samt förebyggande arbete med särskilt fokus på fallskade-prevention. Ytterligare områden kan även tillkomma.

Läkarmedverkan i kommunerna

Bemanningsläget för anställning av läkare har, som tidigare nämnts, förbättrats under senare tid vilket också kommer att resultera i ökad läkartäthet inom den kommunala verksamheten. Avtal som rör läkarmedverkan i kommunerna har nyligen tecknats mellan primärvården och kommunerna i Norr-

botten enligt hälso- och sjukvårdslagen. Implementering och uppföljning kommer att ske under året.

Psykisk ohälsa 2006

Arbetet för att primärvården ska utveckla sina insatser för att möta personer med psykisk ohälsa har under 2006 förstärkts och fördjupats. Beteendevetarna som sedan 2004 finns anställda vid flertalet vårdcentraler i länet möter dels egna patienter och men utgör också kompetensstöd till övrig personal.

Vuxenpsykiatrien rapporterar att de vårdcentraler som har tillgång till beteendevetenskaplig kompetens innebär en god avlastning och att ”rätt” patienter remitteras till specialistpsykiatrien. När det gäller patienter med depressionsjukdomar har ett särskilt vårdprogram arbetats fram under 2006 som tydliggör primärvårdens respektive vuxenpsykiatriens ansvarsområden.

Vuxenpsykiatrien har i samarbete med barn- och ungdomspsykiatrien och primärvården utifrån SBU:s slutsatser rörande ”Behandling av ångestsyndrom” påbörjat ett utvecklingsarbete för patienter med ångestproblematik.

Barn och ungdomar med psykiska problem

2006 med fortsättning under 2007

Inom länet tas samtliga patienter inom barn- och ungdomspsykiatrien omhand inom vårdgarantins ram. Tillgänglighetsprojektets arbetssätt används fortfarande. Resultatet vad gäller väntetider till första mottagande gäller fortfarande, vilket betyder att patienter inte behöver ställas på väntelista för ett första mottagningsbesök. Patienten får istället en tid direkt när de ringer efter diskussion om akutsituation och angelägenhetsgrad. Tiden varierar mellan 0 dagar och upp till 4-6 veckor.

En tydlig förändring har skett under 2006 (vilken även gäller nu i början av 2007) och det är att väntelistan för barnpsykiatriska och neuropsykiatriska utredningar har ökat både till antal och längden på väntetiden. Antalet utredningar ligger nu på ca 30 och väntetiden uppgår till ca nio månader. En annan förändring som har skett under 2006 är att patienter som behöver längre och intensivare behandlingskontakt ibland får en glesare kontakt än vad som är önskvärt. Det finns två möjliga förklaringar till detta. Den ena är att det är brister på basnivån (skola, BVC etc). Följden av detta blir att fler barn och ungdomar hinner utveckla psykiatriska problem som sannolikt hade kunnat förhindras med insatser i ett tidigare skede på basnivån. Det andra problemet innebär att barnpsykiatrien har resursbrist och behöver förstärkas. Viktigt för att jämföra resurser för likadana verksamheter är att samtidigt titta på både bas- och specialistnivå innan förklaring kan ges eftersom de är avhängiga varandra.

De tre projekt landstinget haft under 2005-2006 i form av Milton-projekt har avslutats och införlivats i den ordinarie verksamheten. Projekten har dock fått ytterligare en viss summa pengar för att fortsätta med implementering, utbildning och informationsspridning under 2007. De tre projekten är:

- Två projekt inom området ”Barn till psykiskt sjuka föräldrar” – samarbete PBU, vuxenpsykiatrien och socialtjänsten kring barn till psykiskt sjuka i både Luleå och Boden.
- Ett projekt inom området ”Funktionell familjeterapi” (FFT) – samarbete PBU Luleå och socialtjänsten (SYNC) Luleå kring stökiga ungdomar.

"Unga vuxna" är ett samarbetsprojekt mellan PBU, vuxenpsykiatri och primärvården i Luleå och Boden för ungdomar mellan 16-25 år. Även skolan, socialtjänsten och Luleå Tekniska Universitet deltar. "Mötesplatsen" (kontinuerliga tider för konsultation med PBU och vuxenpsykiatri) är nedlagd då behovet varit litet under 2006, men den övergripande samverkansgruppen finns kvar under 2007. Diskussionen om "Unga vuxna" fortsätter och ett nytt möte är inplanerat.

"Barn i vårdnadskonflikt" är ett samarbetsprojekt mellan PBU och familjerätten i Luleå. Projektet skulle ha påbörjats under 2006 men på grund av sjukdom har starten förskjutits till 2007.

En samverkansgrupp mellan politiker inom landstinget och Luleå kommun, verksamhetsansvariga för PBU och socialtjänsten i Luleå, polisen, Röda Korset och lokala samverkansgruppen i Luleå startade under 2006 och fortsätter under 2007. På samverkansgruppens bord ligger att diskutera förbättringar av utredningsförfarandet vid sexuella övergrepp och misshandel utifrån "barnahustanken". Ambitionen är att starta en gemensam utredningsenhet för denna grupp barn. I Luleå finns sedan tidigare en lokal samverkansgrupp för handläggning av misstänkta sexuella övergrepp och misshandel där representanter från PBU, socialtjänsten, barnmedicin och polisen deltar vid regelbundna träffar.

En samverkansgrupp har under 2006 påbörjat ett arbete med att genomföra en översyn av vård och behandlingsinsatser för barn och ungdomar med psykosocial ohälsa. Gruppen består av representanter från landstinget och kommunerna. Det övergripande målet för översynen är att utarbeta underlag för beslut i syfte att verka för en sammanhållen vård och behandling inom länet för barn och ungdomar med psykosociala problem. Arbetet fortsätter under 2007.

Under föregående år har landstinget inte arbetat specifikt med gruppen barn och ungdomar med psykiska problem och samtidigt missbruk. Inget speciellt vårdprogram har utarbetats för dessa. Samarbetet PBU/BUP och socialtjänsten pågår trots det för fullt både på chefsnivå och på behandlingsnivå i form av bl a nätverksarbete, konferenser, utbildning osv. Samarbetet mellan landsting och kommuner inom området fungerar bra.

Psykiskt funktionshindrade

Det gemensamma arbetet, mellan landstinget och länets samtliga kommuner, riktat till psykiskt funktionshindrade inom ramen för den Nationella psykiatrisamordningen har fördjupats och utvecklats ytterligare under 2006.

Patienter med komplexa vårdbehov

Vuxenpsykiatri har tillsammans med primärvården och Luleå och Bodens kommuner valts ut av Sveriges Kommuner och Landsting och Nationell psykiatrisamordning som ett av tre områden i landet för metodutveckling i arbetet med personer med psykisk sjukdom/störning och samtidigt missbruk.

Aktuell kunskap visar att det finns evidens för att missbruk och psykisk störning ska behandlas samtidigt för att ge effekt. Det finns i dag inget stöd för ett förhållningssätt där ett av problemen måste vara behandlat innan nästa kan åtgärdas. Lokala samverkanssteam med case-managers funktioner har visat sig vara en bra metod för att möta målgruppens behov. Teamet består av personal från både psykiatri och socialtjänst som utifrån ett individuellt

ansvar för patienten samordnar tillgängliga lokala resurser och samtidiga insatser.

Arbetsmetoderna har utvecklats med stöd av nationella utbildnings- och handledningsinsatser. Distansutbildning har genomförts i regi av Växjö universitet, handledning och samlade utbildningsinsatser genom Tom Palmstierna, Beroendecentrum Stockholms läns landsting. Hela metodutvecklingen har hållits ihop av Sveriges Kommuner och Landsting.

Under 2006 har identifiering och urval av patienter gjorts och konkreta stöd- och behandlingsinsatser har initierats i samarbete mellan landstinget och kommunerna. Totalt har cirka 120 patienter i upptagningsområdet bedömts ha detta komplexa vårdbehov. Hittills har ett 30-tal av dessa fått det särskilda stöd som en case-manager kan erbjuda. Erfarenheterna är mycket positiva och de nya arbetsmetoderna kommer att integreras inom ordinarie verksamheter under 2007.

Insatser inom ramen för Nationell psykiatrisamordning

Förutom ovan nämnda metodutveckling har det i länet under 2005–2006 bedrivits samlade insatser för att förbättra livssituationen för människor med allvarlig psykisk sjukdom och/eller psykiska funktionshinder. I samverkan har representanter för psykiatri, primärvård och kommuner prioriterat 14 lokala projekt. Områden som särskilt uppmärksammats är:

- Gemensamma och samtidiga insatser för personer med komplexa vårdbehov pga psykisk sjukdom/funktionshinder och samtidigt missbruk.
- Gemensamma utbildningsinsatser för att öka samsyn/värdegrund hos aktörerna som möter personer med psykisk sjukdom/funktionshinder,
- Insatser riktade till barn till psykiskt sjuka,
- Unga vuxna – tidiga och samlade insatser för att undvika att psykisk sjukdom/funktionshinder utvecklas,
- Vuxna med neuropsykiatriska funktionshinder – kartläggning och utarbetande av förslag till utrednings- och stödverksamhet.

Arbetet går nu in i ett skede där samlade erfarenheter, och i vissa fall utvecklade metoder och arbetssätt, integreras i det ordinarie arbetet. En samlad utvärdering av aktiviteterna inom ramen för Nationell psykiatrisamordning i länet kommer att genomföras av Luleå Tekniska Universitet och FoU Norrbotten.

Det är angeläget att nära följa och utveckla insatserna i enlighet med de nationella intentionerna. Det gemensamma ansvaret mellan landsting och kommuner ställer ökade krav på tydliga avtal mellan parterna.

Som ett led i det fortsatta arbetet genomfördes den 27 februari i år den tredje länskonferensen, ”Kunskap, öppenhet och inflytande – nyckeln till ett bättre liv”. Konferensen syftar till samverkan kring människor med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Särskild uppmärksamhet ägnades åt den Nationella psykiatrisamordningens slutbetänkande, Socialstyrelsens nationella utvecklingsstöd och frågan om hur patienters och närståendes erfarenheter kan tas till vara för att utveckla vården och omsorgen. Avrapportering av arbetet sker löpande till länsstyrgruppen och landstingsstyrelsen.

Under 2008 kommer ytterligare en länskonferens att genomföras i samarbete mellan landstinget och Kommunförbundet Norrbotten. Inriktningen kommer då att vara att redovisa vilka effekter som de lokala projekten haft med särskilt fokus på patienterna/klienterna.

Ytterligare insatser riktade till människor med psykiska funktionshinder Förutom ovanstående genomförda aktiviteter inom ramen för Nationell psykiatrisamordning kan följande särskilda insatser inom vuxenpsykiatri nämnas:

- Nyanställning av personal har genomförts under 2006. Arbetsterapeuter, socionomer och psykologer har anställts för att bemanna teamen med mer anpassad kompetens samt att förebygga att det blir ett stort "glapp" när många medarbetare om några år går i pension.
- Gruppbehandlingar har startats i ämnen som sundare liv och kost och motion.
- Särskild uppföljning av patienter som medicineras med Leponex och Zyprexa eftersom den patientgruppen löper stor risk att få metabola syndrom. Denna uppföljning är knuten till ett forskningsprojekt.
- Läkemedelsassisterad beroendebehandling med Subutex har startats i samarbete med kommuner.
- I samarbete med kommuner har kartläggning gjorts av rättspsykiatrisk patienters behov av boendestöd vid utslussning.
- Ett gott samarbete finns med primärvården när det gäller förbättring av den somatiska hälsan för psykiskt funktionshindrade.

Äldre med psykiatriska vårdbehov

För äldre personer med schizofreni och affektiva sjukdomar görs särskilda insatser för att förhindra återfall. Detta sker bl a genom att strukturerat och regelbundet följa upp patienten via telefon, samtal och hembesök. Även för dessa patienter sker ett nära samarbete med primärvården.

Psykisk ohälsa 2007

När det gäller barn och ungdomar med psykiska problem så kommer en del nya projekt att inledas under 2007. Diskussion påbörjades i länsrådet 2007 om utredningsförfarandet vid de olika barnpsykiatriska enheterna vad gäller barnpsykiatriska utredningar. Anledningen var att ta del av varandras erfarenheter och lära oss av varandra eftersom utredningsförfarandet ser olika ut i länet varav en del har väntelistor medan andra inte.

Förändrat och förbättrat arbetssätt för den stora patientgrupp som framförallt innehåller tonårsflickor som skär sig har påbörjats under 2007 både på PBU och avd 45. Sex personer, fyra från PBU och två från avd 45, genomgår en DBT-utbildning under 2007, vilken är en väl utprovad och evidensbaserad metod för denna symtomgrupp. Utbildning inom området kommer också att ske för socialtjänstens personal.

Medel för två personer att gå steg-1 Kognitiv terapi/KBT har beslutats och utbildningen startar till hösten. Denna terapiform är också evidensbaserad för att användas på en stor grupp av patienterna.

Ambitionen och andan i Miltondokumentet, SOU 2006:100, är god och landstinget ser fram emot kommande beslut. En viss oro finns för att barnpsykiatrins målgrupp eventuellt kommer att utvidgas så att åldern blir 0-20 år i stället för 0-18 år. Ändras målgruppen så kan detta skapa ytterligare resursbrist och längre utredningstider inom barn- och ungdomspsykiatri i länet.

Inom området vuxenpsykiatri fortsätter arbetet under 2007 med att utveckla metoder och samverkansytor i förhållande till framförallt kommunerna inom ramen för den Nationella psykiatrisamordningen. Inga större projekt är under planering i dagsläget utan det handlar mycket om att ta till vara de nyvunna erfarenheterna i den ordinarie verksamheten.

Inom vuxenpsykiatri pågår ständigt kompetensutveckling för personalen för att möta befolkningens behov av specialistpsykiatri. En särskild arbetsgrupp (FURU- gruppen) har bildats för att integrera divisionens behov av Forskning – Utveckling – Rekrytering – Utbildning. Efter arbetet med nulägesanalys och beskrivning av behovet kommer en handlings- och åtgärdsplan att upprättas under 2007.

Arbetet med att dokumentera behandlingsinsatserna i de befintliga psykiatriska kvalitetsregistren kommer att intensifieras under 2007. Syftet är att möjliggöra egen kvalitetsuppföljning samt göra nationella jämförelser.

Samlade insatser ska också göras för att utveckla samarbetet med företrädare för brukare och närstående.

Samlad bedömning 2005-2007

Inom landstinget har arbetet med att förbättra tillgängligheten inom såväl primärvård som specialiserad vård gett resultat. Telefontillgängligheten samt möjligheten att få träffa läkare inom sju dagar har förbättrats sedan 2005. Senaste primärvårdsmätningen i oktober 2006 visar att Norrbotten kan erbjuda en tillgänglig vård för de patienter som telefonledes söker kontakt med vårdcentralen. Undersökningar visar också att möjligheten att få träffa läkare inom sju dagar har förbättrats de senaste åren och nu är mycket god.

Norrbotten har fram tills nu inte direkt prioriterat frågan om att erbjuda medborgarna i länet en fast läkarkontakt. Under 2007 kommer dock frågan att tas omhand på ett tydligare sätt och innan årets slut är målsättningen att åtminstone ett par vårdcentraler kan erbjuda aktiv listning. Intentionerna i överenskommelserna som rör primärvården tar också upp möjligheten för medborgare att välja vårdcentral/mottagning utan att tillhöra upptagningsområdet. Landstinget har utvecklat incitament i form av en ny budgetfördelningsmodell som skapar möjlighet för vårdcentraler att ta sig an patienter som inte tillhör det geografiska upptagningsområdet.

Möjligheterna att rekrytera allmänläkare har inte förändrats mycket under de senaste åren även om Norrbotten kan se en viss förbättring i möjligheten att rekrytera ST-läkare.

