

# Landstingsstyrelsens protokoll

Sammanträdet den 3 april 2008

## § 72–77

### Beslutande

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

### Ersättare och handläggare (hela eller delar av sammanträdet)

Elisabeth Holmgren, landstingsdirektör	Gunnar Persson, enhetschef
Kurt-Åke Hammarstedt, enhetschef	Stefan Svärdsudd, enhetschef

### Sekreterare

Inga Gustafsson

Justerat den 2008

Justerat den 2008

Kent Ögren, ordförande

Kenneth Backgård, justerare

### Bevis

Justeringen har tillkännagivits genom anslag på landstingets officiella anslagstavla  
den 2008. Överklagandetiden utgår den 2008.

Inga Gustafsson



Val av protokolljusterare .....	3
Slutlig föredragningslista .....	3
Närvarorätt .....	3
Yttrande över Apoteksmarknadsutredningens huvudbetänkande "Omreglering av apoteksmarknaden" (SOU 2008:4) .....	3
Återremitterat ärende: Utveckling av den palliativa vården samt översyn av vårdplatserna i länet .....	8
Fördelning inom ramen för näringspolitik.....	28

## § 72

### **Val av protokolljusterare**

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

## § 73

### **Slutlig föredragningslista**

Utsänd preliminär föredragningslista fastställs.

## § 74

### **Närvarorätt**

Beslutas att hela dagens sammanträde ska vara offentligt.

## § 75

### **Yttrande över Apoteksmarknadsutredningens huvudbetänkande "Omreglering av apoteksmarknaden" (SOU 2008:4)**

Dnr 225-08

#### **Ärendebeskrivning**

Socialdepartementet har gett landstinget tillfälle att yttra sig över apoteksmarknadsutredningens huvudbetänkande "Omreglering av apoteksmarknaden" (SOU 2008:4)

Omregleringen av apoteksmarknaden syftar till att ge fler aktörer än Apoteket AB möjlighet att bedriva detaljhandel med läkemedel. Målet är att öka tillgängligheten till läkemedel och samtidigt sänka samhällets kostnader. Patientsäkerheten ska bibehållas. Detta kräver lagändringar som föreslås träda i kraft den 1 januari 2009. Redan 2011 ska dock ges en möjlighet till kompletterande förändringar om det visar sig att omregleringen inte haft önskad effekt.

Den IT-infrastruktur som Apoteket AB idag ansvarar för ska, enligt utredningens förslag, separeras från Apoteket AB och placeras i ett nyinrättat helägt statligt bolag, Apotekens Servicebolag AB. Det innebär att det nyinrättade bolaget ska ta över ansvaret för bland annat receptregistret, högkostnadsdatabasen och receptbrevlådan för elektroniska recept.

Apoteken ska över hela landet tillämpa enhetliga priser på läkemedel som ingår i läkemedelsförmånerna. Detta utköpspris ska precis som idag fastställas av Läkemedelsförmånsnämnden (LFN). När det gäller inköpspriserna kommer det att finnas möjlighet för apoteken att förhandla med tillverkarna om ett lägre inköpspris under ett av LFN fastställt maximalt inköpspris.

Apoteken ersätts med en fast ersättning per expedition och en fast årlig basersättning. Därmed skapas ett neutralt ersättningssystem oavsett läkemedlens pris.

## **Yttrande och förslag till beslut**

Följande yttrande avges:

### **Inledande synpunkter**

Norrbottens Läns Landsting avvisar att apoteksmarknaden omregleras enligt den inriktning som föreslås i betänkandet. Landstinget anser att dagens system, med att staten via Apoteket AB säkerställer en väl fungerande läkemedelsservice i hela landet, bör behållas. Enligt landstingets uppfattning finns det inte tillräckliga garantier genom de förslag som läggs att tillgängligheten till läkemedel ökar, annat än i de befolkningstäta områdena i landet, samtidigt som tillgängligheten riskerar att försämrats i landets glesbefolkade delar. Landstinget delar inte heller utredarens bedömning att de föreslagna förändringarna kommer att medföra att samhällets kostnader för läkemedel minskar. Landstingets bedömer att risken är stor att kostnaderna ökar. Tidplanen för att genomföra en så pass omfattande omreglering är dessutom inte realistisk och det saknas konsekvensanalys ur landstingens perspektiv.

Främst med dessa motiv avvisar landstinget att apoteksmarknaden omregleras. I det fortsatta utvecklar landstinget sina ståndpunkter på enskilda förslag i betänkandet.

### **Tillgänglighet till läkemedel**

Apoteket AB garanterar idag leverans av efterfrågat läkemedel i hela landet inom en viss högsta tidsgräns. Apoteksutredaren föreslår ingen sådan tidsgräns.

Landstinget anser att en sådan tidsgräns bör fastställas för att garantera kunden tillgång till rätt läkemedel i rätt tid. Eftersom apoteken i det nya systemet dessutom ges rätt att prisförhandla med enskilda läkemedelsföretag är det av desto större vikt att ett apotek inte har för långa leveranstider på, för apoteket, mindre lönsamma läkemedel. Detta är väsentligt inte minst för enskilda apotekskunder men även för landstingen som beslutar om läkemedels-sortiment vid läkemedelsförskrivning.

### **Apotekens tillgänglighet i glesbygden**

Större städer och tätorter kommer att vara attraktiva för apoteksföretagen. Apoteksutredaren föreslår att inget apotek får läggas ned före 2011. Därefter ska nya ställningstaganden ligga till grund för vilka företag som måste ansvara för fysisk apoteksservice på mindre lönsamma orter. Glesbygdens innevånare är ofta i stort behov av läkemedel och fysisk apoteksservice. Kundunderlaget är dock alltför litet för att motivera nyetableringar av apotek då det redan idag finns olönsamma apotek i glesbygd. Utredaren sätter stor tilltro till fler receptfria läkemedel i dagligvaruhandel samt postleveranser med

läkemedel från distansapotek ska tillgodose allmänhetens tillgänglighet till läkemedel.

Landstinget anser att det bör fastställas en fördelningsmodell som fastställer en rimlig lägsta nivå för fysisk apoteksservice till befolkningen i glesbygden. Det bör också fastställas att de apotekskedjor som etablerar sig i Sverige också ska ha ett delansvar för läkemedelsförsörjningen i glesbygden. Vem som ska ha ansvaret, om exempelvis ett apotek går i konkurs, måste förtydligas.

### **Landstingens inflytande vid prissättning av läkemedel**

Utredningens förslår att LFN ska fastställa ett maximalt inköpspris som gäller för apotek och tillverkare. Apoteken tillåts förhandla om att få lägre inköpspriser, vilket främst kommer att ha effekt på läkemedel som är utbytbara, det vill säga läkemedel med stabil generisk konkurrens och parallellimport. En del av den större handelsmarginal som blir resultatet av apotekens rätt att förhandla om inköpspriser ska föras framåt mot det allmänna och konsumenten genom lägre läkemedelspriser och/eller justeringar av apotekens ersättningar. Prisbildningen ska vara transparent genom obligatorisk inrapportering av tillverkarnas priser.

För utbytbara läkemedel föreslås en prismodell som innebär att i omregleringens första skede, när en ny apoteksmarknad håller på att etableras, sker prissättning med hänsyn till samhällets behov av säkerhet vad gäller kontroll av totalkostnaden. Nuvarande marknadsplats byts mot en förmånsprismodell för utbytesgrupper. Priserna på generika sänks i stället med i förväg fastställda procentsatser. I ett andra steg när den nya apoteksmarknaden är etablerad anser utredningen att en mer dynamisk prissättning ska introduceras.

Landstinget anser att för icke utbytbara läkemedel, förbrukningsartiklar, ex tempore och licensvaror bör landstingen ges förhandlingsrätt om inköpspriser. Landstinget avvisar helt förslaget om att apoteken ska kunna förhandla om inköpspriser. Ökat inflytande i prissättningen bör istället ges till landstingen eftersom dessa i slutänden står för betalningen av läkemedlen. Landstingen beslutar vilka läkemedel som ska användas, inte apoteken. Om apoteken ges rätt att förhandla om lägre inpriser kan förhandlingsresultatet styra tillgängligheten och till och med motverka landstingens läkemedelsval och rekommendationslistor. Apoteken bör istället få betalt per expedition och därmed koncentrera sin verksamhet på effektivitet och patientsäkerhet i kundarbetet. Om i stället landstingen ges rätt att prissätta kommer resultaten av lyckade förhandlingar samhället till del. Landstingen via Sveriges kommuner och landsting (SKL) behöver därmed inte inrätta en kostsam funktion för att kontrollera apoteksföretagens sidoavtal med läkemedelsföretagen.

Det nya prissättningsförslaget för utbytbara läkemedel, d v s generika och parallellimporterade läkemedel, avvisas helt av landstinget. Den fria konkurrensen kommer att sättas ur spel med det föreslagna komplicerade systemet med granskning och successiv prissänkning efter norsk modell. Ett nytt förslag måste läggas som ger förutsättningar för fortsatt prispress inom detta segment.

### **Landsting och apoteksägande**

Apoteksutredaren föreslår att läkemedelsföretag, läkare och landsting inte ska få bedriva detaljhandel med läkemedel eller dosdispensering. Privata vårdföretag ska dock få denna möjlighet.

Landstinget anser att landstingen, precis som privata vårdföretag, bör få möjlighet att bedriva detaljhandel med läkemedel och dosdispensering, fram för allt i anslutning till sjukhusen där läkemedelsförsörjningen inbegriper receptexpedition och dosexpedition som en väsentlig del i läkemedelsprocessen.

### **Patientsäkerhet i IT-infrastrukturen**

Utredaren föreslår att Apotekens Servicebolag AB ska ta över personuppgiftsansvaret för receptregistret och läkemedelsförteckningen från Apoteket AB. Det nya bolaget ska också ta över ansvaret för högkostnadsdatabasen, receptbrevlådan för elektroniska recept, receptregistret för elektroniskt sparade recept, apodosdatabasen, samtyckesregistret samt registret med arbetsplatskoder.

Landstinget anser det som mycket väsentligt att en utbyggd och fungerande tvåvägskommunikation utvecklas mellan landstingen och apoteken. Bristande patientsäkerhet finns redan idag inom detta område. IT-infrastrukturen måste säkras men också skyndsamt utvecklas. IT-infrastrukturen kommer i januari 2009 att utsättas för stora påfrestningar då monopolet bryts och flera apoteksföretag kommer att behöva koppla upp mot strukturen. Landstinget anser dessutom att ansvar för personuppgifter bör ligga på en myndighet och inte på ett bolag eftersom det handlar om integritetskänsliga uppgifter.

### **Patientsäkerhet vid receptexpeditionen**

Apoteksutredaren föreslår att varje apotek ska ha farmaceutt fysiskt närvarande samt att en läkemedelsansvarig med farmaceuttisk kompetens ska kunna ansvara för högst tre apotek. Apoteken kommer att få betalt, en fastställd summa, för antalet receptexpeditioner man genomför. En enkel expedition kommer att ge lika mycket pengar som en komplicerad.

Landstinget anser att det bör fastställas en lägsta nivå för farmaceuttbemanning på apotek eftersom det är farmaceutten som ska ansvara för patientsäkerheten i rådgivning, receptexpedition och försäljning. Eftersom apoteken kommer att få betalt per receptexpedition (oavsett expeditionens art) samt ha möjlighet att upprätta ekonomiska avtal med enskilda läkemedelstillverkare bör en konsekvensanalys göras av hur detta kan påverka servicenivå och patientsäkerhet. Det bör utvecklas en mer detaljerad ersättningsskala per receptexpedition som tar hänsyn till tidskrävande moment såsom fördjupad rådgivning, utfärdande av Schengenintyg, generiskt utbyte, delbetalningsärenden etc. Landstinget anser även att ett fastställt program för egeninspektioner bör finnas till januari 2009. Befattningen som läkemedelsansvarig bör ha en anmälningsfunktion motsvarande chefsfarmaceuttens anmälningsplikt utifrån delbetänkandet om sjukhusens läkemedelsförsörjning.

-----  
-

## Yrkanden och propositionsordning

### Yrkande 1

Kent Ögren (s):

- Beslutsförslaget bifalls.

### Yrkande 2

Kenneth Backgård (ns), Bo Hultin (m), Hans Swedell (m);

- Beslutsförslaget avslås.

### Propositionsordning

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

-----  
-

## Beslut

*Enligt beslutsförslaget.*

### Reservation

Av Kenneth Backgård (ns), Margareta Henricsson (ns), Johnny Åström (ns), Hans Swedell (m), Bo Hultin (m), Erik Berg (c) och Birgit Stöckel (kd) till förmån för yrkande 2.

### Särskilt yttrande

Av Bo Hultin (m), Hans Swedell (m), Erik Berg (c) och Birgit Stöckel (kd):

Syftet med en omreglering av apoteksmarknaden är att bli att öka tillgängligheten och pressa priserna på läkemedel. Det är brist på apotek i Sverige i dag med ofta långa väntetider som följd. Det är angeläget att receptfria läkemedel mot t ex huvudvärk, åksjuka, pollenallergi motsvarande blir mer tillgängliga. Läkemedelsverket åläggs att lista vilka läkemedel som får försäljas där tillstånd efter prövning givits.

I Sverige finns i dag ungefär 900 öppenvårdsapotek. Detta innebär att varje öppenvårdsapotek har att ombesörja läkemedelsförsörjningen för i genomsnitt ca 10 000 personer. I ett europeiskt perspektiv har Sverige låg apotekstäthet. De flesta länder inom EU har 3000 till 5000 invånare per apotek.

Apoteksmonopolet har, enligt OECD, resulterat i begränsad tillgänglighet för den svenska befolkningen, med få försäljningsställen och begränsade öppettider. I andra länder där apoteksmarknaden nyligen omreglerats, såsom Norge och Island, har omregleringen medfört att antalet apotek där ökat med över 40 procent. OECD ser genomförda reformer både i Norge och i Island som positiva för en bättre tillgänglighet.

För att uppnå de övergripande målen med omregleringen (lägre priser, ökad effektivitet och högre tillgänglighet) är målsättning att skapa förutsättningar för en väl fungerande konkurrens på en omreglerad apoteksmarknad med beaktande av konkurrenssituationen.

Utredningens bedömning är att merparten av antalet apotek som Apoteket AB idag äger kommer att finnas kvar i statlig ägo. Bolaget kan på så sätt bidra till mångfald på marknaden till gagn för kunderna.

Försäljningsintäkter används till att amortera på statsskulden. Därigenom minskar statens skuldsättning och räntekostnader, vilket skapar utrymme för mer angelägna ändamål.

Apoteksmarknadsutredningens betänkande och förslag tillstyrkes.

## § 76

# Återremitterat ärende: Utveckling av den palliativa vården samt översyn av vårdplatserna i länet

Dnr 1621-07

## Ärendebeskrivning

### Utveckling av den palliativa vården

Landstingsfullmäktige har i de senare årens landstingsplaner riktat krav på att bli den palliativa vården i länet ska utvecklas för att bättre motsvara de behov som befolkningen har.

Mot bakgrund av dessa krav har systematiska förbättringsarbeten bedrivits, under år 2005 och 2006 för att utveckla den palliativa vården i länet. Detta arbete har skett med befintliga resurser och har blivit inneburit förbättringar av rutiner och vårdprocesser.

I förbättringsarbetet har även en process inletts för att skapa samlade enheter för palliativ slutenvård vid sjukhusen i länet för att optimera insatserna kring enskilda patienter och deras behov. Förbättringsarbetet har även identifierat behov av att förstärka den palliativa verksamheten i öppen vård liksom behov av att förbättra personalens kompetens avseende palliativ vård.

Utvecklingsarbetet har bedrivits gemensamt med länets kommuner eftersom även kommunerna gör betydande insatser för patienter i behov av palliativ vård.

### Vårdplatsöversyner

Sedan år 2003 har antalet vårdplatser i länet minskat sammantaget med 207 inom de somatiska verksamheterna inkl primärvårdens observationsplatser.

I november 2003 beslutade landstingsfullmäktige att minska antalet vårdplatser med totalt 155 varav 133 inom sjukhusverksamheten och 22 observationsplatser inom primärvården. Landstingsfullmäktige beslutade även att översynen av vårdplatser skulle fortsätta av såväl verksamhetsmässiga som ekonomiska skäl.

I maj 2005 beslutade landstingsstyrelsen (§89/05), på landstingsfullmäktiges bemyndigande, att minska antalet vårdplatser med 52 totalt i länet. Alla 52



vårdplatser som landstingsstyrelsen beslutade att avveckla avsåg verksamhet vid sjukhus.

I det underlag som förelåg som grund för beslutet redovisades att verksamhetsansvariga bedömde att det fanns förutsättningar att minska antalet vårdplatser med totalt 85 i länet.