När det gäller sjukvårdsstrukturen så har de organisatoriska förutsättningarna förbättrats för primärvården i Norrbotten. Länet har uppdelats i fyra regioner med varsin regionchef som ansvarar för att hålla samman primärvården. Regioncheferna kommer att ha en samordnande funktion i samverkansfrågor mellan primärvården, slutna vård och kommunerna i länet. Landstinget har ett nära samarbete med kommunerna som sker på såväl politikernivå som

tjänstemannanivå. Inom landstinget finns nu en organisationsstruktur som möjliggör ett ökat samarbete mellan olika vårdgivare.

I takt med att tillgängligheten till läkare inom allmänmedicin ökar kan landstinget även framledes ta sig an frågan om förbättrad läkarmedverkan i kommunerna. Ett nytt avtal mellan landstinget och kommunerna är undertecknat och håller nu på att implementeras i verksamheterna.

Arbetet för att primärvården ska utveckla sina instanser för att möta personer med psykisk ohälsa har under 2005 och 2006 förstärkts och fördjupats.

Tillgängligheten för barn- och ungdomar att få kontakt med psykiatri upplevs fortfarande som god. Väntelistorna för barnpsykiatriska och neuropsykiatriska utredningar har emellertid ökat i antal och väntetiden till utredningar har förlängts. Från psykiatrins håll upplevs det som ytterst väsentligt att samhället i ett tidigt skede sätter in resurser på basnivån (skola, BVC etc) för att barn och ungdomar inte ska riskera att utveckla barnpsykiatriska problem med stort lidande som följd.

Det samarbetsprojekt som initierats under 2005 och 2006 mellan landstinget och kommunerna såväl inom barn- och ungdomspsykiatri som vuxenpsykiatri har till stor del utvecklats tillfredsställande. Arbetet fortsätter nu med att utveckla metoder och samverkansytter gentemot kommunerna inom ramen för den Nationella psykiatrisamordningen. Landstinget kommer framledes att arbeta aktivt med att ta tillvara de nyvunna erfarenheterna och införliva dessa i ordinarie verksamheter.

Beslut

Enligt beslutsförslaget.

§ 74

Finansiering av forskningsanslag av ALF-medel

Dnr 965-07

Ärendebeskrivning

Förbundsdirektionen i Norrlandstingens regionförbund beslutade vid sitt sammanträde den 19 maj 2005 att rekommendera regionlandstingen att godkänna förslaget till forskningsanslag av ALF-medel för långsiktig kunskapsuppbyggande medicinsk forskning med tydlig klinisk patientnära inriktning. Regionlandstingen förutsätts medfinansiera 50 procent av anslagen.

Beslut om medfinansiering togs i landstingsstyrelsen den 29 september 2005, §140.

Under 2006 beviljades Norrbotten läns landsting 400 000 kr, där 267 000 kr finansieras av ALF-medel och 134 000 kr av Norrbottens läns landsting.

Under 2007 har Norrbotten läns landsting beviljats 800 000 kr från ALF-medel, där 534 000 kr finansieras av ALF-medel och 266 000 kr av Norrbottens läns landsting.

Förslag till beslut

- 1 För finansiering av anslagen under år 2006 och 2007 anvisas 400 000 kr ur anslaget för oförutsedda utgifter.
- 2 Finansiering av anslagen kommande år prövas i landstingsplanen för respektive år.

Beslut

Enligt beslutsförslaget.

§ 75

Begäran om överlåtelse av privat läkaretablering dr Eilerth Sjölund

Dnr 1823-06

Ärendebeskrivning

Dr Eilerth Sjölund, verksam som privatpraktiker med anslutning till det nationella ersättningsystemet som finansieras av sjukvårdshuvudmännen, har begärt tillstånd från Norrbottens läns landsting att få överlåta sin personliga etablering till annan läkare med samma specialistkompetens. Sjölund har specialistkompetens inom området allmänmedicin samt hud- och könssjukdomar. Verksamheten bedrivs huvudsakligen inom specialiteten allmänmedicin och omfattar ca 2000 läkarbesök och 600 telefonkonsultationer årligen.

Enligt gällande bestämmelser krävs sjukvårdshuvudmannens medgivande för att en etablering ska kunna överlåtas till en ny vårdgivare.

Division Primärvård har tillfrågats om inställningen till att tillåta överlåtelse av etableringar till nya vårdgivare. Divisionen förespråkar vårdavtal framför överlåtelse av etableringar eftersom man anser att nya aktörer inom vården ska ha ett formulerat och avgränsat åtagande och vara en del av budgetfördelningsmodellen som fördelar divisionens resurser rättvist mellan alla verksamheter.

Yttrande och förslag till beslut

Landstingets principiella inställning är att etableringar med anslutning till den nationella taxan ska ersättas med verksamhet som bedrivs enligt ett vårdavtal mellan sjukvårdshuvudmannen och vårdgivaren. Överlåtelse av en befintlig mottagning till en ny vårdgivare ska därför inte beviljas.

Nuvarande regelverk medger att landstinget utan föregående upphandling tecknar vårdavtal med en privatpraktiserande vårdgivare med anslutning till den nationella taxan. Vårdavtal för en helt ny verksamhet förutsätter alltid att en upphandling sker enligt lagen om offentlig upphandling.

En generell förutsättning för tecknande av vårdavtal är att landstinget utifrån det lagstadgade ansvaret att planera hälso- och sjukvården inom sitt område bedömer att det finns ett behov av en verksamhet som kompletterar det utbud som landstinget själv erbjuder.

Om och när dr Sjölund's verksamhet upphör kommer landstinget att bedöma om det vårdutbud som då bortfaller behöver ersättas antingen genom utökning inom landstingets egen verksamhet eller genom en upphandling, enligt lagen om offentlig upphandling, av en privat vård vårdgivare.

Mot den bakgrunden föreslås landstingsstyrelsen fatta följande beslut:

- 1 Begäran om att överlåta etableringen till annan vårdgivare avslås.
- 2 Landstinget kommer i samband med att dr Sjölund's verksamhet eventuellt upphör, bedöma behovet av att ersätta verksamheten och vidta nödvändiga åtgärder för att tillgodose att vårdbehoven kan tillgodoses.

-

Yrkanden och propositionsordning

Yrkande 1

Kent Ögren (s):

- Förslaget till yttrande och beslut bifalls.

Yrkande 2

Hans Swedell (m), Bo Hultin (m), Erik Berg (c), Jens Sundström (fp):

- Landstingsstyrelsen uppdrar åt verksamheten att teckna vårdavtal med vårdgivaren.

Yrkande 3

Kenneth Backgård (ns), Margareta Henricsson (ns), Johnny Åström (ns):

- Begäran om överlåtelse bifalls.

Propositionsordning

Ordföranden ställer proposition på yrkandena och finner att yrkande 1 vinner majoritet.

-

Beslut

Enligt beslutsförslaget.

Reservation 1

Av Hans Swedell (m), Bo Hultin (m), Erik Berg (c), Jens Sundström (fp) till förmån för yrkande 2.

Reservation 2

Kenneth Backgård (ns), Margareta Henricsson (ns), Johnny Åström (ns) till förmån för yrkande 3.

Särskilt yttrande 1

Av Kenneth Backgård (ns), Margareta Henricsson (ns), Johnny Åström (ns):

Sjukvårdspartiet ser med oro på den närmast totalitära syn landstinget har i sin syn på privata läkaretableringar. Mottagningar som ofta i liten skala be-

drivs av en eller ett par personer kompletterar väl den norrbottniska sjukvården. I den nationella handlingsplanen som landstinget ofta refererar till, nu senast på sidan 42 i föredragningslistan, talas om behovet av mångfald, en riktlinje som landstinget konsekvent tycks motarbeta. I ett tidigare fall där landstinget initialt stoppat en överlåtelse så protesterade berörda patientgrupper på ett kraftfullt sätt. Därefter ändrades beslutet.

Nu finns ett antal begäranden om överlåtelser som stoppas på grund av landstingets mycket negativa syn på privata etableringar. En syn som närmast innebär yrkesförbud. Detta skall också ställas mot primärvårdens möjligheter till att uppfylla kraven på tillgänglighet och rekrytering. Förutsättningarna förbättras inte av detta beslut.

§ 76

Begäran om överlåtelse av privat läkaretablering dr Thore Gustavsson

Dnr 1823-06

Ärendebeskrivning

Dr Thore Gustavsson, verksam som privatpraktiker med anslutning till det nationella ersättningssystemet som finansieras av sjukvårdshuvudmännen, har begärt tillstånd från Norrbottens läns landsting att få överlåta sin personliga etablering till annan läkare med samma specialistkompetens. Gustavsson har specialistkompetens inom området allmänmedicin. För närvarande bedrivs ingen verksamhet på etableringen, 2005 var antalet besök 300.

Enligt gällande bestämmelser krävs sjukvårdshuvudmannens medgivande för att en etablering ska kunna överlåtas till en ny vårdgivare.

Division Primärvård har tillfrågats om inställningen till att tillåta överlåtelse av etableringar till nya vårdgivare. Divisionen förespråkar vårdavtal framför överlåtelse av etableringar eftersom man anser att nya aktörer inom vården ska ha ett formulerat och avgränsat åtagande och vara en del av budgetfördelningsmodellen som fördelar divisionens resurser rättvist mellan alla verksamheter.

Yttrande och förslag till beslut

Landstingets principiella inställning är att etableringar med anslutning till den nationella taxan ska ersättas med verksamhet som bedrivs enligt ett vårdavtal mellan sjukvårdshuvudmannen och vårdgivaren. Överlåtelse av en befintlig mottagning till en ny vårdgivare ska därför inte beviljas.

Nuvarande regelverk medger att landstinget utan föregående upphandling tecknar vårdavtal med en privatpraktiserande vårdgivare med anslutning till den nationella taxan. Vårdavtal för en helt ny verksamhet förutsätter alltid att en upphandling sker enligt lagen om offentlig upphandling.

En generell förutsättning för tecknande av vårdavtal är att landstinget utifrån det lagstadgade ansvaret att planera hälso- och sjukvården inom sitt område

bedömer att det finns ett behov av en verksamhet som kompletterar det utbud som landstinget själv erbjuder.

Om och när dr Gustavssons verksamhet upphör kommer landstinget att bedöma om det vårdutbud som då bortfaller behöver ersättas antingen genom utökning inom landstingets egen verksamhet eller genom en upphandling, enligt lagen om offentlig upphandling, av en privat vård vårdgivare.

Mot den bakgrunden föreslås landstingsstyrelsen fatta följande beslut:

- 1 Begäran om att överlåta etableringen till annan vårdgivare avslås.
- 2 Landstinget kommer i samband med att dr Gustavssons verksamhet eventuellt upphör, bedöma behovet av att ersätta verksamheten och vidta nödvändiga åtgärder för att tillgodose att vårdbehoven kan tillgodoses.

-

Yrkanden och propositionsordning

Yrkande 1

Kent Ögren (s):

- Förslaget till yttrande och beslut bifalls.

Yrkande 2

Hans Swedell (m), Bo Hultin (m), Erik Berg (c), Jens Sundström (fp):

- Landstingsstyrelsen uppdrar åt verksamheten att teckna vårdavtal med vårdgivaren.

Yrkande 3

Kenneth Backgård (ns), Margareta Henricsson (ns), Johnny Åström (ns):

- Begäran om överlåtelse bifalls.

Propositionsordning

Ordföranden ställer proposition på yrkandena och finner att yrkande 1 vinner majoritet.

-

Beslut

Enligt beslutsförslaget.

Reservation 1

Av Hans Swedell (m), Bo Hultin (m), Erik Berg (c), Jens Sundström (fp) till förmån för yrkande 2.

Reservation 2

Kenneth Backgård (ns), Margareta Henricsson (ns), Johnny Åström (ns) till förmån för yrkande 3.

Särskilt yttrande

Av Kenneth Backgård (ns), Margareta Henricsson (ns), Johnny Åström (ns):

Sjukvårdspartiet ser med oro på den närmast totalitära syn landstinget har i sin syn på privata läkaretableringar. Mottagningar som ofta i liten skala bedrivs av en eller ett par personer kompletterar väl den norrbottniska sjukvården. I den nationella handlingsplanen som landstinget ofta refererar till, nu senast på sidan 42 i föredragningslistan, talas om behovet av mångfald, en riktlinje som landstinget konsekvent tycks motarbeta. I ett tidigare fall där landstinget initialt stoppat en överlåtelse så protesterade berörda patientgrupper på ett kraftfullt sätt. Därefter ändrades beslutet.

Nu finns ett antal begäranden om överlåtelser som stoppas på grund av landstingets mycket negativa syn på privata etableringar. En syn som närmast innebär yrkesförbud. Detta skall också ställas mot primärvårdens möjligheter till att uppfylla kraven på tillgänglighet och rekrytering. Förutsättningarna förbättras inte av detta beslut.

§ 77

Begäran om överlåtelse av privat läkaretablering dr Leo Hassler

Dnr 2102-06

Ärendebeskrivning

Dr Leo Hassler, verksam som privatpraktiker med anslutning till det nationella ersättningssystemet som finansieras av sjukvårdshuvudmännen, har begärt tillstånd från Norrbottens läns landsting att få överlåta sin personliga etablering till annan läkare med samma specialistkompetens. Leo Hassler har specialistkompetens inom området allmänmedicin samt invärtesmedicin. Verksamheten bedrivs huvudsakligen inom specialiteten allmänmedicin och omfattar ca 4300 läkarbesök och ca 700 telefonkonsultationer årligen.

Enligt gällande bestämmelser krävs sjukvårdshuvudmannens medgivande för att en etablering ska kunna överlåtas till en ny vårdgivare.

Division Primärvård har tillfrågats om inställningen till att tillåta överlåtelse av etableringar till nya vårdgivare. Divisionen förespråkar vårdavtal framför överlåtelse av etableringar eftersom man anser att nya aktörer inom vården ska ha ett formulerat och avgränsat åtagande och vara en del av budgetfördelningsmodellen som fördelar divisionens resurser rättvist mellan alla verksamheter.

Yttrande och förslag till beslut

Landstingets principiella inställning är att etableringar med anslutning till den nationella taxan ska ersättas med verksamhet som bedrivs enligt ett vårdavtal mellan sjukvårdshuvudmannen och vårdgivaren. Överlåtelse av en befintlig mottagning till en ny vårdgivare ska därför inte beviljas.

Nuvarande regelverk medger att landstinget utan föregående upphandling tecknar vårdavtal med en privatpraktiserande vårdgivare med anslutning till den nationella taxan. Vårdavtal för en helt ny verksamhet förutsätter alltid att en upphandling sker enligt lagen om offentlig upphandling.

En generell förutsättning för tecknande av vårdavtal är att landstinget utifrån det lagstadgade ansvaret att planera hälso- och sjukvården inom sitt område bedömer att det finns ett behov av en verksamhet som kompletterar det utbud som landstinget själv erbjuder.

Om och när dr Hasslers verksamhet upphör kommer landstinget att bedöma om det vårdutbud som då bortfaller behöver ersättas antingen genom utökning inom landstingets egen verksamhet eller genom en upphandling, enligt lagen om offentlig upphandling, av en privat vård vårdgivare.

Mot den bakgrunden föreslås landstingsstyrelsen fatta följande beslut:

- 1 Begäran om att överlåta etableringen till annan vårdgivare avslås.
- 2 Landstinget kommer i samband med att dr Hasslers verksamhet eventuellt upphör, bedöma behovet av att ersätta verksamheten och vidta nödvändiga åtgärder för att tillgodose att vårdbehoven kan tillgodoses.

-

Yrkanden och propositionsordning

Yrkande 1

Kent Ögren (s):

- Förslaget till yttrande och beslut bifalls.

Yrkande 2

Hans Swedell (m), Bo Hultin (m), Erik Berg (c), Jens Sundström (fp):

- Landstingsstyrelsen uppdrar åt verksamheten att teckna vårdavtal med vårdgivaren.

Yrkande 3

Kenneth Backgård (ns), Margareta Henricsson (ns), Johnny Åström (ns):

- Begäran om överlåtelse bifalls.

Propositionsordning

Ordföranden ställer proposition på yrkandena och finner att yrkande 1 vinner majoritet.

-

Beslut

Enligt beslutsförslaget.

Reservation 1

Av Hans Swedell (m), Bo Hultin (m), Erik Berg (c), Jens Sundström (fp) till förmån för yrkande 2.

Reservation 2

Kenneth Backgård (ns), Margareta Henricsson (ns), Johnny Åström (ns) till förmån för yrkande 3.

Särskilt yttrande

Av Kenneth Backgård (ns), Margareta Henricsson (ns), Johnny Åström (ns):

Sjukvårdspartiet ser med oro på den närmast totalitära syn landstinget har i sin syn på privata läkaretableringar. Mottagningar som ofta i liten skala bedrivs av en eller ett par personer kompletterar väl den norrbottniska sjukvården. I den nationella handlingsplanen som landstinget ofta refererar till, nu senast på sidan 42 i föredragningslistan, talas om behovet av mångfald, en riktlinje som landstinget konsekvent tycks motarbeta. I ett tidigare fall där landstinget initialt stoppat en överlåtelse så protesterade berörda patientgrupper på ett kraftfullt sätt. Därefter ändrades beslutet.

Nu finns ett antal begäranden om överlåtelser som stoppas på grund av landstingets mycket negativa syn på privata etableringar. En syn som närmast innebär yrkesförbud. Detta skall också ställas mot primärvårdens möjligheter till att uppfylla kraven på tillgänglighet och rekrytering. Förutsättningarna förbättras inte av detta beslut.

§ 78

Begäran om överlåtelse av privat läkaretablering dr Birgit Hassler

Dnr 2102-06

Ärendebeskrivning

Dr Birgit Hassler, verksam som privatpraktiker med anslutning till det nationella ersättningssystemet som finansieras av sjukvårdshuvudmännen, har begärt tillstånd från Norrbottens läns landsting att få överlåta sin personliga etablering till annan läkare med samma specialistkompetens. Birgit Hassler har specialistkompetens inom området obstetrik och gynekologi. Verksamheten omfattar ca 2500 läkarbesök och ca 1200 telefonkonsultationer årligen.

Enligt gällande bestämmelser krävs sjukvårdshuvudmannens medgivande för att en etablering ska kunna överlåtas till en ny vårdgivare.

Division Opererande specialiteter har tillfrågats om inställningen till att tillåta överlåtelse av etableringar till nya vårdgivare. Divisionen bedömer att de i sin verksamhet, med en viss resursförstärkning, kan ta emot de 2500 läkarbesök som Birgit Hassler idag har.

Yttrande och förslag till beslut

Landstingets principiella inställning är att etableringar med anslutning till den nationella taxan ska ersättas med verksamhet som bedrivs enligt ett vårdavtal mellan sjukvårdshuvudmannen och vårdgivaren. Överlåtelse av en befintlig mottagning till en ny vårdgivare ska därför inte beviljas.

Nuvarande regelverk medger att landstinget utan föregående upphandling tecknar vårdavtal med en privatpraktiserande vårdgivare med anslutning till den nationella taxan. Vårdavtal för en helt ny verksamhet förutsätter alltid att en upphandling sker enligt lagen om offentlig upphandling.

En generell förutsättning för tecknande av vårdavtal är att landstinget utifrån det lagstadgade ansvaret att planera hälso- och sjukvården inom sitt område bedömer att det finns ett behov av en verksamhet som kompletterar det utbud som landstinget själv erbjuder. Bedömningen i detta ärende är att behoven kan tillgodoses inom division Opererandes verksamhet utan att vårdavtal tecknas.

Om och när dr Hasslers verksamhet upphör kommer landstinget att bedöma om det vårdutbud som då bortfaller behöver ersättas antingen genom utökning inom landstingets egen verksamhet eller genom en upphandling, enligt lagen om offentlig upphandling, av en privat vård vårdgivare.

Mot den bakgrunden föreslås landstingsstyrelsen fatta följande beslut:

- 1 Begäran om att överlåta etableringen till annan vårdgivare avslås.
- 2 Landstinget kommer i samband med att dr Hasslers verksamhet eventuellt upphör, bedöma behovet av att ersätta verksamheten och vidta nödvändiga åtgärder för att tillgodose att vårdbehoven kan tillgodoses.

-

Yrkanden och propositionsordning

Yrkande 1

Kent Ögren (s):

- Förslaget till yttrande och beslut bifalls.

Yrkande 2

Hans Swedell (m), Bo Hultin (m), Erik Berg (c), Jens Sundström (fp):

- Landstingsstyrelsen uppdrar åt verksamheten att teckna vårdavtal med vårdgivaren.

Yrkande 3

Kenneth Backgård (ns), Margareta Henricsson (ns), Johnny Åström (ns):

- Begäran om överlåtelse bifalls.

Propositionsordning

Ordföranden ställer proposition på yrkandena och finner att yrkande 1 vinner majoritet.

-

Beslut

Enligt beslutsförslaget.

Reservation 1

Av Hans Swedell (m), Bo Hultin (m), Erik Berg (c), Jens Sundström (fp) till förmån för yrkande 2.

Reservation 2

Kenneth Backgård (ns), Margareta Henricsson (ns), Johnny Åström (ns) till förmån för yrkande 3.

Särskilt yttrande 1

Av Kenneth Backgård (ns), Margareta Henricsson (ns), Johnny Åström (ns):

Sjukvårdspartiet ser med oro på den närmast totalitära syn landstinget har i sin syn på privata läkaretableringar. Mottagningar som ofta i liten skala bedrivs av en eller ett par personer kompletterar väl den norrbottniska sjukvården. I den nationella handlingsplanen som landstinget ofta refererar till, nu senast på sidan 42 i föredragningslistan, talas om behovet av mångfald, en riktlinje som landstinget konsekvent tycks motarbeta. I ett tidigare fall där landstinget initialt stoppat en överlåtelse så protesterade berörda patientgrupper på ett kraftfullt sätt. Därefter ändrades beslutet.

Nu finns ett antal begäranden om överlåtelser som stoppas på grund av landstingets mycket negativa syn på privata etableringar. En syn som närmast innebär yrkesförbud. Detta skall också ställas mot primärvårdens möjligheter till att uppfylla kraven på tillgänglighet och rekrytering. Förutsättningarna förbättras inte av detta beslut.

Särskilt yttrande 2

Av Birgit Stöckel (kd):

Möjligheten att välja en privatpraktiserande gynekolog och därmed redan vid det första läkarbesök få en kvalificerad bedömning av en specialist, sparar pengar åt landstinget eftersom antalet onödiga remisser och prover minskas. Patienternas intresse av integritet och kontinuitet värnas.

Patientintresset, den höga vårdkvaliteten och kostnadseffektiviteten är tre mycket goda skäl för att Birgit Hasslers privata gynekologimottagning ska få teckna vårdavtal med landstinget.

§ 79

Investeringar 2007

Dnr 16-07

Ärendebeskrivning

I Landstingsplan 2007 har fullmäktige angett den totala nivån för investeringar i inventarier och fastigheter, inklusive investeringar för externa hyresgäster, till 271 000 tkr samt bemyndigat landstingsstyrelsen att besluta om investeringar upp till denna nivå.

Styrelsen har tidigare beslutat om investeringar för 200 630 tkr.

Till sammanträdet den 24 april har division Service lämnat in önskemål om följande fastighetsinvesteringar (tkr):

Objekt	Totalt	Varav			
		Fas-tigh	In-ven-	Drift	Stats-bidrag

		invest	tarier		
1 Energieffektiviseringar Grytnäs VC och Sunderbyn	2 640	2442			198
2. Dialysmottagning i Kalix	16 460	9 700	5 500	1 260	
Summa	19 100	12 142	5 500	1 260	198

De enskilda objekten finns specificerade i bilagor.

I Landstingsplan 2007 har division medicin kompenserats med 1 400 tkr som delårseffekt för de driftkostnader som uppstår i samband med den nya dialysverksamheten.

Förslag till beslut

- 1 Angivna objekt får igångsättas.
- 2 Totalt för år 2007 har därmed landstingsstyrelsen beslutat om investeringar för 212 772 tkr, varav 35 380 tkr avser externa hyresgäster.

Beslut

Enligt beslutsförslaget.

§ 80

Samisk kultur under 60 år

Dnr 581-07

Ärendebeskrivning

Fotografen och journalisten Bert Persson ansöker om 415 000 kr till produktion av fotoutställning och bok.

Bert Persson har från tidigt 1900-tal samlat material och uppgifter kring det samiska samhället och den samiska kulturens förändring. Han har på ett unikt sätt följt en speciell familj under flera decennier. Han har dokumenterat det sällan belysta samiska vardagslivet. I dokumentationen finns ett tydligt genusperspektiv kring den samiska kvinnan som centrum i familjen.

Projektets totala kostnad är 415 000 kr.

Yttrande och förslag till beslut

Division Kultur och utbildnings regelverk för litteraturstöd riktar sig i huvudsak till researcharbete i inledningen av ett litteraturarbete, i detta projekt är detta arbete redan genomfört. Detta är dock en unik dokumentation och består av ett särskilt intressant material.

Mot den bakgrunden föreslås landstingsstyrelsen fatta följande beslut:

- 1 Bidrag beviljas med 50 000 kr under förutsättning att ytterligare stöd beviljas från annan finansiering.
- 2 Pengarna anvisas ur anslaget för egna kulturinsatser.

- 3 Bidraget minskas i förhållande till eventuella förändringar i projektets omfattning, ekonomi, deltagarantal eller målsättning. Erhållna bidrag ska redovisas i samband med att bidraget rekvireras.
 - 4 I all annonsering och övrig marknadsföring ska anges att projektet genomförs med stöd av Norrbottens läns landsting. Landstingets logotyp ska användas.
 - 5 Projektet ska vara drogfritt.
 - 6 Projektet ska särredovisas från annan verksamhet och kontinuerligt avrapporteras kvartalsvis samt för övrigt rapporteras och redovisas i enlighet med landstingets regelverk.
- -

Yrkande och propositionsordning

Yrkande

Kent Ögren (s) och Kenneth Backgård (ns):

- Ärendet återremitteras för ytterligare beredning.

Propositionsordning

Ordföranden ställer proposition på återremissyrkandet och finner att det antas.

-

Beslut

Ärendet återremitteras för ytterligare beredning.

§ 81

Försvarsmuseum Boden

Dnr 582-07

Ärendebeskrivning

Försvarsmuseum Boden ansöker om 500 000 kr till utvecklingsarbete under 2007.

I budgetpropositionen 2002/2003 avsatte regeringen 4 miljoner kr till driftstöd för ett försvarsmuseum i Boden. År 2003 beslutade Bodens kommun att ta på sig huvudmannaskapet för försvarsmuseet. Museets huvuduppdrag är att presentera 1900-talets svenska försvarshistoria med betoning på Bodens fästning och garnisonsstaden Boden. Utställningar, information och publik verksamhet hör till museets basverksamhet. Inom den publika verksamheten ingår programverksamhet och skolverksamhet.

Förslag till beslut

- 1 Bidrag beviljas med 500 000 kr för år 2007 under förutsättning att stödet används till den regionala förankringen. Stödet ska särskilt riktas till verksamhet som vänder sig till barn och ungdomar utanför Bodens kommun samt underlätta för regionens unga att praktiskt kunna ta del av museets pedagogiska verksamhet.
- 2 Pengarna anvisas ur anslaget för egna kulturinsatser.
- 3 Bidraget minskas i förhållande till eventuella förändringar i projektets omfattning, ekonomi, deltagarantal eller målsättning. Erhållna bidrag ska redovisas i samband med att bidraget rekvireras.
- 4 I all annonsering och övrig marknadsföring ska anges att projektet genomförs med stöd av Norrbottens läns landsting. Landstingets logotyp ska användas.
- 5 Projektet ska vara drogfritt
- 6 Projektet ska särredovisas från annan verksamhet och kontinuerligt avrapporteras kvartalsvis samt för övrigt rapporteras och redovisas i enlighet med landstingets regelverk.

Beslut

Enligt beredningsförslaget.

§ 82

Utveckling av IKT-sektorn

Dnr 962-07

Ärendebeskrivning

InternetBay är en medlemsorganisation med uppgift är att utveckla och förenkla affärerna mellan medlemsföretagen och deras kunder genom att både öka kontakterna mellan dem och identifiera affärsmöjligheter och produktidéer. Kärnan ligger i att agera som en slags marknadsmäklare genom att bygga starka och konkurrenskraftiga nätverk av IKT-leverantörer (IKT är en förkortning av informations- och kommunikationsteknik). I konceptet ligger även att lansera medlemsregionen genom varumärket InternetBay.

InternetBay etablerades 1999 som ett industriellt kluster men har sedan några år utvecklats till att vara mer fokuserad på IKT-sektorn. Idag har man över 100 medlemsföretag norr om Umeå och Uleåborg.

För att IKT-sektorn ytterligare ska utvecklas har InternetBay tagit fram en utvecklingsplan för de närmaste fem åren. Utvecklingsplanen innefattar att arbeta mer med företagens export samt att stärka och utveckla nätverkskulturen i branschen. Under 2007 ska ett kontor etableras i Finland och under de kommande åren ska ytterligare fler strategiska allianser ibland annat Tyskland, Italien, Polen och Storbritannien utvecklas.

För att förverkliga utvecklingsplanen som InternetBays styrelse också beslutat om, föreligger följande finansieringsbehov.

Finansieringsbehov 2007-2011				
År	Totalt finansierings-behov	Landstingets del av finansiering	Övrig extern finansiering	Egen finansiering inkl företagens serviceavgifter
2007	8 711 000	1 300 000	6 076 000	1 335 000
2008	10 270 000	1 500 000	6 099 000	2 671 000
2009	12 265 000	2 130 000	4 954 000	5 181 000
2010	11 990 000	1 740 000	3 594 000	6 656 000
2011	11 820 000	1 400 000	3 594 000	6 826 000
Totalt	55 056 000	8 070 000	24 317 000	22 669 000

InternetBays styrelse har även beslutat att under de kommande åren öka medlemsföretagens avgift till bolaget med 15 % per år för att nå en nivå som totalt motsvarar 25 % av basverksamhetens finansieringsbehov.

InternetBay söker finansiering från Norrbottens läns landsting för att ytterligare stärka IKT-sektorns utveckling. Övriga tänkta offentliga finansiärer är Länsstyrelserna, EU, Västerbottens läns landsting, Luleå kommun, Oulu Innovation, Oulu Regional Business Agency samt ytterligare kommuner.

Yttrande och förslag till beslut

Idag är InternetBay en etablerad och viktig aktör för IKT-sektorns utveckling. Det slås fast i en utvärdering av InternetBay som genomförts vid Luleå tekniska universitet. Utvärderingen belyser InternetBays roll i regionen, en övergripande syn på InternetBays arbete för att skapa en bättre nätverkskultur samt medlemsföretagens utveckling under perioden 2003-2005. Utvärderingsresultatet visar tydligt att medlemsföretagen generellt har ökat avseende bland annat nya kunder och antal anställda. Ökningen av antalet kvinnor i branschen lyfts speciellt fram.

Medlemsföretagen rankar InternetBay som den mest centrala aktören för IKT-industrin och ser ett stort behov av att InternetBay fortsätter att arbeta i linje med den utvecklingsstrategi som lagts. Fokus bör vara att bygga ut nätverket på finska sidan. Medlemsföretagen menar också att InternetBay genom att fungera som en slags mäklare kan spela en viktig roll för att hjälpa regionens IKT-företag att öka sin export. De vill också att InternetBay ska fortsätta att arbeta med att stärka sin position i regionen och bli en talesorganisation för IKT-sektorn.