I sitt beslut (§ 89/05) konstaterade landstingsstyrelsen att landstingsfullmäktiges uppdrag (§ 27/05) att minska kostnaderna med totalt 52 mkr genom att genomföra redovisade verksamhetsförändringar inte var uppnått varför landstingsdirektörens gavs i uppdrag att identifiera och snarast genomföra ytterligare åtgärder som leder till kostnadsminskningar på minst 23 mkr (utöver de 29 mkr som beslutade verksamhetsförändringar beräknades innebära).

### **Landstingets ekonomi**

Landstingets verksamheter har de senaste åren gått med ekonomiska underskott. Landstingsplanens resultatprognos för år 2007 redovisar ett behov av intäktsökningar/kostnadsminskningar, efter finansiella poster, på 116 mkr. I delårsbokslutet per april 2007 prognostiseras ett underskott för år 2007 på 73 mkr efter finansiella poster.

I landstingsplanen för år 2008 – 2010 pekar resultaträkningen på ett behov av intäktsökningar/kostnadsminskningar på 153 mkr efter finansiella poster för att ett 0-resultat ska uppnås.

Mot bakgrund av dessa fakta är behovet av att vidta konkreta åtgärder som minskar verksamhetens kostnader uppenbart eftersom möjligheterna att påverka intäkterna är marginella eftersom någon höjning av skatten inte är aktuell. Samtidigt finns det även behov av att frigöra resurser för att genomföra angelägna satsningar, t ex inom den palliativa vården.

I verksamheterna pågår kontinuerligt arbete för att minska kostnaderna samtidigt som kostnadstrycket är högt bl a avseende nya läkemedel och modern medicinteknisk utrustning. För att kunna ta tillvara de nya möjligheter som de nya läkemedlen och ny teknologi innebär är det därför nödvändigt att kontinuerligt dels se över hur vårdprocesserna bedrivs och dels se över omfattningen av de vårdplatser som verksamheterna förfogar över och som kräver stora resurser.

### **Vårdpolitisk inriktning**

Det arbete som genomförts i verksamheterna de senaste åren avseende översyn av t ex vårdplatser, jourverksamhet och palliativ vård utgår från den vårdpolitiska inriktning som fastställts av landstingsfullmäktige. I allt väsentligt har den varit densamma från landstingsfullmäktiges beslut i mars 2005 (§ 27/05) och i landstingsplanen för år 2008 – 2010 har den vårdpolitiska inriktningen lagts fast:

”Hälso- och sjukvården i länet har speciella förutsättningar. En relativt liten befolkning bor i ett län som utgör en fjärdedel av Sveriges yta. Befolkningen blir allt äldre och inom länet finns en tydlig tendens att särskilt inlandskommunerna står inför en situation med en allt äldre befolkning som har behov av ökade insatser från hälso- och sjukvården. Det är landstingets uppgift att, i samverkan med kommunerna, under dessa förutsättningar säkerställa en god hälso- och sjukvård för hela länets befolkning.

Utmaningen är att ha förmåga att erbjuda en likvärdig hälso- och sjukvård för alla medborgare både avseende akuta och planerade insatser. Samtidigt ska högt prioriterade vårdbehov hos äldre och multisjuka patienter tillgodoses, t ex hos patienter med cancer, hjärt- och kärlsjukdomar, psykiska sjukdomar, stroke, diabetes eller demens. Till detta kommer att det även måste finnas förmåga att successivt införa nya medicinska metoder och behandlingar, som ofta är kostnadskrävande, och samtidigt utmönstra gamla metoder.

För att klara utmaningarna är det nödvändigt att använda alla tillgängliga resurser flexibelt och optimalt. Möjligheterna att ställa de samlade vårdresurserna i länet till patienternas förfogande ska utnyttjas maximalt och samverkan i ett länsperspektiv ska stärkas. Det verksamhetsmässiga innehållet vid vårdcentralerna och inom sjukhusen ska vara föremål för kontinuerlig diskussion för att säkerställa att verksamheterna kan bedrivas med hög kvalitet, att kompetensförsörjningen kan säkerställas och att ekonomin kan klaras.

#### Angelägna utvecklingsområden

Bemötandet inom hälso- och sjukvården ska förbättras. Alla som söker hjälp i landstingets hälso- och sjukvård ska bemötas med respekt och värdighet. Med respekt för behovs- och solidaritetsprinciperna ska förståelsen för att det är individen och individens behov som ska vara i centrum öka bland landstingets anställda. Till bemötandefrågorna hör även att patienter och besökare, men även personal, ska ha tillgång till en miljö som är fri från störande lukter från t ex parfym och tobak.

Kroniskt sjuka och multisjuka äldre patienter är särskilt utsatta i sina kontakter med hälso- och sjukvården. Deras behov av kontinuitet och samordnade vård- och behandlingsinsatser ska tillgodoses bättre. Möjligheterna att samla berörda specialistkompetenser tillsammans med individen för att bedöma och tillgodose dennes behov ska förbättras.

Utvecklings- och förbättringsarbetet ska fortsätta inom områdena palliativ vård, demensvård, vuxen- och barnpsykiatri, habilitering för barn och vuxna samt samverkan med kommunerna. Insatser ska även göras för att förbättra stödet till anhöriga.

Vidare ska samverkan förbättras mellan verksamheterna inom den specialiserade vården och mellan den specialiserade verksamheten på sjukhusen samt primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården. Samverkan ska ske med ett uttalat patientfokus.

De möjligheter som den medicinska och tekniska utvecklingen möjliggör ska tas till vara. Det innebär bl a att verksamheten i allt högre grad ska utföras i öppen vård och att distansöverbyggande teknik ska utvecklas och nyttjas.

Den akuta verksamheten ska koncentreras och effektiviseras. Verksamhet på jourtid ska minimeras för att ge utrymme för ökad planerad verksamhet på dagtid. Den planerade hälso- och sjukvården ska kontinuerligt effektiviseras i syfte att öka tillgängligheten för patienterna.

För att säkerställa tillgänglighet, säkerhet och god kvalitet är det också angeläget att säkerställa en genomarbetad och förankrad process för introduktion av nya behandlingsmetoder/tekniker och nya läkemedel.

En ändamålsenlig användning av antibiotika inom hälso- och sjukvården är viktig för en god folkhälsa.

### Primärvård

Primärvården utgör den första linjens sjukvård och ska svara för befolkningens behov av basal hälso- och sjukvård inklusive akuta insatser. I det ingår även att svara för den basala verksamheten inom området psykiatri.

Primärvården ska bedrivas så effektivt och med tillgång till sådan kompetens att antalet patienter som hänvisas till den specialiserade vården minimeras. För att tillgodose detta behöver primärvårdens kompetensprofil breddas.

Primärvården ska vara tillgänglig i hela länet och kunna svara för ett tryggt och säkert akut omhändertagande dygnet och året runt. Vissa vårdcentraler i glesbygd har tillgång till observationsplatser. Samverkan med såväl den specialiserade vården som den kommunala hälso- och sjukvården ska förbättras.

### Specialiserad vård

Den specialiserade vården vid länets fem sjukhus ska erbjuda ett tryggt och säkert akut omhändertagande dygnet och året runt. Alla sjukhus ska också ha tillgång till internmedicinsk verksamhet, kirurgisk verksamhet samt geriatrik, rehabilitering och palliativ vård. Tillgång ska finnas till paramedicinska resurser (sjukgymnaster, arbetsterapeuter m fl) samt resurser för diagnostik och service. Utöver dessa områden är verksamheten vid sjukhusen profilerad inom olika områden för att erbjuda länets patienter hög tillgänglighet och hög kvalitet för mer specialiserade vårdbehov.

För de enskilda sjukhusen betyder det:

- Sunderby sjukhus är länssjukhus för Norrbotten och har en bred profil av specialiteter. Vid sjukhuset bedrivs såväl akut som planerad verksamhet inom befintliga specialistområden. Verksamheterna vid Sunderby sjukhus utgör även ett kompetenscentrum för länets hälso- och sjukvård och har därigenom ett särskilt ansvar för kunskapsinhämtning samt kompetensförmedling till såväl den övriga specialiserade vården som till primärvården.
- Piteå älvdals sjukhus utgör centrum för planerad ortopedi avseende höft- och knäledsoperationer för kustområdet. Vid sjukhuset bedrivs också dialysverksamhet.
- Kalix sjukhus utgör basen för planerad allmänkirurgi/urologi för kustområdet. Dialysverksamhet införs vid sjukhuset under år 2007.
- Gällivare sjukhus utgör centrum för ortopedisk verksamhet och gynekologisk slutenvård i malmfälten. Sjukhuset fungerar som förstärkt länsdelssjukhus i malmfälten.
- Kiruna sjukhus har akut och planerad verksamhet dagtid inom området allmänkirurgi. Den planerade konsultverksamheten vid sjukhuset ska utvecklas.”