I det nya regionala utvecklingsprogrammet för hållbar framtid i Norrbotten konstateras att informations- och kommunikationsteknik är en grundförutsättning för att stärka konkurrenskraften och välfärden i Norrbotten. Konkurrenskraft och entreprenörskap är en av fem utvecklingsinsatser som Norrbotten ska fokusera på, där differentiering av näringslivet genom bland annat marknadsexpansion lyfts fram. Landstingets och Kommunförbundet Norrbottens gemensamma politiska plattform fastslår att vi ska stärka små och medelstora företags förmåga att agera internationellt och att öppna länet för ökad internationell affärsverksamhet och främja affärsnätverk som ger tillträde till utländska marknader.

Mot den bakgrunden föreslås landstingsstyrelsen fatta följande beslut:

- 1 InternetBay beviljas 1 300 000 kr i anslag för 2007 för Utveckling av IKT-sektorn under förutsättning att andra finansiärer bidrar så att den förväntade utvecklingen uppnås.
- 2 Pengarna anvisas ur anslaget för regionala utvecklingsmedel 2007.
- 3 Finansieringsbehovet från landstinget för åren 2008-2011 ska prövas i budgetprocessen.
- 4 Erhållna bidrag ska redovisas i samband med att bidraget rekvireras.
- 5 I all annonsering och övrig marknadsföring ska framgå att verksamheten genomförs med stöd av Norrbottens läns landsting. Landstingets logotyp ska användas.
- 6 Landstinget anser att InternetBay strategiskt och långsiktigt ska arbeta för att vara självfinansierande efter denna bidragsperiod, dvs efter 2011, samt att medlemsföretagens avgift till bolagen ska öka från dagens 15 % till minst 25 % med målsättningen att nå 50 %. Medlemsfinansieringsgraden ska löpande kontrolleras och rapporteras till landstinget.
- 7 InternetBay ska föra en kontinuerlig dialog med landstinget kring IKT-sektorns utveckling. En systematisk utvärdering avseende uppnådda resultat i förhållande till mål ska göras under år tre och redovisas senast december 2009.

-

Yrkande och propositionsordning

Yrkande 1

Kent Ögren (s)

- Beslutsförslaget bifalls.

Yrkande 2

Kenneth Backgård (ns):

- Landstingets medfinansiering ska avvecklas successivt och vara helt avslutat 2010.

Propositionsordning

Ordföranden ställer proposition på yrkandena och finner att yrkande 1 vinner majoritet.

-

Beslut

Enligt beslutsförslaget.

83

Medfinansiering till projekt Kompetensutveckling inom träindustrin i Norrbotten

Dnr 1847-06

Ärendebeskrivning

Trä är Sveriges största exportnäring. Träbranschen har historiskt haft och har fortfarande stor betydelse för Norrbottens län. I många av Norrbottens kommuner är den trärelaterade industrin en av stöttepelarna. För att branschens betydelse ska bestå krävs en kontinuerlig industriell utveckling och kompetensförsörjning. Träbranschen har genomgått en förändring från hantverkskaraktär mot en tillverkning av industriell karaktär. Denna förändringsprocess blir allt starkare och behoven av kompetensutveckling och kompetensförsörjning visar sig allt tydligare. Det finns ett starkt uttalat behov från tränäringen och branschorganisationerna att tillgodose detta behov och då i ett bredare upptagningsområde som omfattar hela länet.

Kompetensutveckling inom träindustrin i Norrbotten

I IUC Norrbottens arbete med utveckling av ett strategiprogram för träindustrin i Norrbotten prioriteras kompetensutveckling. Ett pilotprojekt har skapats med målet att inom länets träbransch utveckla och testa en modell för kontinuerlig kompetensutveckling som kan användas för olika industribranscher i länet. Projektets primära målgrupp är företag inom trämekanik, byggprodukter, byggnationer samt inredningar och möbler.

Projektet har följande delmål:

- Utveckla och testa en arbetsmodell som tillgodoser träföretagens utbildnings- och hjälpbehov när det gäller produktutveckling, prototypframtagning samt nollserieproduktion.
- Utveckla samarbete med nationella och internationella utbildningspartners.
- Utarbeta och förankra en handlingsplan för etablering av resurs för kompetensutveckling.

Inom projektets ram tillämpas IUC Norrbottens arbetssätt som bygger på att inventera företagens kompetensutvecklingsbehov, initiera utbildningsprogram och projekt, förmedla lämpliga resurser i samarbete med befintliga aktörer. Projektet avslutas 2008-05-31.

Projektets finansieringsplan:

Finansiär	Belopp
Norrbottens läns landsting	242 000
Länsstyrelsen	242 000
Kalix kommun	48 400
Boden kommun	48 400

Luleå kommun	48 400
Älvsbyns kommun	48 400
Piteå kommun	48 400
Summa	726 000

Yttrande och förslag till beslut

Av landstingets näringspolitiska riktlinjer framgår att de näringspolitiska åtgärderna kan vara direkt kopplade till tillväxt eller vara förutsättningsskapande genom till exempel strategiska investeringar på infrastrukturen i länet eller forskning och utveckling av betydelse för näringslivet och länets utveckling.

I landstingets och Kommunförbundet Norrbottens gemensamma politiska plattform slås fast att en av de strategiska förutsättningarna för tillväxt i Norrbotten är satsningen på företagande och entreprenörskap. Plattformen lyfter också fram värdet av en fortsatt långsiktig satsning på basnäringens forskning och utveckling. Att säkerställa tillgången till arbetskraft och kompetensutveckling är grundläggande för en hållbar utveckling och att skapa en grogrund för konkurrenskraftiga företag.

En satsning på ett långsiktigt arbete för träindustrins möjligheter till utveckling faller väl inom länets prioriterade områden för tillväxt.

Mot den bakgrunden föreslås landstingsstyrelsen fatta följande beslut:

- 1 Medfinansiering beviljas med totalt 242 000 kr under förutsättning att andra finansiärer bidrar så att projektets förväntade resultat uppnås.
- 2 Medel anvisas ur anslaget för regionala utvecklingsmedel.
- 3 Erhållna bidrag ska redovisas i samband med att bidraget rekvireras.
- 4 I all annonsering och övrig marknadsföring ska anges att projektet genomförs med stöd av Norrbottens läns landsting. Landstingets logotyp ska användas.
- 5 Slutredovisning ska göras senast tre månader efter avslutat projekt.
- 6 Eventuell avvikelse från projektplan ska rapporteras till Norrbottens läns landsting. Då beviljade projekt inte genomförs enligt plan kan projektägare bli återbetalningsskyldig.

Yrkande och propositionsordning

Yrkande 1

Kent Ögren (s) och Hans Swedell (m)

- Beslutsförslaget bifalls.

Yrkande 2

Kenneth Backgård (ns), Johnny Åström (ns) och Margareta Henricsson (ns):

- Ansökan avslås.

Propositionsordning

Ordföranden ställer proposition på yrkandena och finner att yrkande 1 vinner majoritet.

-

Beslut

Enligt beslutsförslaget.

§ 84

Rapport till Socialstyrelsen om tillgänglighet och vårdgaranti

Dnr 1025-07

Ärendebeskrivning

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att följa upp vårdgarantin. Av överenskommelsen mellan staten och Landstingsförbundet framgår att landstingen senast den 1 maj 2007 ska rapportera till Socialstyrelsen hur åtagandena i vårdgarantin uppfylls. Av redovisningen ska framgå inrapporteringsfrekvens till landstingens gemensamma databas Väntetider i vården, om landstinget samlar in övrig information kring tillgänglighet som inte rapporteras till väntetidsdatabasen, hur uppföljningen av väntetiderna tar sig uttryck, strategier för genomförandet av vårdgarantin, vilka åtgärder som vidtagits för att förbättra tillgängligheten samt hur dessa följs upp. Av redovisningen ska också framgå hur riksdagens beslut om prioriteringsriktlinjer beaktats vid tillämpningen av vårdgarantin.

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen lämnar följande rapport:

Inrapporteringsfrekvens

Primärvård

Inom primärvården sker väntetidsmätningar två gånger per år. Vid mätningen hösten 2006 deltog 30 av 33 vårdcentraler. I oktober 2006 fick mer än hälften av alla patienter, 69 procent, som kontaktat sin vårdcentral träffa läkare samma dag. För hela riket var motsvarande siffra 65 procent. Mätningen visade också att 97 procent av patienterna i Norrbotten (87 procent i riket) får träffa läkare inom sju dagar. Landstinget följer telefontillgänglighet till primärvården månadsvis. Mätningarna visar att tillgängligheten har förbättrats de senaste åren samtidigt som allt färre anser sig ha haft svårigheter att komma fram per telefon. I den senaste primärvårdsmätningen uppvisar Norrbotten mycket goda siffror på såväl telefontillgänglighet och tillgänglighet till läkare. Tre vårdcentraler har inte automatiserat talsvar men manuella mätningar visar där mycket god telefontillgänglighet.

Årets första primärvårdsmätning genomfördes vecka 13 (26 mars-1 april). Inrapportering av resultatet avslutades den 20 april och sammanställs nu av Sveriges Kommuner och Landsting. Detta medför att inga aktuella siffror kan lämnas i rapporten från denna mätning.

Specialiserad vård

Landstinget rapporterar kontinuerligt tillgängligheten för den specialiserade vården till den nationella databasen Väntetider i vården. Rapporteringen är i det närmaste heltäckande. En del problem har funnits eftersom det inrapporteringsunderlag som rapportörerna tillhandahållits inte har stämt överens med underlaget i utdatamodulen. Detta har i vissa fall resulterat i en lägre svarsfrekvens. Brister har förekommit såväl på nationell som på lokal nivå. Att verksamheterna är uppdelade på olika sätt i Sverige har ställt till vissa problem i samband med registreringen av tillgängligheten. Strukturen på databasen har inte motsvarat hur landstingets verksamheter är uppbyggda. Landstinget har gjort en omfattande genomgång för att säkerställa att de behandlingar, mottagningar och utredningar som rapporteras in verkligen stämmer överens med den verksamhet som utförs i Norrbotten. De problemområden som har kommit till vår kännedom har nu åtgärdats och landstinget kommer att kunna rapportera kvalitetssäkrade siffror framgent.

Den senast publicerade mätningen (31 mars) som avser månadsrapportering för behandling och mottagning visar på en svarsfrekvens på 99 procent för länet. Den enda behandling som inte redovisas är väntetider till CPAP-behandling. Undersökningar ingår inte i vårdgarantin men redovisas till Väntetider i vården i samband med månadsskifte.

Övrig uppföljning av tillgänglighet

Förutom rapporteringen till den nationella väntetidsdatabasen rapporteras inom landstinget även tillgängligheten inom akutsjukvården. De parametrar som mäts är:

- Tid från larm till omhändertagande i ambulans för patienter med prioritetsgrad 1. Mål: < 9 min (median), följs per ambulansstation.
- Väntetid vid akutmottagningar i länet. Mätningen omfattar tid till första läkarkontakt (mål: < 30 min) samt total handläggningstid (mål: < 180 min).

Ett omfattande förbättringsarbete har inletts under 2007 för att förbättra omhändertagandet vid akutmottagningarna.

Sedan hösten 2001 följer landstinget också tillgängligheten till ett stort antal undersökningar inom radiologi, klinisk fysiologi och nukleärmedicin. För närvarande omfattar uppföljningen följande undersökningstyper: skelett- och lungröntgen, urografier, angiografier, datortomografi, ultraljud, odontologisk radiologi, MRT, EKO-kardiografi, arbets-EKG, EEG, Holter-EKG, EMG, spirometri, myocardscintigrafi, renogram samt skelettscintigrafi. Tillgängligheten mäts på samma sätt som i den nationella väntetidsdatabasen och redovisas månadsvis, med undantag för sommarmånaderna.

Strategier avseende genomförandet av vårdgarantin

Framgångsstrategier i Norrbotten

Landsting är organiserat för att ge helhetssyn, samverkan och flexibilitet. Tyngdpunkten ligger på att nyttja resurserna effektivt i ett länsperspektiv, men också det lokala perspektivet spelar en viktig roll eftersom det är där verksamheten utförs.

Hälso- och sjukvården i länet ska vara:

- Tillgänglig
- Säker
- Evidensbaserad
- Kvalitativt likvärdig
- Effektiv
- Jämställd

Ansvar att uppnå detta ligger i linjeorganisationen under landstingsdirektörens direkta ansvar. Att verksamheterna är rätt dimensionerade är väsentligt för att kunna tillhandahålla en god och tillgänglig vård. Att en ordentlig översyn av verksamheten är gjord krävs för att tillfälliga kökortningssatser ska vara effektfulla i ett längre perspektiv. Landstinget betonar vikten av att alla verksamheter ska ha en hög och långsiktigt uthållig tillgänglighet. Varje verksamhet har i uppdrag att arbeta i den riktningen och att uppfylla vårdgarantin är i det sammanhanget en miniminivå.

Alla operativa frågor som avser tillgänglighet hanteras inom respektive verksamhet. Av den anledningen har landstinget också avstått från att inrätta någon särskild funktion för att hantera frågor som rör tillgänglighet och vårdgaranti. Strategin är i stället att varje verksamhet äger ansvaret för dessa frågor inklusive information till patienter. Verksamheterna har även kostnadsansvaret för de patienter som erbjuds vård utanför länet med stöd av vårdgarantin.

Primärvård

Primärvårdens samverkan med såväl den specialiserade vården som den kommunala hälso- och sjukvården fokuserar på att skapa en god och tillgänglig vård för varje enskild patient.

Under 2006 förändrades ledningsorganisationen inom primärvården. Fyra regionchefer rekryterades med ansvar att hålla samman primärvården i sin geografiska del av länet. Huvudsyftet med tillkomsten av regionchefsorganisationen 2006 var att skapa aktiva arenor för samspel och konstruktiv dialog mellan primärvård, specialiserad vård och kommunerna. Att samverka mellan huvudmännen fungerar tillfredsställande är av högsta vikt för att kunna erbjuda medborgarna en tillgänglig vård på rätt nivå. Medicinskt färdigbehandlade patienter ska tas omhand på rätt nivå och inte ligga kvar onödigt länge på sjukhus.

En grundläggande förutsättning för god tillgänglighet och kontinuitet till och i primärvården är tillgången till distriktsläkare. Primärvården arbetar mycket

aktivt för att behålla och även rekrytera läkare till de vakanta läkarbefattningar som finns på olika håll i länet.

Specialiserad vård

För att nå god tillgänglighet krävs en målmedveten ledning som driver förändringarna. Inom landstinget har arbetet med att förbättra tillgängligheten inom den specialiserade vården inriktats på tre övergripande områden; förändring av rutiner/arbetssätt, strukturförändringar samt tillfälliga kökortningsinsatser. Ett systematiskt förbättringsarbete, som innefattar en grundlig verksamhetsöversyn, har resulterat i bättre resursanvändning och ökad produktion i form av fler mottagningsbesök, fler behandlingar och fler undersökningar.

De verksamheter som haft brister i tillgängligheten har arbetat med intensifierad uppföljning, översyn av remisshantering och skapat bättre dialog med primärvården och övriga remittenter om remissinflödet. Verksamheterna har också arbetat med standardisering av bl a rutiner, material, arbetssätt. Detta har bland annat resulterat i att det nya moderna telefonisystemet CallMe, som används i primärvården, nu installerats i begränsad skala inom den specialiserade vårdens verksamheter.

Ett antal verksamheter inom landstinget är numera organiserade som länskliniker. Tillgängligheten ses i ett länsperspektiv och resurserna användas på ett flexibelt och mer optimalt sätt. Detta innebär bl a att patientflödena mellan sjukhusen har förändrats jämfört med tidigare.

Strukturförändringar har också inneburit att landstinget inom ett antal verksamheter mer systematiskt skiljer den planerad vården från den akuta. Detta gör verksamheten effektivare och lättare att planera vilket i sin tur ökar genomströmningen av patienter.

Problem som verksamheterna brottats med innan införandet av vårdgarantin finns fortfarande delvis kvar. Till dessa hör brist på specialister inom smala områden som fetmakirurgi, handkirurgi, lungmedicin, hud och smärtverksamhet. Radiologi och vuxenpsykiatri har också problem att rekrytera specialister inom sina respektive områden. Bristen på vissa specialister försvårar givetvis möjligheterna att ha en tillräckligt god tillgänglighet och även möjligheterna att uppfylla vårdgarantin fullt ut.

I syfte att komma tillrätta med brister i läkarbemanningen försöker landstinget rekrytera läkare inom landet men även från andra länder. En annan åtgärd för att komma tillrätta med brister i tillgängligheten är nyttjande av stafettläkare för att bl a genomföra tillfälliga kökortningsinsatser.

Uppföljning av effekter

Processutveckling

Ett systematiskt förändrings- och förbättringsarbete i verksamheterna har utgjort grunden i förberedelsearbetet för att säkerställa att de förbättringar som uppnås ska ge långsiktigt hållbara resultat. De strukturförändringar som tidigare genomförts för att skilja det akuta och planerade patientflödet inom områdena allmänkirurgi och ortopedi har bidragit till att göra verksamheterna effektivare.

För att komma till rätta med brister i tillgängligheten och uppfylla vårdgarantin har i första hand insatser gjorts för att varaktigt öka kapaciteten i länet.

Ambitionen inom landstinget är att så långt det är möjligt kunna ta omhand patienterna inom det egna länet. Detta för att erbjuda patienterna bästa möjliga vård i vårdkedjans alla skeden, från första kontakt med primärvården/akutsjukvården till eftervård och utskrivning från slutna vård. Förbättringsarbeten med stöd av genombrottsmetoden samt aktiviteter som Bra mottagning och införande av flödesmodellen är exempel på metoder som medfört att tillgängligheten förbättrats på en rad områden.

Exempel från verksamheterna

Ögonsjukvården tillämpar ett processororienterat synsätt på ledning och styrning och använder det nationella prioriteringsinstrumentet NIKE. Inom ögonsjukvården, som utgår från ledning/prioritering i ett länsperspektiv, uppnås i stort vårdgarantin sedan över ett år tillbaka.

I samband med vårdgarantins införande analyserades förutsättningar inom öron-näsa-hals för att nå vårdgarantin på mottagningsidan genom att en rimlig grundnivå fastställdes utifrån faktiska behov (remissinströmningen) i ett länsperspektiv. Internt genomfördes också ett förbättringsarbete (motsvarande Bra mottagning) som innebar en ökad tillgänglighet till mottagning och att patienter själva bokar sina tider. Förbättringskonceptet innebär att mätningar av tillgänglighet och kapacitet integreras i ordinarie verksamhet vilket säkerställer långsiktigheten. Kvinnosjukvården har deltagit i Bra mottagning med mycket goda resultat och på samma sätt som inom öron-näsa-hals integreras mätningar/uppföljning inom kvinnosjukvården i ordinarie verksamhet vilket gör det möjligt att säkerställa långsiktigt god tillgänglighet.

Inom allmänkirurgi styrs verksamheten i ett länsperspektiv. Vid ett av länets sjukhus har elektiv verksamhet införts för volymkirurgi (främst bråck, galloperationer och varicer). Brister i tillgängligheten har främst rört mottagningsverksamhet och ”smalare” kompetensområden, t ex fetmakirurgi. Arbetet enligt Bra mottagningskonceptet pågår för att förbättra tillgängligheten.

Ortopediverksamheten leds i ett länsperspektiv och elektiv verksamhet har koncentrerats till två av länets sjukhus. Kökörtningssatsningar har genomförts och effekter på antal väntande/väntetider har följts upp. Parallellt har internt förbättringsarbete enligt Bra mottagning genomförts. Mätningar är integrerade i ordinarie verksamhet och resultaten på tillgängligheten är påtagliga. Situationen har förändrats från årslånga köer till att patienterna i dag själva bokar tid och erbjuds det inom 3 - 4 veckor. Årsvis produktionsplanering görs och månadsvis uppföljning sker utifrån faktiska behov (remissinströmning) och väntetidsläget.

Förbättringskonceptet Bra mottagning har gett mycket goda resultat i samtliga verksamhetsområden där metoden använts. Metoden innebär en grundlig inventering av den egna verksamheten för att säkerställa att det fortsatta arbetet alltid utgår ifrån kvalitetssäkrade data. Väntetiderna har förkortats väsentligt och viktig läkartid har frigjorts. Istället för traditionella kallelser bokar patienterna egna tider till både nybesök och återbesök.

Som uppföljningsinstrument har flödesmodellen införts vid tre verksamheter i Norrbotten. Under april-maj 2006 startade införandet av flödesmodellens mätpunkter i landstingets vårdadministrativa system, VAS. Modellen ger verksamheterna möjlighet att på ett enkelt och överskådligt sätt följa en pati-

ents väg genom vården. I förlängningen planeras införande av flödesmodellen på bred front inom landstinget.

Inom radiologin vid Piteå älvdals sjukhus och Sunderby sjukhus har ett systematiskt förbättringsarbete bedrivits för att förbättra tillgängligheten till framförallt MRT- och skelettundersökningar. I uppföljningen har förändringar i produktion och väntetider till undersökningar studerats, vilket har resulterat i positiva effekter på kort sikt. Ett ständigt ökande remissflöde till MRT-undersökningar försvårar dock möjligheterna att åstadkomma en tillräckligt god tillgänglighet.

Prioriteringsriktlinjer

Landstinget ser vårdgarantin och medicinska prioriteringar som två skilda företeelser. Riksdagens beslut om riktlinjer för prioritering anger hur hälso- och sjukvården ska prioritera sina insatser med utgångspunkt i patienternas faktiska behov. Vårdgarantin har ingenting att göra med prioriteringar i enskilda fall utan är en målsättning över hur god tillgängligheten till planerad hälso- och sjukvård ska vara utan hänsyn till medicinskt behov.

Landstingets förhållningssätt är att det är patientens medicinska behov som ska utgöra grunden för prioritering och beslut om vårdinsats. Det innebär att verksamheterna, om behoven av vård är så stora så att beslutet om tillgänglighet (vårdgarantin) inte kan uppfyllas, har i uppdrag att förbättra och utveckla verksamheten för att såväl behoven som tillgängligheten kan tillgodoses.

För att stödja denna utveckling har landstinget, som tidigare redovisats, tillskjutit extra resurser för att öka kapaciteten såväl permanent som tillfälligt för att uppnå balans. Samtidigt har verksamheterna haft, och har fortfarande, i uppdrag att arbeta aktivt med att se över kriterier för beslut om att sätta upp patienter på planeringslistor. Inriktningen är att planerings- och väntelistor endast ska omfatta patienter som har ett medicinskt bedömt behov av åtgärd och att denna åtgärd ska ske i nära tid i förhållande till beslutet.

Riksdagens beslut om riktlinjer för prioritering är utgångspunkten för verksamheternas hantering av beslut i enskilda patientfall. Ett fenomen att ha uppmärksamhet på som rör prioriteringar är risken för undanträngningseffekter som följd av vårdgarantin. Landstinget kommer även fortsättningsvis att uppmärksamma detta för att säkerställa att patienter/patientgrupper med högre prioriterade behov inte får försämrade tillgänglighet eftersom vårdgarantin främst fokuserar på elektiv vård inom vissa kirurgiska specialiteter.

Övrigt

Landstingsdirektörens senaste rapport till landstingsstyrelsen om tillgängligheten i länet bifogas dels som ett exempel på hur tillgängligheten kontinuerligt följs upp dels som en beskrivning av hur den aktuella tillgängligheten i länet är.

Beslut

Enligt beslutsförslaget.

§ 85

Landstingsstyrelsens rapport

Dnr 18-07

Förslag till beslut

Följande rapport lämnas till landstingsfullmäktige den 3 maj 2007:

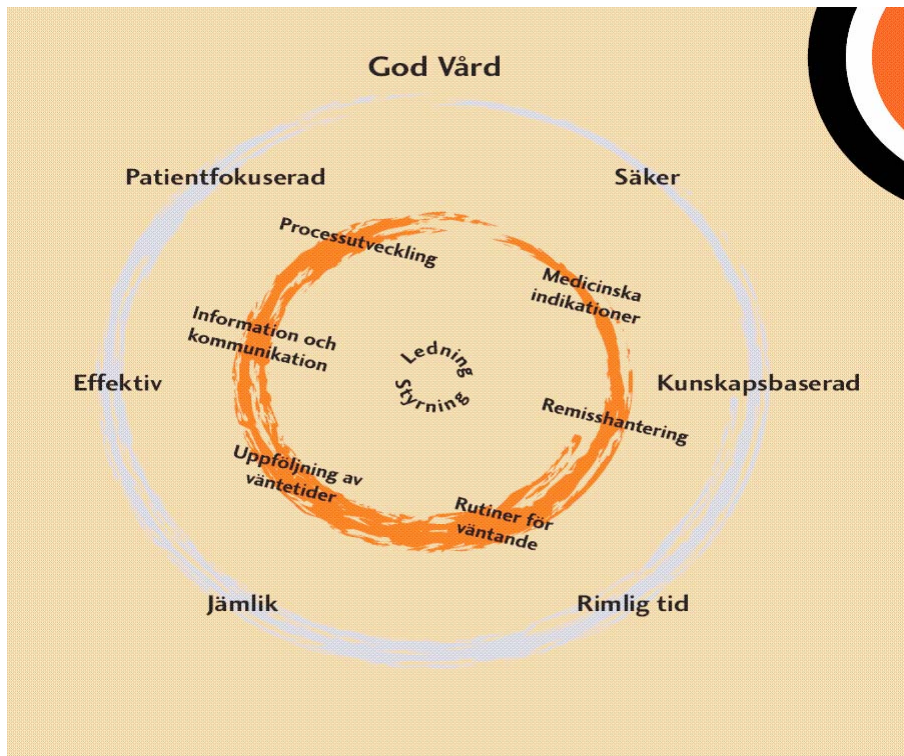
Beslut

Enligt beslutsförslaget.

Avsnitt 1: Ur landstingsdirektörens rapport till styrelsen 24 april 2007

Tillgänglighet och vårdgaranti

Hälso- och sjukvårdslagstiftningen anger vilka områden som ska beaktas för att kvaliteten i hälso- och sjukvården ska kunna utvecklas och säkras. I Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) framgår att ledningssystemet ska omfattas av ett helhetstänkande och vara säker, kunskapsbaserad, jämlik, effektiv, patientfokuserad och att vården ska ges inom rimlig tid. Tanken stämmer väl överens med de övergripande mål för hälso- och sjukvården som finns uttalade i landstingplanen. För att landstinget ska kunna erbjuda en god och tillgänglig vård krävs att samtliga bitar i nedanstående hjul fungerar tillfredsställande. De verksamheter som inte uppfyller kraven på en tillgänglig vård utifrån vårdgarantin måste fortsätta kraftsamlingen och ytterligare ta tillvara de erfarenheter som finns från beprövade och väl fungerande metoder.



Aktuell tillgänglighet inom landstinget

Nedan redovisas aktuell tillgänglighet, det vill säga om tillgängligheten till en behandling, mottagning eller undersökning är kortare eller längre än 13 veckor. Resultatet redovisas enligt modellen "klarar" och "klarar ej" vårdgarantin. Uppgifterna bygger på en bedömning av den förväntade tillgängligheten per den 31 mars 2007.

Primärvård

Årets första primärvårdsmätning genomfördes vecka 13 (26 mars-1 april) Vid denna granskas telefontillgänglighet (0) samt tillgänglighet till läkare (7). Inrapportering av resultatet avslutades den 20 april och sammanställs nu av Sveriges Kommuner och Landsting. Resultaten av studien delges så snart sammanställningen är färdigställd.

Specialiserad vård

Inom division *Opererande specialiteter* uppvisar mottagningsverksamheten inom allmänkirurgi generellt sett god tillgänglighet. Under hösten påbörjade kirurgmottagningen i Sunderbyn ett förbättringsarbete enligt Bra mottagning vilket fortlöper under våren. Inom allmänkirurgin finns specifika patientgrupper där man inte uppnår vårdgarantin till behandling. Det gäller i synnerhet fetmapatienter (obesitas) och plastikoperationer (reducering av bröst etc). Problematiken inom dessa områden är likartade i hela landet. Kapacitet finns att hantera den beräknade grundvolymen. Förslag på en tillfällig kökortningsinsats planeras för att arbeta bort den "ryggsäck" som fortfarande finns.

Tillgängligheten till mottagning inom ortopedi förbättrades radikalt under 2006. Fortfarande finns vissa tillgänglighetsproblem till behandling av patientgrupper som kräver specifik specialistkompetens (axlar, fötter, tår etc).

Förseningar kan uppstå när specifika läkare/vikarier inte finns tillgängliga i länet. Arbete pågår för att optimera planeringen så att den specifika specialistkompetensen kan nyttjas optimalt när den finns på plats.

Under 2006 gjordes en satsning för att öka tillgängligheten till mottagning inom öron-näsa-hals. Detta innebar behov av en ökad operationsvolym. Operationerna har också ökat markant i verksamhetsområdet men trots det uppnås ännu inte vårdgarantin fullt ut. Arbete pågår för att komma tillrätta med problemet.

Inom division *Medicinska specialiteter* kvarstår problemen med att uppfylla vårdgarantin inom verksamhetsområdet lungmedicin och smärtmottagning. Insatser för att komma tillrätta med problemen, som till stor del beror på läkarbrist, fortsätter.

Smärtbehandling vid Garnis rehabiliteringscenter har fortsatt en väntetid till behandling som överstiger tre månader. Som tidigare nämnts ska detta ses som en del av planeringsprocessen för att kunna samla lämpliga behandlingsgrupper. Den normala väntetiden är i dag cirka sex månader, men somliga väntar kortare tid och andra något längre.

Väntetidsläget till hudsjukvården har försämrats under våren. Att hudmottagningen inte klarar vårdgarantin har sin förklaring i bristen på specialistläkare. Både hudsektionen och lungmedicin har i uppdrag att se över mottagningsverksamheten samt utarbeta en strategi och vidta åtgärder för att komma tillrätta med väntetiderna.

Inom division *Vuxenpsykiatri* uppgår väntetidsläget vid sjukhusen i Piteå och Gällivare till mindre än fyra veckor. Vid Sunderby sjukhus kvarstår problemen med för långa väntetider vilket resulterar i att vårdgarantin inte uppfylls. Orsaken till situationen är brist på läkare. Rekryteringsinsatser för att öka tillgången till specialister pågår.

Division *Diagnostik* har fortfarande långa väntetider till MR-undersökning av hjärna, ländrygg och knäled. Väntetiden uppgår till ca 12 veckor i Gällivare, ca 30 veckor i Piteå och ca 48 veckor i Sunderbyn. Patienterna från kusten erbjuds tid i Gällivare, men många väljer att vänta på en plats på det lokala sjukhuset. Arbete pågår med att utforma en gemensam väntelista, vilket kräver förändringar i VAS. Tillgängligheten till datortomografi av hjärnan är god.