### Översynen

Mot bakgrund av det fortsatta uppdraget från år 2005 till landstingsdirektören att identifiera och genomföra åtgärder för att sänka kostnaderna med minst 23 mkr och, divisionerna Primärvård, Opererande och Medicinska verksamheters ekonomiska situation samt den vårdpolitiska inriktningen har en fortsatt översyn av antalet vårdplatser i länet genomförts. I det arbetet har även förslagen och resultatet av genomfört förbättringsarbete avseende den

palliativa vården beaktats i syfte att säkerställa att den önskvärda utvecklingen kan komma till stånd bl a genom att den palliativa slutenvården vid sjukhusen samlas i gemensamma enheter. Översynen har även tagit fasta på och beaktat behovet av att utveckla den palliativa verksamhet som bedrivs i öppen vård.

Översynen har letts av en styrgrupp bestående av cheferna för berörda divisioner och har utförts av vårdchef Ulf Bergman, Piteå. Arbetet har kontinuerligt redovisats till och förankrats i de berörda divisionernas ledningsgrupper. Samverkan med de fackliga organisationerna har skett enligt gällande utvecklings- och samverkansavtal. MBL-förhandlingar har genomförts den 16 augusti och har resulterat i förhandlingarna avslutades i enighet.

Översynen har skett i två steg och redovisas även i två rapporter

- Nulägesbeskrivning och bedömning av dagsläget
- Förslag

#### Nulägesbeskrivning och bedömning av dagsläget

Nuläget avseende vårdplatser inom den somatiska vården inklusive observationsplatser inom primärvården är följande:

Typ av vårdplatser	Sunderby sjukhus	Kalix	Piteå	Gällivare	Kiruna	Summa
Ava, internmedicin <sup>1</sup>	7	0	0	0	0	7
Ava, allmänkirurgi + ortopedi <sup>2</sup>	19	0	0	0	0	19
Gynekologi	40	0	0	12	0	52
Ortopedi	43	0	23	15	0	81
Allmänkirurgi/urologi <sup>3</sup>	50	14	4	9	10	87
Ögon/öron/näsa/hals	10	0	0	0	0	10
Stroke/allmän rehabilitering	33	18	30	12	15	108
Reumatologi/neurorehabilitering <sup>4</sup>	17	0	0	0	0	17
Palliation	6	7	10	4	0	27
Internmedicin	97,5 <sup>5</sup>	25	38	24	20	204,5
Primärvård	0	21	12	15	0	48
Tekniska HIA-platser	0 <sup>6</sup>	3	4	4	3	14
<b>Summa</b>	<b>322,5</b>	<b>88</b>	<b>121</b>	<b>95</b>	<b>48</b>	<b>674,5</b>
<b>Varav vårdplatser vid sjukhus<sup>7</sup></b>	<b>322,5</b>	<b>67</b>	<b>109</b>	<b>80</b>	<b>48</b>	<b>626,5</b>

<sup>1</sup> Så kallade akutvårdsplatser med hög omsättning och högre personaltäthet som särredovisas av den anledningen.

<sup>2</sup> Som ovan.

<sup>3</sup> Fyra palliativa platser ingår inom ramen för de allmänkirurgiska

<sup>4</sup> 10 reumatologiplatser är omräknade till femdygnsplatser

<sup>5</sup> Inklusive fyra platser för hudsjukvård, 16 platser för infektionssjukdomar, sex platser för HIA-vård och fem stycken femdygnsplatser för PCI. När de sistnämnda omräknas till 7-dygnsplatser blir siffran 3,5.

<sup>6</sup> Vid Sunderby sjukhus ingår HIA-platser inom ramen för internmedicin. Vid länsdelssjukhusen är HIA-platserna definierade på annat sätt, som så kallade tekniska vårdplatser och finns vid intensivvårdsavdelningarna.

<sup>7</sup> Inklusive de tekniska platserna

Det är från detta läge som översynen av vårdplatser tar sin utgångspunkt. I det arbetet har en analys genomförts av olika parametrar avseende skillnader i slutenvårdskonsumtion, främst inom internmedicin, rehabilitering och observationsplatser, mellan år 2005 och 2006. Vidare har också en analys gjorts av respektive sjukhusområdes tillgång till vårdplatser med hänsyn tagen även till den vård som respektive sjukhusområde nyttjar vid Sunderby sjukhus.

Analysen kan sammanfattas i följande punkter:

- Vid en jämförelse mellan slutenvårdskonsumtionen 2005 och 2006 noteras att slutenvårdskonsumtionen, sett över hela länet, är lika mellan de båda mätperioderna. Denna tendens syns också i hela riket där flera års oavbruten minskning av konsumtionen bröts år 2005.
- Totalt sett i landstinget indikerar resultatet att vårdprocesserna under de senaste åren inte har utvecklats i riktning som reducerar behovet av slutenvård. Sett över ett längre tidsperspektiv, d v s från åren 2001 har dock totalvolymen av vårddygn minskat påfallande.
- Medelbeläggningen vid vårdavdelningarna har det senaste året ökat i länet. Detta är en naturlig följd av att vårdplatserna minskat samtidigt som vårdkonsumtionen totalt sett är oförändrad.
- Inom flera områden, exempelvis vid flera av rehabiliteringsavdelningarna, har också medelvårdtiden minskat markant. Detta kan vara ett uttryck för förbättrade vårdprocesser och en mer stringent hållning gentemot primärkommunerna i den samverkan som ska ske vad gäller utskrivningsklara patienter.
- I förhållande till riket kan konstateras att medelvårdtiderna i Norrbotten för internmedicinsk respektive kirurgisk vård ligger ungefär på samma nivå som riket i övrigt. Däremot konstateras att antalet vårdtillfällen per capita i länet för år 2005 ligger betydligt över medelnivån i riket. Detta kan tolkas på så sätt att kriterierna för intagning till länets slutenvård är något vidare än för riket i övrigt.
- Ett annat observandum är att riksgenomsnittet, vad gäller antalet intagningstillfällen per capita, är i paritet med länet för åldersgrupperna upp till 65 år. För åldersgrupperna över 65 år avviker däremot länet kraftigt från riksgenomsnittet. En närmare analys av detta faller utanför ramen för översynen, men det är inte sannolikt att den äldre delen av länets befolkning är sjukare än vad som är fallet i riket i övrigt.
- I motsvarande grad som vårdplatsreduktionen genomförts har resurser omfördelats från slutenvården i länet<sup>8</sup> och totalt sett har slutenvårdens kostnader minskat. Den minskade kostnaden, i kombination med det oförändrade antalet vård dagar, kan rimligen bara tolkas på så sätt att effektiviteten, mätt exempelvis i kronor per vårddygn, har ökat. Sett över hela perioden 2001 till och med 2006 torde kostnaderna ha minskat markant.
- Vad gäller ortopediska vårdplatser kan konstateras att inget i dagsläget talar för en förändring av tidigare beslut om volym och omfattning.

---

<sup>8</sup> Exempelvis har en omfördelning skett av den ekonomiska ramen inom division Medicinska specialiteter från sluten vård till öppen vård med 25,7 år 2006 jämfört med år 2005.

- När det gäller allmänkirurgiska platser finns det flera faktorer som talar för både omdisposition och reducering av platserna. En viktig faktor är de förändringar som genomförts i verksamhetsuppgift mellan sjukhusen i länet.
- Verksamheten vid observationsplatserna inom primärvården kan i högre omfattning än tidigare likställas med övrig hälso- och sjukvård i länet. Därför bör dessa platser ingå i jämförelsen av tillgången till vårdplatser för de olika sjukhusens upptagningsområde relaterat till antalet personer äldre än 65 år i befolkningsunderlaget.
- Skillnaderna i tillgång till vårdplatser inom internmedicin, rehabilitering och primärvård resulterar sammanfattningsvis i betydande skillnader i vårdkonsumtion, medelvårdtid och beläggningsgrad. Dessa skillnader är av den omfattningen att verkligheten inte harmonierar vare sig med hälso- och sjukvårdslagen eller med de övergripande mål om kvalitativt likvärdig vård som landstinget anger i landstingsplanen.
- Den tillgängliga jämförande statistiken visar att det finns ett omedelbart behov av att jämna ut resurserna vad gäller vårdplatser för internmedicin, rehabilitering och palliation mellan sjukhusorten. En jämnare fördelning av resurserna ger rimligen effekter i form av ett mer likartat konsumtionsmönster. På så sätt motverkas även de kvalitativa skillnaderna i den slutenvård som bedrivs varvid Norrbottens läns landsting bättre kan leva upp till de fastslagna målsättningarna om kvalitativt likvärdig vård.