TILLGÄNGLIGHET TILL MOTTAGNING PER DEN 31 MARS 2007		
OMRÅDE	KLARAR	KLARAR EJ
KIRURGI		
Allmän kirurgi	X	
Gynekologi, kusten	X	
Gynekologi, Gällivare	X	
Gynekologi, Kiruna	X	

LANDSTINGSSTYRELSEN DEN 24 APRIL 2007

Ortopedi	X	
Urologi	X	
Ögonsjukvård	X	
Öron-näsa-halssjukvård	X	
MEDICIN		
Allmän internmedicin	X	
Barn- och ungdomsmedicin	X	
Hudsjukdomar		X
Lungmedicin		X
Reumatologi	X	
Smärtmottagning		X
PSYKIATRI		
Allmän psykiatri, Gällivare	X	
Allmän psykiatri, Piteå	X	
Allmän psykiatri, Sunderbyn		X
Barn- och ungdomspsykiatri	X	

I allmän kirurgi ingår plastikkirurgi och kärlkirurgi. I ortopedi ingår handkirurgi. I allmän internmedicin ingår endokrinologi, gastroenterologi, hematologi, kardiologi, neurologi, nefrologi och diabetes. I lungmedicin ingår allergologi.

TILLGÄNGLIGHET TILL BEHANDLING PER DEN 31 MARS 2007			
OMRÅDE	PATIENTGRUPP	KLARAR	KLARAR EJ
Gynekologi - Kusten	Op urininkontinens	X	
	Op livmoderframfall (prolaps)	X	
	Op hysterektomi, benign indikation	X	
Gynekologi - Gällivare	Op urininkontinens	X	
	Op livmoderframfall (prolaps)	X	
	Op hysterektomi, benign indikation	X	
Gynekologi - Kiruna	Op urininkontinens	X	
	Op livmoderframfall (prolaps)	X	
	Op hysterektomi, benign indikation	X	
Kirurgi (inkl plastikkirurgi &	Op ljumsckbräck	X	

LANDSTINGSSTYRELSEN DEN 24 APRIL 2007

kärlikirurgi)	Op navelbräck	X	
	Op varicer, ej kosmetiska	X	
	Op ärrbräck	X	
	Op anala sjukdomar		X
	Op på gallblåsa/gallgång vid gallsten	X	
	Op av giftstruma	X	
	Obesitasoperation		X
	Reduktion av bröst		X
	Rekonstruktion av bröst efter borttagande av tumör	X	
	Reduktion av hängbuk		X
Ortopedi (inkl handkirurgi)	Artroskopi, -knä	X	
	Op subacromiella smärttillstånd		X
	Op axelinstabilitet		X
	Op av tår (hallux valgus, hammartå)	X	
	Op korsband, artroskopisk el öppen		X
	Op pr ledprotesoperation i höftled	X	
	Op sek ledprotesoperation i höftled	X	
	Op pr ledprotesoperation i knäled	X	
	Op av diskbräck i ländrygg	X	
	Op av rotkanalförtängning i ländryggrad	X	
	Op av Dupuytrens kontraktur	X	
	Op av karpaltunnelsyndrom	X	
	Op av ledhinnor och senor	X	
	Op av tumbasartros (CMC-1 artros)		X

	Op av reumatoid artrit		X
Urologi	Op av vattenbräck (hydrocele testis)	X	
	Op icke nedstigen testikel (retentio testis)	X	
	Resektion vid prostataförstoring	X	
Ögonsjukvård	Op av gråstarr	X	
	Op av skelning, 19 år +	X	
	Op av skelning, 0-18 år	X	
Öron-, näs- halssjukvård	Hörselförbättrande operation	X	
	Septumplastik		X
	Tonsillektomi		X
	Utprovning av hörapparat	X	

TILLGÄNGLIGHET TILL UNDERSÖKNING PER DEN 31 MARS 2007		
OMRÅDE/ PATIENTGRUPP	VÄNTETIDSLÄGE <90 DAGAR	VÄNTETIDSLÄGE >90 DAGAR
ENDOSKOPIER		
Koloskopi	X	
Gastroskopi	X	
DIAGNOSTIK/RADIOLOGI		
MR-undersökning av ländryggraden		X
MR-undersökning av knäled		X
MR-undersökning av hjärnan		X
Datortomografi av hjärnan	X	

Fortsatt arbete kring tillgänglighet

Sveriges Kommuner och Landsting bedriver ett arbete med att sammanställa en handbok i Flödesmodellen. Denna kan innebära stor hjälp i vårt fortsatta arbete med att införa och implementera flödesmodellen inom fler verksamhetsområden i länet. I övrigt så vill jag också nämna en utredning avseende barn- och ungdomspsykiatri som pågår. Sannolikt kommer denna redan från årsskiftet 2007/2008 att resultera i skärpta krav på tillgänglighet, med krav om erbjuden vård inom 30 dagar istället för dagens 90.

På den regionala nivån fortsätter planeringen inför den kommande tillgänglighetskonferensen den 2 oktober 2007 i Örnsköldsvik med ökad intensitet. Konferensen vänder sig till politiker, verksamhetsansvariga och berörda tjänstemän i Norrbotten, Västerbotten, Jämtland och Västernorrland. Vid

konferensen ges landstinget utrymme att presentera ett antal framgångsrika exempel på hur Norrbotten inom ett antal verksamhetsområden lyckats komma tillrätta med långa väntetider till mottagning och behandling. Exempel på verksamheter som på ett föredömligt sätt lyckats förbättra tillgängligheten inom specialiserad vård är ortopedin, kvinnosjukvården, ögonmottagningen och öron-näsa-hals. För primärvårdens räkning vill jag särskilt lyfta fram Övertorneå vårdcentrals arbete med att förbättra telefontillgängligheten.

Jag ser med stor tillförsikt fram emot att delta i konferensen. Det blir en dag då vi får möjlighet att dela med oss av våra erfarenheter, ta del av andras framgångskoncept samt diskutera politiska förutsättningar för att framåt kunna erbjuda bästa tänkbara vård inom rimlig tid. Att möta företrädare från andra landsting utvidgar nätverken och skapar bättre förutsättningar för framtiden.

Avvikelsehanteringsprocessen

Uppföljning 2006

I februari 2006 antog landstingsstyrelsen generella riktlinjer för avvikelsehanteringsprocessen. Divisionerna har därefter haft i uppdrag att anpassa sina rutiner till de generella riktlinjerna.

Viss information från divisionernas avvikelsehantering kan ha gått förlorad på grund av att systemet för uppföljning ändrades under året. Orsaken till att systemet ändrades beror på Socialstyrelsens krav som beskrivs i SOSFS 2005:12 – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet och på att avvikelsehanteringsprocessen har anpassats för att underlätta införandet av ett IT-baserat avvikelsehanteringssystem under 2007.

Antal avvikelser, d v s negativa händelser eller tillbud

2004	2005	2006
6 534	7 343	7 031

Identifierade och rapporterade avvikelser har klassificerats i 10 olika huvudgrupper; dokumentation, informationsöverföring/samverkan/kommunikation, läkemedel, medicinsk diagnos/behandling, medicintekniska produkter, omvårdnad, personal, service, tekniskt och utrustning.

Under varje huvudgrupp finns ett antal variabler som redovisas sammantaget. Varje division och verksamhet har detaljerad kunskap om sina avvikelser.

Huvudgrupper	Antal
Dokumentation	4 191 ¹
Information	419
Läkemedel	252
Medicinsk behandling	513
Medicintekniska produkter	201
Omvårdnad	615
Personal	265
Service	110
Tekniskt	336
Utrustning	27
Övrigt	102
Totalt	7 031

¹ Avvikelserna inom området dokumentation ska fördelas jämt mellan de olika verksamheterna/divisionerna. Bakomliggande faktorer är identifierade och förbättringsarbete pågår.

43 händelseanalyser relaterat till identifierade och rapporterade avvikelser är genomförda.

Genomförande och uppföljning av åtgärder

Med anledning av avvikelserna har divisionernas förbättringsarbete fokuserats på framför allt:

- Kommunikation och information, vilket bl a innebär att förbättra informationsöverföring, samverkan och kommunikation inom landstinget, med kommunerna, äldreboende och socialomsorg samt att förbättra kontakter i regionalt och nationellt samarbete.
- Procedurer, processer, rutiner och riktlinjer, vilket handlar om att förbättra följsamhet till rutiner, riktlinjer, vårdprogram, standarder och föreskrifter.
- Teknik, utrustning och apparatur, vilket handlar om förbättringar av rutiner för användning och hantering av medicintekniska produkter samt följsamhet till rutinerna.

Lärande, regelbunden och fortlöpande återkoppling

Alla divisioner har någon form av återrapportering och de flesta anger arbetsplatsträff och planeringsdagar som det vanligaste.

Flera verksamheter arbetar strukturerat med att använda avvikelserna i förbättringsarbetet. De har även återkoppling till ledningsgrupperingar där verksamhets- och divisionscheferna deltar. Många av verksamheterna har bildat särskilda analysgrupper enligt de generella riktlinjerna och arbetar metodiskt. Ett exempel är internmedicin, Sunderby sjukhus som bildat en arbetsgrupp bestående av chefer, medarbetare samt Lex Maria-ansvarig som tillsammans går igenom avvikelser och ärenden hos Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF).

Division Diagnostik vars verksamhet inom laboratoriemedicin i Sunderbyn, är ackrediterade av Swedac, har särskilda kvalitets- och metodmöten, där avvikelser och åtgärder diskuteras och dokumenteras. Rutiner går igenom och förändras vid behov. Information om rutiner lämnas fortlöpande till all personal och till remittenterna och finns också lätt tillgängliga såväl elektroniskt som i pappersformat. Vidtagna åtgärder följs upp regelbundet.

Lex Maria, HSAN, patientnämnd och LÖF

Dessa uppföljningsparametrar genomförs för första gången och det bör påpekas att divisionerna haft svårigheter med uppföljningen och att viss information har gått förlorad. Dessutom hade vid uppföljningen inte alla verksamheter fått bl a LÖF-statistik.

	Totalt
Lex Maria	38
Händelseanalyser gjorda på Lex Maria ärendena	22
Lex Mariaärende rapporterat som avvikelse	16
Lex Maria till HSAN	15
Handlagda LÖF-ärenden	100
Ärenden hos Patientnämnden	421

Jag konstaterar att antalet avvikelser är rätt så konstanta över tid. Det är viktigt att påpeka att en förbättringsmedveten organisation rapporterar avvikelser och att patientsäkerhetskulturen ska stödja enskilda medarbetare till att rapportera identifierade avvikelser.

Ur patientsäkerhetssynpunkt ska särskilt uppmärksammas antalet avvikelser inom området dokumentation. Dessa avvikelser ska tas på största allvar och förbättringsarbetet ska fokuseras på identifierade områden i hela vårdprocessen.

De händelseanalyser som gjorts har ett stort värde eftersom bakomliggande orsaker identifierats och åtgärder som förhindrar återupprepning kan vidtas. Detta är ett mycket bra exempel på patientsäkerhetsarbete. Målet är att händelseanalys ska göras på alla Lex Maria-ärenden och avvikelser där sannolikhet för upprepning och allvarlig skada föreligger.

Vidare förväntas alla divisioner hålla sig informerade om och ha rutiner för handläggning av ärenden till LÖF och patientnämnd.

Det är med glädje jag konstatera att ansvariga är med i avvikelshanteringsprocessen och arbetet med händelseanalyser.

Ramavtal om läkarmedverkan

Från och med den 27 februari 2007 gäller ett av mig och kommunförbundets direktör undertecknat samverkansavtal mellan kommunerna och landstinget angående läkarinsatser inom kommunernas äldre- och handikappomsorg

ÄDEL-reformen medförde en förändrad gränsdragning mellan kommun och landsting, där kommunerna fick ansvaret för det särskilda boendet och för de hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs där t o m sjuksköterskenivån, medan landstinget fick ansvaret för öppenvård med vårdcentralen som bas samt slutenvård vid vårdcentralens akutavdelning eller vid sjukhus. Dessutom ansvarar landstinget för läkarinsatser inom kommunens särskilda boenden för äldre och funktionshindrade och dagverksamheter.

För att denna gränsdragning inte ska vara ett hinder för medborgarnas rätt till adekvat hälso- och sjukvård, är det ytterst viktigt med ett gott samarbete mellan kommun och landsting. Möjligheten till att få tillgång till läkarinsatser skall enligt hälso- och sjukvårdslagen vara lika oavsett administrativ utformning av vård och omsorg, ålderskategori eller funktionshinder.

Från den 1 januari 2007 regleras läkarmedverkan i kommunal vård och omsorg enligt 26 d § i hälso- och sjukvårdslagen. Landstinget ska avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i de verksamheter som avses i 18 § första stycket i lagen. Vidare ska landstinget och kommunerna inom landstinget sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan.

Målet för läkarinsatser inom kommunal hälso- och sjukvård ska vara god tillgänglighet, kontinuitet, servicenivå och kompetens.

Avtalet är ett länsövergripande ramavtal vilket ska följas av lokala avtal mellan berörda vårdcentraler och kommunernas socialtjänst. Avtalet omfattar specialister i allmän medicin. På lokal nivå undertecknas avtalen av behöriga tjänstemän, inom landstinget primärvårdens regionchef eller motsvarande och inom kommunerna socialchef eller motsvarande.

Läkartiden skall anpassas till lokala behov i särskilda boenden tillsammans med berörd vårdcentral. Det är kommunen tillsammans med berörda vårdcentraler som fördelar tiden efter behoven i särskilda boenden och tiden kan variera över tiden även i ett enskilt särskilt boende om behoven förändras.

Ramavtalet på länsnivå anger grundnivån för läkarinsatser vilket rekommenderas vara 1 läkartimme/10 boende och vecka.

Om landstinget inte kan uppfylla de villkor om läkarinsatser som parterna kommit överens om, äger kommunen rätt att anlita en annan läkare och fakturera landstinget för dessa kostnader enligt 26 § d i hälso- och sjukvårdslagen.

Avtalet innehåller också bestämmelser om tillgänglighet, kontinuitet, informationsöverföring och dokumentation, samverkan, uppföljning av behandlingsinsatser, avvikelser, handledning, fortbildning, uppföljning av avtalet, uppsägning samt hantering av eventuella tvister.

Nationella cancerriktlinjer

Den 2 april publicerades de nationella riktlinjerna för bröst-, kolorektal-, och prostatacancer, cancervårdens tre största tumörformer. Med hjälp av riktlinjerna blir det möjligt att prioritera åtgärder i en tiogradig skala även när det gäller tumörsjukdomar. Sammanvägningen av den etiska plattformen där människovärdesprincipen, behovsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen som utgör grunden för prioriteringarna bedöms kunna fungera väl. Det har också skett en prioritering mellan sjukdomsgrupperna.

Frågorna om screening har varit en viktig fråga att ta ställning till, främst i prioriteringarna för prostatacancer och kolorektal cancer. Socialstyrelsen anser att det fortfarande finns för stora osäkerheter i de metoder som just nu finns tillgängliga för att införa en allmän screening för dessa cancerformer.

Riktlinjearbetet har vad gäller prostatacancer inneburit en omsorgsfull genomgång av hur kirurgi, strålbehandling och symtomlindrande behandling ska prioriteras för olika riskgrupper. För första gången har man också för prostatacancer kunnat konstatera nyttan med cellgiftsbehandling i senare skeden av sjukdomen.

Utöver de operationsmetoder som förfinats allt mer för patienter med kolorektal cancer tas i riktlinjerna ställning till för vilka patientgrupper där kirurgi bör kompletteras med strålbehandling och behandling med cellgifter. Det föreslås också prioritering av kirurgisk behandling av återfall och metastaser.

Vad gäller bröstcancer är en viktig fråga att patienterna får tillgång till så kallad sentinel node-teknik. Tekniken innebär att man under operationen identifierar den första lymfkörteln och analyserar den med ett fryssnitt. Om lymfkörteln visar sig fri från cancerceller behöver inget ytterligare ingrepp göras. På så sätt besparas många kvinnor de armbesvär som annars uppstår med smärta och obehag som följd.