#### Förslag

Med utgångspunkt i den vårdpolitiska inriktning som fastställts av landstingsfullmäktige samt det ovan redovisade nuläget och analysen av detta har ett förslag till utveckling av den palliativa vården och den framtida volymen och strukturen för verksamheten inom somatisk slutenvård i länet arbetats fram. Förslagen innebär att resurser för att utveckla den palliativa vården frigörs genom att antalet vårdplatser vid sjukhusen totalt sett minskas och att det samtidigt sker en omfördelning av vårdplatserna mellan sjukhusen i länet.

Förutom den vårdpolitiska inriktningen är andra viktiga utgångspunkter för översynen de erfarenheter som vunnits av tidigare genomförda utredningar. Detta gäller erfarenheterna från den föregående vårdplatsöversynen men framför allt det utredningsarbete som skett inom den palliativa vården.

Förslagen i det följande utgår från att det finns behov av följande åtgärder:

- En omfördelning av vårdplatserna inom länet inom allmänkirurgin.
- En omfördelning av vårdplatserna inom internmedicin, palliation och rehabilitering så att platserna i högre grad svarar mot befolkningsunderlaget i respektive sjukhusområde där hänsyn även tas till tillgången till observationsplatser inom sjukhusens primära upptagningsområde.
- Behov av en fortsatt utveckling av den palliativa slutenvården mot öppnare vårdformer och ett fastställande av en gemensam organisations- och verksamhetsstruktur för palliationen i länet.
- En sänkning av den totala volymen av slutenvård inom områdena primärvård, internmedicin rehabilitering, och allmänkirurgi.

- Behov av utvecklingsåtgärder vad gäller uppföljningen.
- Behov av fortsatt utveckling av vårdprocesserna.

*Förslag - Palliativ vård*

En viktig del i det samlade förslaget är att utveckla den palliativa vården i länet enligt tidigare beslutade uppdrag. Därför föreslås följande:

- Tillskapandet av palliativa enheter för slutenvård fullföljs i hela länet och en omfördelning av antalet vårdplatser sker.
- Grunden för etablering av palliativa resursteam skapas genom att resurser frigörs för att finansiera ökade personalresurser i öppen vård motsvarande 7,5 sjuksköterskebefattningar samt ökade omkostnader.
- Den palliativa vården i länet föreslås få en tydligare och enhetligare organisation.

*Förslag - Ortopedisk slutenvård*

Antalet vårdplatser avseende ortopedisk slutenvård föreslås vara oförändrat med hänsyn tagen till den struktur som verksamheten för närvarande har.

*Förslag - Allmänkirurgisk/urologisk slutenvård*

Inom verksamhetsområdet föreslås att antalet vårdplatser totalt sett minskar med sex platser. En utökning sker vid Sunderby sjukhus med tre vårdplatser till följd av genomförda och planerade strukturförändringar medan antalet vårdplatser minskar med fyra vid Piteå äldvåldals sjukhus, med fyra vid Kalix sjukhus och med en vårdplats vid Gällivare sjukhus.

*Förslag - Sluten vård inom allmän internmedicin, rehabilitering, palliation och observationsplatser*

Förslaget utgår från att det för närvarande är en obalans i tillgången till vårdplatser inom angivna områden mellan de olika sjukhusens upptagningsområden med hänsyn tagen till antalet personer över 65 år i befolkningsunderlaget.

För att ge förutsättningar för samtliga sjukhus att erbjuda en kvalitativt likvärdig vård föreslås därför dels en omfördelning av antalet vårdplatser och dels en sammanlagd minskning av antalet vårdplatser.

Förslaget är följande:

- Inriktningen är en tillgång, inom respektive sjukhus upptagningsområde inklusive tillgång till observationsplatser, på 8,7–9,0 ”normalvårdplatser” per 1 000 invånare 65 år och äldre.
- Piteå äldvåldals sjukhus reduceras med tre platser varav två är palliativa platser och en plats är internmedicinsk.
- Kalix sjukhusområde reduceras med nio platser genom att samtliga observationsplatser vid Haparanda vårdcentral avvecklas.
- Gällivare sjukhus reduceras med fyra platser som samtliga är internmedicinska.
- Kiruna sjukhus reduceras med sju platser varav en är en palliativ plats, tre är rehabiliteringsplatser och tre är internmedicinska platser.

- Sunderby sjukhus ökas med fem internmedicinska platser och fyra palliativa platser.

*Sammanfattning av förslag rörande vårdplatser*

De sammanlagda konsekvenserna per sjukhusområde av förslagen blir följande:

Vårdplatskonsekvenser						
Förslag	Södra	Östra	Luleå/ Boden	Gällivare	Kiruna	Summa
Medicinplatser, rehabiliterings- och palliativa platser	-3	0	9	-4	-7	-5
Obs-platser	0	-9	0	0	0	-9
Kirurgplatser	-4	-4	3	-1	0	-6
<b>Totalt</b>	<b>-7</b>	<b>-13</b>	<b>12</b>	<b>-5</b>	<b>-7</b>	<b>-20</b>

Om förslagen genomförs kommer antalet vårdplatser inom somatisk vård i länet att bli följande:

Typ av vårdplatser	Sunderby sjukhus	Kalix	Piteå	Gällivare	Kiruna	Summa
Ava, internmedicin <sup>9</sup>	7	0	0	0	0	7
Ava, allmänkirurgi + ortopedi	19	0	0	0	0	19
Gynekologi	40	0	0	12	0	52
Ortopedi	43	0	23	15	0	81
Allmänkirurgi/urolog	53	10	0	8	6	77
Ögon/öron/näsa/hals	10	0	0	0	0	10
Stroke/allmän rehabilitering	33	18	30	12	12	105
Reumatologi/neurorehab. <sup>10</sup>	17	0	0	0	0	17
Palliation	10	7	8	4	3	32
Internmedicin	102,5 <sup>11</sup>	25	37	20	17	201,5
Primärvård	0	12	12	15	0	39
Tekniska HIA-platser	0 <sup>12</sup>	3	4	4	3	14
<b>Summa</b>	<b>334,5</b>	<b>75</b>	<b>114</b>	<b>90</b>	<b>41</b>	<b>654,5</b>
<b>Varav vårdplatser vid sjukhus<sup>13</sup></b>	<b>334,5</b>	<b>63</b>	<b>102</b>	<b>75</b>	<b>41</b>	<b>615,5</b>

*Övriga förslag*

Utöver redovisade förslag föreslås också fortsatt arbete inom följande områden:

<sup>9</sup> AVA = så kallade akutvårdsplatser med hög omsättning och högre personaltäthet som särredovisas av den anledningen.

<sup>10</sup> 10 reumatologiska vårdplatser omvandlade till fem –dygns platser.

<sup>11</sup> Inklusive 4 platser för hudsjukvård, 16 platser för infektiossjukdomar, 6 platser för HIA-vård och 5 st femdygnsplatser för PCI. När de sistnämnda omräknas till 7-dygnsplatser blir siffran 3,5.

<sup>12</sup> På Sunderby sjukhus ingår HIA-platser inom ramen för internmedicin. På länsdelssjukhusen är HIA-platserna definierade på annat sätt, som så kallade tekniska vårdplatser och finns på intensivvårdsavdelningarna.

<sup>13</sup> Inklusive tekniska platser



- En prioritering av utveckling av vårdprocesserna för de större patientgrupperna inom områdena internmedicin och rehabilitering
- En aktivare styrning av patienterna inom områdena internmedicin och rehabilitering. Detta förutsätter att gemensamma kriterier utarbetas för vilka patienter som ska vårdas på respektive vårdnivå, observationsplats, länsdelssjukhus och länssjukhus.
- En översyn av kriterierna för vilka patienter inom allmänkirurgi och ortopedi som ska styras till respektive sjukhus med hänsyn tagen till beslutad verksamhetsstruktur.
- Översyn av rutiner och arbetssätt avseende utskrivningsklara patienter.
- Fortsatt utvecklingsarbete avseende redovisning av vårdkonsumtion.
- Uppföljning och analys av patientflöden och transportkostnader.
- Fortsatta jämförelser av antalet vårdplatser i länet i förhållande till det sk riksmedeltalet och kopplat till detta framtagande av ett landstingsgemensamt regelverk för beslut om ökning eller minskning av disponibla vårdplatser.

#### *Konsekvenser för personal och arbetsmiljö*

De framlagda förslagen bedöms få följande personalkonsekvenser:

- Bemanningen inom länsdelssjukhusens upptagningsområden minskar med ca 34 helårstjänster.
- Grunden för etablering av palliativa resursteam beräknas ta ca 7,5 helårstjänster i anspråk över länet.
- Antalet finansierade tjänster vid Sunderby sjukhus kommer att öka med motsvarande ca 14 tjänster.

Hur stor övertaligheten blir är beroende av en mängd faktorer som beror på en kommande lokal process per sjukhusort. Exempel på faktorer som påverkar övertaligheten är vilken kompetensprofil som beslutas vid respektive enhet inom omvårdnadsenheterna, den genomsnittliga tjänstgöringsgraden vid enheterna, antalet vakanser och/eller kommande pensioneringar inom verksamheterna. Det är således inte möjligt att göra en exakt bedömning av övertaligheten enbart på basis av de uppgifter som ligger för handen idag.

Som i tidigare översyner noteras behov av samordning över divisionsgränserna för att hantera övertalig personal. Denna uppgift löses i särskild ordning inom ramen för personalenheternas ansvar och arbetsuppgifter.

Efter beslut och i samband med genomförande av förslagen kommer arbetsmiljöfrågorna att bli föremål för konsekvens- och riskanalyser på respektive berörd ort.

#### *Konsekvenser för ekonomi*

Översynen ska även sänka kostnaderna. För att en reell kostnadsreduktion verkligen ska ske är det viktigt att åtgärder som vidtas; a) verkligen resulterar i en kostnadsänkning och b) undviker att kostnadsänkningen resulterar i motsvarande kostnadsökning inom ett annat område. De ekonomiska förutsättningarna, för verksamhetsreducering och bemanning, inför fortsatt pro-

cess och verkställighet är, utöver de bemanningsförändringar som redovisas i föregående avsnitt, följande:

- Vårdplatsutökningen vid Sunderby sjukhus ska ske utan krav på lokalförändringar och bidra till att minska underskottet som finns i delar av verksamheten.
- Vårdplatsreduktionen vid länsdelssjukhusen och inom primärvården ska generera de kostnadsinbesparingar som framgår av kommande tabell. Detta kan innebära krav på förändringar i den lokala vårdplatsstrukturen.
- Ytterligare personalkostnader utöver de tidigare redovisade, med anledning av grunden läggs för att skapa palliativa resursteam ska lösas inom befintlig ekonomisk ram.
- Ekonomiska överföringar divisionerna emellan, exempelvis medel för läkarresurser eller vårdplatser, blir aktuella med anledning av strukturförändringarna. Dessa regleras genom överenskommelser divisionerna emellan enligt sedvanlig praxis.

Nedanstående tabell redovisar kostnadssänkningen i förhållande till verksamheten 2006 och i 2007 års penningvärde. Tabellen utvisar effekten per sjukhus och avser helårseffekten, d v s när hela förändringen trätt i kraft, och den effekt den förändringen ger under ett helt år:

Aktivitet	Kostnadseffekt (mkr)
Reduceringar vid Kiruna sjukhus	-3,75
Reduceringar vid Gällivare sjukhus	-2,39
Reduceringar vid Kalix sjukhus	-1,84
Reduceringar vid Piteå sjukhus	-3,76
Reduceringar vid Haparanda VC	-4,70
Ökning vid Sunderby sjukhus	3,83
Ökning, palliativa resursteam	3,44
Summa	-9,17

*Fortsatt handläggning*

Översynen utgår från den vårdpolitiska plattformen och har ambitionen att ta tillvara på det arbete som är gjort i tidigare utredningar inom landstinget. Ambitionen är även att, så långt som möjligt, ta tillvara de synpunkter som framförts i de olika ledningsgrupper där frågan diskuterats.

När beslut är fattat, efter MBL-förfarande enligt samverkansavtalet på central nivå, återstår ett lokalt arbete per sjukhusort. Huvuddelarna i detta arbete är följande:

- Ett MBL-förfarande enligt utvecklings- och samverkansavtalet på lokal nivå
- Utföra riskanalyser ur ett verksamhets- och arbetsmiljöperspektiv samt handlingsplaner för att reducera negativa arbetsmiljökonsekvenser.
- Strukturen och/eller verksamhetsorganisationen kan behöva förändras exempelvis på grund av minskat eller ökat antal vårdplatser och tack vare upprättandet av palliativa resursteam.
- Av samma anledning kan enheternas bemanning behöva ses över. Exempelvis kan det finnas behov av att förändra kompetensprofilen eller att, där så är möjligt, öka andelen heltider i samband med dessa förändringar.

- En process som syftar till att identifiera övertaligheten vid de orter där verksamheten reduceras.
- Därefter kan förändringarna verkställas.

### **Styrelsens yttrande och förslag till beslut**

Den översyn som genomförts är både omfattande och detaljerad och ärendebeskrivningen och underlagsrapporterna innehåller mängder av faktauppgifter. Landstingsstyrelsen avser inte att värdera och kommentera enskildheter i översynen utan behandlar de frågor som är av principiell och politisk karaktär. Merparten av de uppgifter som redovisas i ärendebeskrivningen och underlagsrapporterna ska dock utgöra underlag i samband med att beslutet med anledning av översynen ska genomföras. Att så sker ansvarar landstingsdirektören för.

Landstingsstyrelsen konstaterar att den nuvarande och även den sannolika framtida ekonomiska situationen för landstinget innebär att det finns behov av att vidta åtgärder som bidrar till att sänka verksamhetens kostnader men även för att frigöra resurser för angelägna satsningar. Nyligen har landstingsstyrelsen fattat beslut om förändringar av jourverksamheten i en del av länet som innebär en kvalitetshöjning inom verksamheterna samtidigt som kostnaderna kan minska.

#### **Palliativ vård**

Landstingsstyrelsen delar översynens uppfattning om att det är angeläget att utvecklingen av den palliativa vården i länet fullföljs. Styrelsen ställer sig därmed bakom förslagen om att tillskapa palliativa enheter vid sjukhusen i samband med att vårdplatsförändringarna genomförs.

Likaså ställer sig styrelsen bakom förslaget om att inom ramen för översynen frigöra resurser för finansiering av utökade personalresurser motsvarande 7,5 sjuksköterskebefattningar samt ökade omkostnader för att lägga grunden för palliativa resursteam.

Landstingsstyrelsen vill för sin del framhålla vikten av att samverka med den kommunala hälso- och sjukvården utvecklas ytterligare för att bli tillgodose behoven hos patienter i palliativ vård.

Landstingsstyrelsen bedömer att det är angeläget att ett sammanhållet utvecklingsarbete avseende den palliativa vården fortsätter och hålls vid liv. Landstingsdirektören bör därför ges i uppdrag att säkerställa att så sker i samarbete mellan berörda divisioner och gemensamt med länets kommuner.

#### **Vårdplatserna**

När det gäller området vårdplatser så delar landstingsstyrelsen översynens bedömning att det finns utrymme att minska antalet vårdplatser ytterligare i länet med stöd av den analys som genomförts. Utrymmet för minskning är totalt sett dock begränsat i nuläget. Icke desto mindre är det angeläget att föreslagna vårdplatsförändringar genomförs.

Landstingsstyrelsen anser även att frågan om minskningen av antalet vårdplatser ska ses i och bedömas i ljuset av att länets kommuner nyligen sagt upp tidigare gällande finansieringsavtal avseende rehabilitering i slutet vård. Avtalen omfattade ett finansieringsansvar för 90 vårdplatser motsvarande ca 69 mkr på årsbasis. Genom kommunernas uppsägning av avtalen har lands-

tinget, ännu en gång, tvingats finansiera rehabiliteringsverksamheten i slutenvård med motsvarande belopp. Mot den bakgrunden anser styrelsen det naturligt att omfattningen av antalet vårdplatser nu ses över.