Socialstyrelsen tidigare rekommendationer om mammografi till kvinnor i åldern 40–74 år förändras inte.

Den palliativa vården – vård i livets slutskede – har i riktlinjearbetet pekats ut som något som ska prioriteras högt. Det gäller dels konkreta åtgärder för lindring av smärta och andra symtom, dels utvecklingen av samarbetet i palliativa team till stöd för patienter och närstående. Ett bra exempel på det är hur den norra regionen tidigt inlett sitt förbättringsarbete inom palliation.

Sättet riktlinjerna tagits fram på ger goda förutsättningar för landsting och regioner att genomföra Socialstyrelsens rekommendationer som finns i beslutsstödsdokumentet.

Landstingsstyrelsen beslöt den 20 december 2006 (§ 202) att bidra med personalinsatser för förbättringsarbete till projektet Palliativ vård i glesbygd som ska bedrivas i norra regionen. Projektet har som syfte att skapa en eller flera glesbygdsmodeller för palliativ vård och forska om genomförandet av dessa. Projektet ska ses som en fortsättning på de erfarenheter som gjordes under beredningsarbetet av de nationella riktlinjerna.

Nationell psykiatrisamordning

Den 27 februari genomfördes den tredje årliga länskonferensen inom ramen för Nationella Psykiatrisamordningen. Konferensen, som samlade närmare 350 deltagare från psykiatri, primärvård, länets kommuner samt företrädare för brukare och närstående, genomfördes under rubriken ”Kunskap, öppenhet och inflytande – nyckeln till ett bättre liv”. Konferensens syfte var att bygga vidare på och ge ytterligare inspiration till det utvecklingsarbete som pågår i länet när det gäller samverkan mellan psykiatri, primärvård och socialtjänst för människor med psykiska sjukdomar och funktionshinder.

Under konferensen redovisade företrädare för den Nationella Psykiatrisamordningen de huvudsakliga förslagen i slutbetänkandet *Ambition och ansvar – Nationell strategi för samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder* (SOU 2006:100) där landstinget är remissinstans. Den Nationella Psykiatrisamordningen har därmed avslutat sitt uppdrag och Socialstyrelsens NU-projekt (Nationellt utvecklingsstöd till verksamheter för människor med psykiska sjukdomar och funktionshinder) har fått regeringens uppdrag att särskilt stödja utvecklingen inom detta område. Särskild uppmärksamhet ägnades också åt frågan om hur brukares och närståendes erfarenheter på ett mer systematiskt sätt kan tas till vara för att utveckla vården och omsorgen om psykiskt sjuka/funktionshindrade.

I länet fortgår det samlade arbetet med att förbättra livssituationen för människor med allvarlig psykisk sjukdom och/eller psykiska funktionshinder. I samverkan har representanter för psykiatri, primärvård och kommuner prioriterat 15 lokala projekt. Arbetet går nu in i ett skede där samlade erfarenheter och i vissa fall utvecklade metoder och arbetssätt integreras i det ordinarie arbetet.

Under 2008 kommer ytterligare en länskonferens att genomföras i samarbete mellan landstinget och Kommunförbundet Norrbotten. Inriktningen kommer då att vara att redovisa vilka effekter som de lokala projekten haft med särskild fokus på patienterna/klienterna samt hur erfarenheter och kunskaper ska kunna integreras i daglig verksamhet.

Halsmandlar opereras med ny skonsam teknik

En förfinad och säker metod har utvecklats för operation av halsmandlar. Operationen görs med hjälp av en joniserad saltvattenstråle som aktiveras med radiofrekvensvågor och på så sätt löser upp den vävnad som ska tas bort. Den nya tekniken som kallas coblation innebär att hela eller en del av halsmandeln kan tas bort på ett mycket skonsamt sätt.

Fördelen med metoden är att vävnaderna runt operationsområdet inte utsätts för höga temperaturer och därför får patienten mindre ont efteråt. Risken för blödningar blir också mindre. Patienten kan åka hem samma dag. Med den gamla metoden tog det längre tid och skadorna på vävnaderna blev större. Patienterna hade mer ont och fick ligga kvar på sjukhuset några dagar. Tack vare att operationerna görs dagkirurgiskt sparas vårdplatser in. Målet är att få bort kön och klara vårdgarantin redan efter sommaren.

Norrbottnens läns landsting är tidigt ute med att införa den nya operationsmetoden. Det startade ett pilotprojekt i Gällivare år 2005 och erfarenheterna var mycket goda. Metoden började användas i januari i år på Piteå älvudals sjukhus och läkarna på Sunderby sjukhus ska successivt utbildas i den nya tekniken under våren.

Tekniken är dyrare, men säkrare. Barnen mår mycket bättre efteråt och behovet av smärtstillande mediciner har blivit mindre.

I Norrbotten opereras 300 patienter per år, varav ungefär 200 är barn. Utrustningen kostar 70 000 kronor och vid varje operation går det för ungefär 1 000 kronor i engångsmaterial. Operationstiden är kort; på ungefär tio minuter hinner man operera båda halsmandlarna.

Egenavgifter på hjälpmedel

Jag har låtit undersöka vilka kostnader patienterna haft på grund av de beslut om egenavgifter för vissa hjälpmedel som landstingsfullmäktige fattat för åren 2004–2006. Syftet med egenavgiften har främst varit att minska landstingets kostnader för hanteringen av hjälpmedel. Vissa hjälpmedel är förhållandevis dyra för landstinget att köpa in och andra är genom en stor volym dyra att köpa in och att hantera. Genom att patienterna får köpa vissa hjälpmedel och sedan behålla dem, minskar landstinget sina hanteringskostnader i väsentlig grad.

År 2004 belades stödkäpp och armbågskrycka inklusive tillbehör, cykel i vuxenstorlek till barn och ungdom, glasögon med bågar och byte av befintliga glas samt hörapparat med egenavgift.

År 2005 infördes egenavgift för stimulator för smärtlindring (TENS-apparat), hygienhjälpmedel utan hjul, rollator och Daisyspelare. Dessutom förändrades egenavgifterna för ortoser och ortopediska skor som varit belagda med egenavgift sedan 1997.

År 2006 infördes egenavgift för inkontinenshjälpmedel.

Betalda egenavgifter och antal personer som betalt egenavgifter fördelar sig på följande sätt:

Hjälpmedel	Egenavgift, kr			Antal personer		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006
Hörapparat	702 000	1 133 000	1 094 000	1 266	1 984	1 886
Inkontinenshjälpmedel	–	–	788 920	–	–	4 667
Hygienhjälpmedel utan hjul	–	580 500	630 000	–	1 646	1 786
Rollator	–	538 200	610 200	–	1 721	1 954
Stödkäpp och armbågskrycka inkl tillbehör	472 600	513 410	555 940	2 773	2 896	3 071
Ortoser	230 650	186 650	454 600	1 620	948	1 766

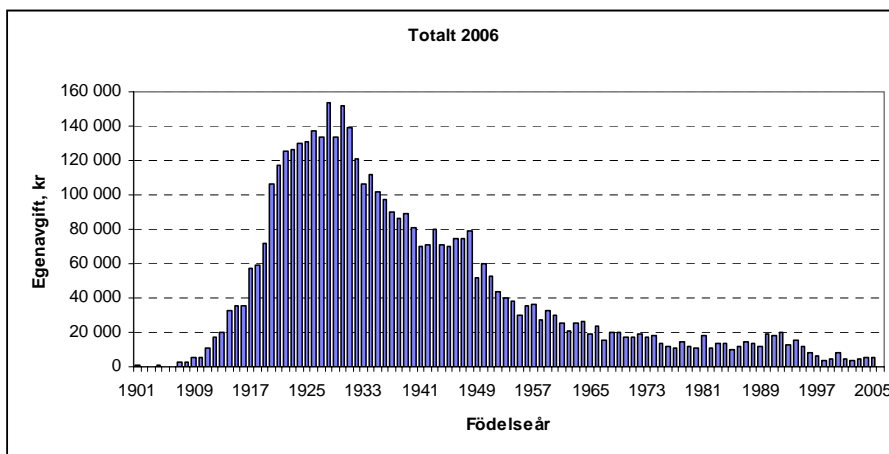
Hjälpmedel	Egenavgift, kr			Antal personer		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006
Ortopediska skor	–	–	268 500	–	–	368
TENS-apparat	–	107 500	73 500	–	215	147
Glasögon inkl byte av glas	41 625	15 750	30 750	93	39	66
Daisyspelare	–	6 500	20 000	–	13	40
Totalt	1 446 875	3 081 510	4 526 410	5 752	9 462	15 751

Beloppen för ortoser avser de egenavgifter som är betalda på landstingets vårdenheter. Ortopediska skor ingår i redovisningen först fr o m 2006, eftersom verksamheten tidigare bedrevs av en privat entreprenör.

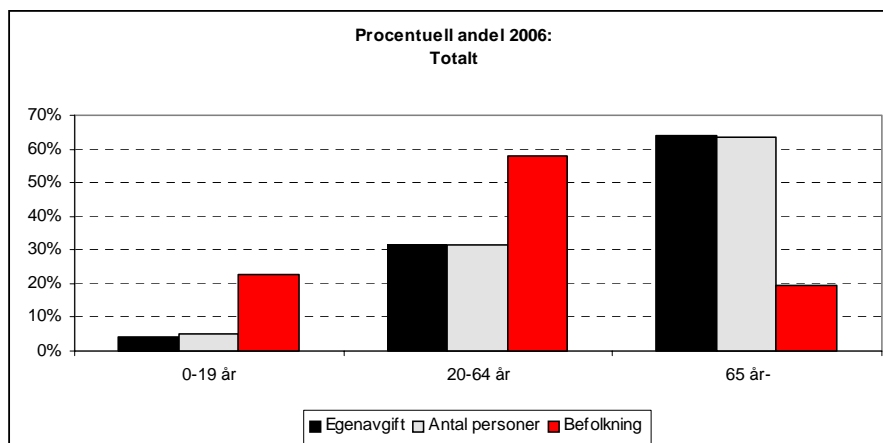
Ökningen av egenavgifterna mellan 2004 och 2005, 113 procent, beror till största delen på de kökortningsinsatser som skedde beträffande hörapparatutprovning samt att hygienhjälpmedel och rollatorer, två volymmässigt relativt stora grupper, belades med egenavgift år 2005.

Ökningen av egenavgifterna mellan 2005 och 2006, 47 procent, beror huvudsakligen på att inkontinenshjälpmedel belades med egenavgift år 2006 och att ortopediska skor ingår i redovisningen. Vidare ökade egenavgifterna för ortoser, hygienhjälpmedel och rollatorer.

Av diagrammet framgår hur betalda egenavgifter år 2006 fördelar sig på födelseår. Bilden ser likadan ut för åren 2004 och 2005. År 2006 betalade personer födda mellan åren 1920–1935 tillsammans över 100 000 kr i egenavgift per år. Personer födda 1928 och 1930 erlade vardera över 150 000 kr i egenavgift.



Följande diagram visar att personer som är 65 år och äldre både har betalt en högre andel av egenavgifterna och utgör en högre andel av de som betalt egenavgift än vad som motsvarar deras andel av befolkningen. För personer som är yngre än 65 år är förhållandet det motsatta. Samma förhållande gäller även 2004 och 2005.



Egenavgiften per person och åldersgrupp ser totalt ut på följande sätt:

Åldersgrupp	Egenavgift/person		
	2004	2005	2006
0-19 år	188	200	248
20-64 år	198	285	290
65 år-	330	362	289
Totalt	252	326	287

Ökningen mellan 2004 och 2005 beror på att fler hjälpmedel belades med egenavgift. År 2006 infördes endast egenavgift på inkontinenshjälpmedel (170 kr per 12-månadersperiod), vilket medförde att genomsnittskostnaden sjönk. Detta gäller särskilt 65-åringar och äldre.

Primärvårdens andel av egenavgifterna har ökat under perioden, vilket framgår av tabellen.

År	Primärvård		Sjukhusvård		Totalt	
	Egenavgift	%-andel	Egenavgift	%-andel	Egenavgift	%-andel
2004	455 845	31,5	991 030	68,5	1 446 875	100
2005	1 450 415	47,1	1 631 095	52,9	3 081 510	100
2006	2 365 305	52,3	2 161 105	47,7	4 526 410	100

Mellan 2004 och 2005 berodde ökningen till stor del på att TENS-apparat, hygienhjälpmedel utan hjul och rollator huvudsakligen förskrivs i primärvården. Ökningen av primärvårdens andel mellan 2005 och 2006, då den blev högre än sjukhusvårdens, berodde på att inkontinenshjälpmedel nästan utan undantag förskrivs i primärvården.

Ombyggnationer och investeringar vid Piteå älvdals och Kiruna sjukhus

Piteå älvdals sjukhus

Ombyggnationer

Ombyggnationen av Piteå älvdals sjukhus – som pågått sedan april 2005, är nu inne i den sista fasen. Nu återstår endast etapperna IVAK och folktandvården, samt vissa anpassningar för behandlingsenheten. Hela projektet beräknas bli klart till sommaren 2008.

Gemensam specialistmottagning

Den 22 januari 2007 togs den gemensamma specialistmottagningen i bruk. Officiell invigning skedde den 23 februari.

Den nya mottagningen kommer årligen att ta emot drygt 30 000 patienter och ge service för patienter till medicin, rehabilitering, allmänkirurgi, urologi, ortopedi och gynekologi. Den bärande tanken är att skapa bra logistik och flöden i ändamålsenligt anpassade lokaler, vilket ger patienterna en god vårdmiljö av hög kvalitet.

Arbetet med att utveckla samverkansform och arbetssätt i de nya lokalerna har varit stimulerande och stundtals intensivt för berörd personal. Men målet att åstadkomma en god arbetsmiljö, bra kvalitet och flöde i patientarbetet samt ett effektivt nyttjande av lokalerna har hela tiden varit ledord i processen.

Kiruna sjukhus

Ombyggnadsarbetet på IVAK-enheten fortskrider enligt plan. Invigningen sker den 19 juni. Efter semestrarna beräknas IVAK-enheten tas i drift fullt ut.

Arbetet på sterilcentralen är slutfört.

Under ombyggnadstiden är jourcentralen belägen i primärvårdens lokaler. Flyttning till IVAK beräknas ske den 1 juli.

Bemanningen fortgår enligt planerna. Ett bemanningsförslag finns för IVAK och MBL §19 information har getts till samtliga fackliga organisationer.

Det har påbörjats ett arbete med att utarbeta en gemensam IVAK-kultur för personalen som ju kommer från olika enheter.

Upphandling av utrustning löper problemfritt.

Miljöpolicy

Landstingsstyrelsen beslutade den 31 augusti 2006 att arbetet med att utforma ett övergripande politiskt styrdokument för miljöarbetet skulle påskynas. Det ska vara styrande för landstingets framtida miljöarbete och de miljömål och miljöfakta som tas fram inom ramen för arbetet. Policyn ska också harmoniera med de nationella och regionala miljömålen. Policyn ska behandlas av fullmäktige den 10 oktober 2007.

Jag har gett chefen för sekretariatet i uppdrag att ansvara för arbetet. Till arbetet har knutits dels en politisk styrgrupp, dels en referensgrupp med experter från verksamheten. Den politiska styrgruppen utsågs av landstingsstyrelsen den 20 december 2006.

Sammanlagt har 528 000 kr, inom ramen för fullmäktiges budget, avsatts för projektet.

Som ett första led i processen hölls ett miljöseminarium för landstingsfullmäktiges ledamöter den 8 mars.