Analysen pekar tydligt på att det finns behov av att omfördela tillgången till vårdplatser inom områdena allmänkirurgi/urologi samt internmedicin/rehabilitering/palliation/observationsplatser för att åstadkomma förutsättningar i länet för att erbjuda en kvalitativt likvärdig vård i förhållande till aktuellt verksamhetsuppdrag för respektive sjukhus. Landstingsstyrelsen vill samtidigt framhålla betydelsen av fortsatt tillgång till observationsplatser vid vårdcentralerna i extrem glesbygd för en väl fungerande vårdkedja för den del av befolkningen som bor där.

De senaste årens strukturförändringar inom området allmänkirurgi/urologi har medfört att patientströmmarna i länet ändrats. Konsekvensen av detta är att det uppstått ett ökat tryck på verksamheten vid Sunderby sjukhus medan framför allt efterfrågan av kirurgisk vård minskat vid Piteå älvdals sjukhus. Mot denna bakgrund är det logiskt att vidta de åtgärder som föreslås i översynen.

Inom området internmedicin/rehabilitering/palliation/observationsplatser visar analysen att det råder en ojämlig tillgång till vårdplatser mellan länets olika delar vilket påverkar möjligheterna att bedriva en likvärdig vård kvalitativt sett. Mot denna bakgrund anser landstingsstyrelsen att även föreslagna förändringar inom detta område ska genomföras.

Landstingsstyrelsen ställer sig bakom översynens förslag om att minskningen av vårdplatser i Östra Norrbotten sker genom att primärvårdens observationsplatser i Haparanda avvecklas. Behovet av slutenvård för befolkningen i Haparanda tillgodoses därmed i stället i huvudsak vid Kalix sjukhus. Det ger en större total flexibilitet avseende vårdplatsnyttjandet för hela det geografiska området. Förändringen innebär dock att olägenheterna ökar något för de patienter i Haparanda som behöver vårdas i slutenvård. Detta uppvägs dock av att den medicinska kvaliteten sammantaget ökar.

I sammanfattning innebär det att landstingsstyrelsen ställer sig bakom att följande förändringar avseende vårdplatser genomförs:

Vårdplatskonsekvenser						
Förslag	Piteå älvdal	Östra Norrbotten	Luleå/Boden	Gällivare	Kiruna	Summa
Medicinplatser, rehabiliterings- och palliativa platser	-3	0	9	-4	-7	-5
Obs-platser	0	-9	0	0	0	-9
HIA-platser på länsdel-sjukhus	0	0	0	0	0	0
Kirurgplatser	-4	-4	3	-1	0	-6
<b>Totalt</b>	<b>-7</b>	<b>-13</b>	<b>12</b>	<b>-5</b>	<b>-7</b>	<b>-20</b>

För den medicinska diagnostiken, behandlingen och omvårdnaden så krävs tillgång till en rad resurser. Den viktigaste är kompetent och engagerad personal. Därutöver krävs även tillgång till utrustning för diagnostik och behandling liksom moderna och effektiva läkemedel. Tillgång till vårdplatser för omvårdnad är också en nödvändig resurs. Utöver detta krävs även en rad servicetjänster för att en god hälso- och sjukvård ska kunna bedrivas.

Landstingsstyrelsen konstaterar att av dessa uppräknade resurser så är det i dagsläget endast antalet vårdplatser som fastställs av landstingsfullmäktige. Omfattningen och typen av alla övriga resurser fastställs främst inom berörda verksamheter eller när det gäller ramar för medicinteknisk utrustning av landstingsstyrelsen.

Landstingsstyrelsens uppfattning är att beslut om antalet vårdplatser vid sjukhusen eller observationsplatser vid vissa vårdcentraler inte har sådan strategisk betydelse att de ska fattas av landstingsfullmäktige. I stället bör synsättet kring vårdplatsen vara att den har samma betydelse som andra nödvändiga resurser för att erbjuda en trygg och säker hälso- och sjukvård. Det innebär, enligt styrelsens mening, att beslut om förändring (ökning eller minskning) av antalet vårdplatser är en renodlad verksamhetsfråga som ska beslutas inom verksamheterna som ett arbetsbeslut.

Av ledningsskäl och administrativa skäl är det dock nödvändigt att beslut om förändringar av antalet vårdplatser redovisas och följs upp noggrant inom ramen för landstingets planeringsprocess. I planeringsprocessen ska även uppföljningen utvecklas ytterligare för att belysa att verksamheterna bedrivs och utvecklas så att de kännetecknas som tillgängliga, säkra, evidensbaserade, kvalitativt likvärdiga och effektiva.

Landstingsstyrelsen anser således, med hänvisning till det anförda, att beslut om förändringar av antalet vårdplatser ska fattas som arbetsbeslut i berörda verksamheter.

I övrigt när det gäller översynen av vårdplatser anser landstingsstyrelsen att arbetet med att utveckla vårdprocesserna inom och mellan sjukhusen behöver fortsätta och intensifieras för att möta kraven på en modern, trygg och säker hälso- och sjukvård. Det är ett prioriterat uppdrag för landstingsdirektören att säkerställa att detta sker.

#### **Konsekvenser för ekonomi**

Landstingsstyrelsen konstaterar att översynen samlat innebär förhållandevis begränsade konsekvenser när det gäller minskning av personal och att de ekonomiska effekterna även är begränsade. Totalt sett är bedömningen att antalet befattningar minskar med 12 – 13 och att kostnaderna minskar med ca 9,2 mkr på helårsbasis.

Samtidigt noterar landstingsstyrelsen att detta inte räcker till för att nå en ekonomi i balans varför arbetet med att identifiera ytterligare åtgärder som uthålligt sänker kostnaderna behöver fortsätta.

#### **Genomförande**

Landstingsstyrelsen förutsätter att de åtgärder som ska vidtas genomförs snarast möjligt efter det att landstingsfullmäktige fattat beslut i ärendet.

Samtidigt vill styrelsen framhålla vikten av att genomförandet kombineras med lokala processer inom berörda verksamheter i dialog med personalen så att störningar i verksamheterna minimeras.

#### **Förslag till beslut**

Mot bakgrund av det redovisade föreslås landstingsfullmäktige fatta följande beslut:

- 1 Föreslagna satsningar på ökade personalresurser för palliativa resursteam godkänns.
  - 2 Föreslagna förändringar av antalet vårdplatser vid sjukhus och primärvårdens observationsplatser godkänns.
  - 3 Beslut om förändringar av antalet vårdplatser är fortsättningsvis arbetsbeslut i berörda verksamheter.
  - 4 Förändringarna ska genomföras omgående och landstingsdirektören ges i uppdrag att ansvara för genomförandet.
  - 5 Landstingsdirektören ges i uppdrag att säkerställa att utvecklingsarbetet inom den palliativa vården fortsätter och att uppföljningen av verksamheten utvecklas inom ramen för landstingets planeringsprocess.
  - 6 Landstingsdirektören ges också i uppdrag att löpande följa upp förändringarna och lämna rapport till landstingsstyrelsen. Särskild uppmärksamhet ska ägnas åt att säkerställa att befolkningarna i Haparanda och Älvsbyns kommuner har tillgång till och får en vård som är kvalitativt likvärdig med den som länets övriga medborgare får.
- -

## **Yrkanden och propositionsordning**

### **Yrkande 1**

Kent Ögren (s), Britt Westerlund (s), Bengt Ek (s), Agneta Granström (mp), Monica Carlsson (v):

- Förslag till yttrande och beslut bifalls.

### **Yrkande 2**

Hans Swedell (m), Staffan Eriksson (m), Raija Karlander (m), Kenneth Backgård (ns), Johnny Åström (ns), Erik Berg (c), Carola Lidén (c), Jens Sundström (fp) Anders Mansten (fp) och Karl-Göran Väливаara (kd):

- Ärendet återremitteras med följande motivering:  
Fördelning av vårdplatser är inte en fråga om matematisk rättvisa utan måste utgå från ett helhetsperspektiv. Ärendet återremitteras med hänvisning till att såväl behovet, som möjligheterna till annan finansiering måste utredas. Vidare kräver den föreslagna förändringen en s k medicinsk revision för att säkerställa att patienter som ligger under det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret inte felaktigt belastar landstingets observationsplatser. Vidare ska det utredas om vårdplatsfrågor fortsättningsvis skall anses vara arbetsbeslut, sett i relation till landstingets demokratisyn och fullmäktiges arbetsuppgifter.

### **Yrkande 3**

Hans Swedell (m), Raija Karlander (m), Erik Berg (c), Carola Lidén (c), Jens Sundström (fp), Karl-Göran Väливаara (kd):

- Om återremiss enligt yrkande 2 inte bifalls avslås förslaget.

### Propositionsordning

Ordföranden ställer proposition på återremissyrkandet med motivering enligt yrkande 2 och finner att det bifalls.