Avsikten med seminariet var att ge landstingets förtroendevalda möjlighet till ytterligare kunskapsuppbyggnad i miljö-, klimat- och energifrågor med ett Norrbottensperspektiv samt att stimulera till kreativa diskussioner som underlag för det fortsatta arbetet. På seminariet medverkade forskare, industrirepresentanter, myndigheter och representanter från landstinget.

Nästa seminarium äger rum den 9 maj. Det kommer att inriktas på möjligheter och ge exempel på hur andra landsting arbetar och visa på goda exempel om e-hälsa och vindkraft samt ge utrymme för att i grupparbeten tvärpolitiskt börja diskutera inriktning och innehåll i den policy som ska arbetas fram för beslut i fullmäktige. Därefter ska ett utkast till miljöpolitisk policy utarbetas i samverkan med den politiska styrgruppen och referensgruppen.

Motioner under beredning

Följande motioner är under beredning:

Motion	Handläggning
Motion nr 1/07 om läns museets lokalisering och verksamhet (Kenneth Backgård, ns, och Anders Sundström, ns)	Styrelsen 31 maj Fullmäktige 13-14 juni
Motion nr 2/07 om att producera egenvårdsguiden för synskadade (Erik Berg, c)	Styrelsen 31 maj Fullmäktige 13-14 juni
Motion nr 3/07 om landstingets pensionsskuld (Jens Sundström, fp)	Styrelsen 31 maj Fullmäktige 13-14 juni
Motion nr 4/07 om nattedialys (Jens Sundström, fp)	Styrelsen 31 maj Fullmäktige 13-14 juni

Remissyttranden

Följande handläggning planeras för inkomna remisser:

Yttrande/remissypunkter	Senast	Handläggning
Yttrande över rapporten Socialstyrelsen följer upp tillämpningen av 6 kap 6 § vapenlagen – Fullgör läkare anmälningsskyldigheten till polisen?	2007-06-11	Styrelsen 31 maj
Yttrande över betänkandet Friskare tänder – till rimliga kostnader (SOU 2007:19)	2007-06-29	Styrelsen 31 maj
Remissypunkter på Ansvarskommitténs slutbetänkande Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft	2007-09-21	Styrelsen 30 augusti Fullmäktige 18 september

Avsnitt 2: Vissa styrelsebeslut 24 april 2007

Utgångspunkter för överföring av ansvaret för hemsjukvården

Frågan om det framtida ansvaret för sjukvårdsinsatser i patienters egen bostad (hemsjukvård) är under diskussion. Den förra regeringen avsåg att genom lagstiftning obligatoriskt överföra ansvaret för hemsjukvården från landstinget till kommunerna.

Enligt samstämmiga uppgifter avser regeringen inte att fullfölja den tidigare regeringens intentioner. I stället överlämnar regeringen till parterna att genom frivilliga överenskommelser utforma ansvaret för den framtida hem-

sjukvården. Denna linje följer den uppfattning som framförts av Svenska kommunförbundets och Landstingsförbundets styrelser i remissyttranden i frågan. Norrbottens läns landsting har också gett uttryck för denna uppfattning.

Mot bakgrund av den ändrade inriktning som frågan fått efter den nya regeringens tillträde har landstinget frågat samtliga kommuner om de är beredda att överta ansvaret för hemsjukvården i länet genom en frivillig överenskommelse (avtal) med landstinget. Samtliga kommuner har besvarat frågan och uttryckt att de under vissa förutsättningar är beredda att överta ansvaret för hemsjukvården.

Med anledning av kommunernas svar är det rimligt att landstingsstyrelsen nu tar principiell ställning till i första hand frågan om landstinget ska inleda förhandlingar med kommunerna om att överföra ansvaret för hemsjukvården till kommunerna och därefter även ange landstingets principiella utgångspunkter för former och förutsättningar för en sådan överföring.

Yttrande och förslag

I ungefär hälften av kommunerna och landstingen/regionerna har kommunerna redan ansvaret för hemsjukvården. Utvärderingar på nationell nivå talar för att verksamheten samlat sett fungerar bättre med ett samlat kommunalt ansvar för social omsorg och hemsjukvård i patienters eget boende. Landstingsstyrelsen bedömer mot denna bakgrund att det även i Norrbotten kan vara ändamålsenligt att överföra ansvaret för hemsjukvården till kommunerna.

Landstingets förutsättningar för att teckna avtal med länets kommuner om en överföring av ansvaret för hemsjukvården ska vara följande:

- Överföringen ska omfatta både det ekonomiska och verksamhetsmässiga ansvaret för hemsjukvården genom verksamhetsövergång.
- Landstinget accepterar inte att verka som entreprenör till kommunerna avseende utförande av hemsjukvården.
- Den ekonomiska regleringen av överföringen ska ske genom en skatteväxling på länsnivå. Skatteväxlingen ska grunda sig på omfattningen och kostnaderna för verksamheten vid tidpunkten för överföringen. Den framtida eventuella volym- och kostnadsutvecklingen inom området ska ej beaktas vid skatteväxlingen.
- Åtgärder ska vidtas för att underlätta den framtida informationsöverföringen mellan parterna med stöd av modern informationsteknologi

Styrelsens beslut

- 1 Angivna förutsättningar för att teckna avtal för att överföra ansvaret för hemsjukvården till kommunerna fastställs.
- 2 Om samtliga kommuner accepterar landstingets förutsättningar ska förhandlingar inledas med länets kommuner i syfte att överföra ansvaret för hemsjukvården från landstinget till kommunerna.
- 3 Landstingsstyrelsens ordförande ges i uppdrag att leda förhandlingarna

-

Yrkanden vid ärendets behandling i styrelsen

Kent Ögren (s) och Kenneth Backgård (ns) yrkar bifall till förslaget efter att punkt 2 i beslutsförslaget justerats till följande lydelse:

- Om samtliga kommuner accepterar landstingets förutsättningar ska förhandlingar inledas med länets kommuner i syfte att överföra ansvaret för hemsjukvården från landstinget till kommunerna.

Jämställdhetsredovisning 2006

Landstinget ska enligt jämställdhetslagen årligen följa upp och dokumentera det jämställdhetsarbete som bedrivs i organisationen. Jämställdhetslagen reglerar förhållandet mellan arbetsgivare och arbetstagare, varför det är landstingets roll som arbetsgivare ur ett jämställdhetsperspektiv som redovisas.

Föreliggande redovisning består av en Jämställdhetsredovisning, som är allmänt beskrivande till sin karaktär och sammanställer det arbete som landstingets divisioner bedriver. Som bilaga till redovisningen återfinns en jämställdhetsanalys av likvärdiga arbeten med en handlingsplan för åtgärder.

I redovisningen kan konstateras att även om landstinget är bra på att bedriva jämställdhetsarbete, så finns det fortfarande områden som måste utvecklas. Detta gäller t ex skillnaden i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män samt fördelningen kvinnor och män i olika yrken. Sjukfrånvaron kvarstår därför som ett högt prioriterat område. Könsfördelningen inom olika yrken är ett mera långsiktigt arbete, där läkarna är den yrkesgrupp som nått längst. Om nuvarande utveckling fortsätter, kommer landstinget uppskattningsvis ha lika många kvinnliga och manliga läkare någonstans mellan åren 2012-2015. Då det gäller t ex fördelningen kvinnor och män i högre chefsbefattningar, så ligger landstinget mycket bra till ur ett nationellt perspektiv.

Under 2007 har en särskild budget avsatts för att utveckla landstingets jämställdhetsarbete. Insatser med utgångspunkt från detta finns inplanerade och genomförs under året. Dessa består i bl a utbildning av landstingets chefer, dels vid landstingets årliga chefs- och ledardag men även genom särskilda temadagar och i samband med de utbildningstillfällen som genomförs inom ramen för "Ledarforum" under hösten. Under året kommer även förberedelser för anpassning till en ny, sammanhållen diskrimineringslagstiftning från 2008 vidtas. Det innebär i korthet att framtidens Jämställdhetsplaner kommer att ersättas av Likabehandlingsplaner, som ska omfatta sju diskrimineringsgrunder.

Styrelsens beslut

Styrelsens beslutade att redovisningen delges landstingsfullmäktige den 3 maj 2007 via landstingsstyrelsens rapport till fullmäktige.

Miljöredovisning 2006

Sammanfattande redovisning av miljöarbetet inom landstinget under år 2006.

Styrelsens beslut

Styrelsen beslutade att redovisningen delges landstingsfullmäktige den 3 maj 2007 via landstingsstyrelsens rapport till fullmäktige.

Revisionsrapporter

Revisionsrapport om årsredovisning 2006

Komrev har på uppdrag av landstingets revisorer granskat landstingets årsredovisning för 2006. Syftet med granskningen är att bedöma om landstingets årsredovisning, inklusive den sammanställda redovisningen, är upprättad i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed samt om räkenskaperna är rättvisande. Vidare ingår i uppdraget att bedöma den ekonomiska ställningen och efterlevnaden av balanskravet.

Revisorerna konstaterar:

- Att årsredovisningen i allt väsentligt uppfyller kraven enligt lagen om kommunal redovisning och att avvikelser till rekommendationer, som Rådet för kommunal redovisning ger ut, öppet anges och motiveras. Att årsredovisningen i allt väsentligt redogör för utfallet av verksamheten, dess finansiering och den ekonomiska ställningen.
- Att ekonomistyrningen och besparingsarbetet gett vissa effekter, men att ytterligare åtgärder kommer att krävas för att behålla en ekonomi i balans. Landstingsfullmäktige har som mål (2006) för en god ekonomisk hushållning angett att högst 97 procent av skatteintäkter och statsbidrag bör användas för att finansiera den löpande verksamheten. Denna nivå är betydligt högre än en ekonomi i balans. Utfallet 2006 uppgick till 101 procent.
- Att även om årsredovisningen följer lagar, rekommendationer och god sed finns det områden som kan förbättras.

Styrelsens beslut

Styrelsen beslutade att lägga rapporten till handlingarna med följande kommentarer:

Styrelsen kan i likhet med revisorerna konstatera att det omfattande förändringsarbete som påbörjats i syfte att reducera kostnadsnivån har börjat ge vissa resultat. Trots detta måste ytterligare åtgärder vidtas för att nå de finansiella målen som landstingsfullmäktige fastställt i landstingsplan 2007-2009.

Revisionsrapport

”Granskning av vissa kostnadsslag – Inhyrd sjukvårdspersonal och externt köpta tjänster”

Komrev, inom Öhrlings PricewaterhouseCoopers har på uppdrag av landstingets revisorer granskat vissa kostnadsslag – Inhyrd sjukvårdspersonal och externt köpta tjänster i syfte att följa upp och bedöma tillämpningen av gällande rutiner och regelverk samt räkenskapsmaterialets kvalitet.

Revisorerna konstaterar att räkenskapsmaterialet uppfyller kraven enligt kommunala redovisningslagen och landstingets anvisningar och att landstingets interna regelverk för utnyttjande av bemanningsföretag efterlevs. Vi-

dare konstateras att budgetföljsamheten avseende inhyrd personal under en följd av år varit bristfällig.

Styrelsens beslut

Styrelsens beslutade att lägga rapporten till handlingarna med följande kommentarer:

Landstingsstyrelsen konstaterar att uppföljning och kontroll av kostnadsslagen för inhyrd personal och externt köpta tjänster är tillräcklig.

För att åtgärda problemet med vakanser inom vården arbetar landstinget med strategier och riktlinjer för utbildning och rekrytering av personal i ett längre perspektiv. Även om rekrytering av ordinarie personal är huvudinriktning så kommer nyttjande av inhyrd personal att vara ett komplement som en ändamålsenlig strategisk åtgärd för att tillgodose behov av expertkompetens för specifika situationer och åtgärder.

Den månatliga uppföljningen av kostnader för inhyrd vårdpersonal kommer att fortsätta enligt plan.

Revisionsrapport om införande av folktandvårdens verksamhetssystem Tvist

Komrev har på uppdrag av landstingets revisorer granskat hur division Folk- tandvård infört det nya verksamhetssystemet Tvist. Syftet har varit att bedöma om införandet skett i enlighet med fastställd installationsplan, d v s att upprättad tidsplan följts och att systemets olika delar fungerar som avsett.

Införandet omfattar folktandvårdens samtliga 46 tandvårdskliniker och ca 580 medarbetare har fått utbildning i systemet.

Revisorerna bedömer att införandet av Tvist har genomförts på ett tillfredsställande sätt. Utveckling och installation har i princip skett enligt tidsplan. Nya delar i systemet och delar som kompletterat dessa har tillförts enligt beslut av divisionsledning och projektets ledningsgrupp, vilket förstärkt divisionens processer för tandvård och patientkontakter.

Revisorerna delar rapportens bedömning att systemets olika delar i stort fungerar på avsett sätt. F n finns dock vissa tekniska brister i systemet. Projektledningen är medveten om bristerna och står nu i begrepp att åtgärda dem.

I övrigt hänvisar revisorerna till de iakttagelser som framkommer i rapporten.

Styrelsens beslut

Styrelsen beslutade att lägga rapporten till handlingarna.

Revisionsrapport om översiktlig granskning av patientnämndens ansvarsutövande 2006

Komrev har på uppdrag av landstingets revisorer granskat patientnämndens ansvarsutövande under 2006. Med ansvarsutövande avses i detta sammanhang nämndens aktiva åtgärder för att styra/leda, följa upp, kontrollera och rapportera om den verksamhet nämnden har ansvar för.

Granskningen har sammanfattats i en revisionsrapport.

Rapportens och revisorernas slutsats är att patientnämnden under 2006 på ett tillfredsställande sätt fullgjort sitt uppdrag.

Styrelsens beslut

Styrelsen beslutade att lägga rapporten till handlingarna.

Bilaga

Delegationsbeslut

- 1 Fullmakt från ordföranden:
 - till Birgitta Gidblom att vid Matlagets i Gällivare AB:s bolagsstämma den 12 mars 2007 föra landstingets talan och utöva landstingets rösträtt (dnr 685-07).
 - till VD Tija Torpe att vid Sjukvårdsrådgivningen SVR AB:s ordinarie bolagsstämma den 21 mars 2007 föra landstingets talan och utöva landstingets rösträtt (dnr 314-07).
 - till Kurt-Åke Hammarstedt, chef för regionala enheten, att teckna frimå vid rekvisitioner för projektet Nätverksbaserad informationsplattform för vård och omvårdnad (dnr 1530-05).
 - till Ylva Sarri att vid Samiska Teaterns årsmöte den 28 mars 2007 föra landstingets talan samt utöva vår rösträtt (dnr 817-07).
- 2 Ordföranden har antagit NCC Construction Sverige AB, som entreprenör för ombyggnad för Försvarsmaktens logistikenhet, FM LOG på Garnisonsområdet i Boden (dnr 967-07).
- 3 Landstingsdirektören har beslutat om ombyggnation av Öjeby sjukhem med anledning av krav från Kriminalvårdsstyrelsen beträffande häktade med restriktioner (dnr 1201-07).
- 4 Avslag på ansökan om tillfälligt vikariat på sjukgymnastetablering samt beslut om avslutning av etableringen den 31 december 2007 om verksamheten inte vid det tillfället återupptagits i den omfattning som lagen föreskriver (dnr 571-07).
- 5 Remissyttrande över promemoria om lag om strukturfondspartnerskap (dnr 843-07).
- 6 Subventionering av vissa läkemedel (dnr 2217-06).
- 7 Förteckning över delegationsbeslut mm inom kulturområdet (dnr 17-07).
- 8 Förteckning över delegationsbeslut mm inom det regionala utvecklingsområdet (dnr 12-07).

Övrigt

- 1 Protokoll från Tillväxtberedningen den 17 januari 2007 (dnr 968-07).
- 2 Protokoll från sammanträde med Läns pensionärsrådet den 13 februari 2007 (dnr 65-07)
- 3 Protokoll från sammanträde med Länshandikapprådet den 16 februari 2007 (dnr 68-07).