-----  
-

### Beslut

*Ärendet återremitteras.*

### Anteckning

- 1 Efter behandlingen av ärendet avbryts sammanträdet för lunch kl 12.15 – 13.15.
- 2 I samband med lunchen avbryter Kenneth Backgård (ns) tjänstgöringen och ersätts av Erika Sjöo (ns). Ersättaren Tord G Häggström (m) avbryter sin tjänstgöring och ordinarie ledamoten Migelle Wikström (m) tillträder.

### Kompletterande utredning med anledning av beslutet om återremiss

Med anledning av återremissen den 18 september 2007 (LFU § 72 – 07) har landstingsstyrelsen låtit utreda och belysa frågeställningarna i landstingsfullmäktiges beslut. I det följande redovisar och värderar landstingsstyrelsen respektive fråga var för sig.

#### Finansiering av palliativ vård

Den resultatprognos som presenterades i samband med budgetdialogen under februari-mars 2008 visar på negativa resultat under hela planeringsperioden (2008-2010). Det innebär i praktiken att nya satsningar måste finansieras genom att resurser frigörs genom rationaliseringar och förändringar i verksamheterna.

Mot denna bakgrund är det viktigt att varje utvecklingsåtgärd och ny satsning är fullt finansierad innan åtgärden vidtas. Sådan finansiering måste med nödvändighet ske genom att resurser frigörs och omfördelas till områden där utvecklingsinsatser eller nysatsningar ska ske.

När det gäller utvecklingen av den palliativa vården är det landstingsstyrelsens uppfattning att resurser ska frigöras inom området hälso- och sjukvård. Enligt styrelsens mening är det mest ändamålsenligt att det sker genom en minskning av antalet vårdplatser i länet samtidigt som en viss omfördelning sker för att utjämna olikheter i länet.

Det är enligt styrelsens uppfattning inte aktuellt att överväga att omfördela resurser från andra sektorer inom landstinget. Inom såväl kultur- och utbildningsområdena liksom området regional utveckling är flertalet av landstingets åtaganden antingen reglerade i lagstiftning (t ex Länstrafiken) eller långsiktiga åtaganden genom avtal med andra aktörer (t ex Norrbottensteatern). Därigenom är möjligheterna att frigöra resurser på kort sikt obefintliga och det finns för närvarande inte heller någon politisk inriktning att minska landstingets åtaganden inom dessa områden.

Utvecklingen av den palliativa vården i länet är nödvändig för att erbjuda en likvärdig vård i hela länet. Med hänvisning till ovanstående gör landstings-

styrelsen fortsatt bedömningen att en minskning av antalet vårdplatser är den mest ändamålsenliga åtgärden för att skapa ett utrymme för att finansiera utvecklingen av den palliativa vården.

### Medicinsk genomgång

Landstingsstyrelsen har låtit göra en granskning av verksamheten på observationsplatserna i Haparanda i två perspektiv. Det första perspektivet avser omfattningen av verksamheten och det andra perspektivet avser det medicinska innehållet i verksamheten.

#### Omfattning

Vad gäller omfattningen av verksamheten på observationsplatserna har en jämförelse gjorts mellan perioden januari – augusti 2006 respektive 2007. Jämförelsen visar att antalet vård dagar under perioden januari – augusti år 2006 uppgick till 1752, fördelat på 364 vårdtillfällen. Motsvarande period år 2007 var antalet vård dagar 1457, fördelat på 278 vårdtillfällen. Det innebär en minskning av antalet vård dagar med 295 vilket motsvarar en minskning med ca 17 procent. Medelvårtiden 2006 var 4,8 dagar medan den år 2007 var 5,2 dagar.

Uppgifter har även tagits fram avseende omfattningen av antalet vård dagar som Haparanda kommun erlagt betalning till landstinget för medicinskt färdigbehandlade patienter på observationsplatserna samt omvårdnadsenheten på Kalix sjukhus

År 2006 erlades under perioden januari – augusti ersättningen för 41 vård dagar på observationsplatserna i Haparanda med sammantaget 97 047 kronor. För perioden januari – augusti 2007 har kommunen erlagt ersättning för 168 vård dagar med 589 848 kronor. Ökningen 2007 förklaras till stor del av att kommunen aktivt ”köpt” vård dagar på observationsplatserna för personer i behov av plats på särskilt boende. Köpet har skett i avvaktan på att kommunen ska färdigställa boendeplatser som är under uppförande.

Vid omvårdnadsenheten i Kalix erlade Haparanda kommun betalning för 7 vård dagar under perioden januari – augusti 2006 och för 54 vård dagar under perioden januari – augusti 2007.

#### Verksamhetens innehåll

I beslutet om återremiss anges att en ”så kallad medicinsk revision för att säkerställa att patienter som ligger under det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret inte felaktigt belastar landstingets obs-platser” ska göras.

Den utredning som genomförts innebär att länschefen för den internmedicinska verksamheten i länet och verksamhetschefen för den internmedicinska verksamheten vid Kalix sjukhus har gjort en genomgång av samtliga 49 vårdtillfällen vid observationsplatserna i Haparanda under tiden 1 augusti – 21 september 2007.

Utgångspunkten för granskningen var att observationsplatserna verksamhetsmässigt ska i möjligaste mån jämföras med vårdplatser vid ett sjukhus. Det innebär att det ur ett medicinskt perspektiv ska vara samma indikationer som gäller för inläggning på en observationsplats som för inläggning på en sjukhusplats.

Granskningen har omfattat en genomgång av inläggningsanteckning, utan-teckning och diagnos för varje vårdtillfälle, d v s en renodlad journalstudie.



För varje vårdtillfälle har bedömarna försökt avgöra på vilken vårdnivå patienten skulle ha vårdats på ur ett internmedicinskt perspektiv. Resultatet av granskningen är följande:

- Vårdtillfällen som är relevanta på observationsplats alternativt internmedicinsk plats 28
- Vårdtillfällen som absolut skulle ha varit på sjukhus 7
- Vårdtillfällen som avlastat särskilt boende 5
- Vårdtillfällen med tveksam inläggningsindikation 5
- Vårdtillfällen utan inläggningsindikation 4
- Summa vårdtillfällen 49

Bedömarnas slutsatser är följande:

- Vid genomgången iaktogs att knappt 60 procent av vårdtillfällena var på rätt vårdnivå, d v s patienter som kan vårdas på observationsplats alternativt internmedicinsk plats.
- Genomgången visade att drygt 10 procent av vårdtillfällena handlade om patienter där landstinget tagit ett ansvar som ska ligga på kommunen.
- Inläggningsindikationen var inte korrekt eller tveksam i nästan 20 procent av inläggningstillfällena. Dessa patienter hade med största sannolikhet inte blivit inlagda på sjukhus.
- Ca 15 procent av vårdtillfällena skulle inte ske på en observationsplats utan inläggnings- indikationen var sådan att patienten skulle ha vårdats på sjukhus och i flera fall på intensivvårdsavdelning eller hjärtintensivvårdsavdelning.
- Medelvårdtiden är något längre på observationsplatserna i Haparanda än på sjukhusen i länet.

Landstingsstyrelsens slutsatser av den genomförda bedömningen är att den visar det man kunde förvänta sig, nämligen att verksamheten vid observationsplatserna till en del avser patienter som landstinget har vårdansvar för. Samtidigt visar bedömningen att det finns ett antal vårdtillfällen som rimligen aldrig borde ha förekommit. Detta förhållande kan påverkas av det faktum att Haparanda kommun för närvarande aktivt köper vård dagar på observationsplatserna i avvaktan på att särskilda boendeplatser ska bli tillgängliga.

Det allvarliga med bedömningen är att det även förekommer vårdtillfällen på observationsplatserna för patienter som, enligt journalstudien, behövde plats på sjukhus, till och med på intensivvårds- eller hjärtintensivvårdsplats.

Sammantaget anser styrelsen att bedömningen ger en god bild över att det verksamhetsmässiga innehållet på observationsplatserna är varierande vilket även var förväntat. Landstingsstyrelsen anser vidare att genomgången inte ger anledning att ändra bedömningen att observationsplatserna i Haparanda kan avvecklas.

Frågan måste också sättas in i det samlade perspektiv som hela översynen av vårdplatserna omfattar, nämligen förutsättningarna att erbjuda en likvärdig vård i hela länet inom områdena internmedicin, geriatrik/rehabilitering och observationsplatser för att ge likvärdiga förutsättningar i länet. I det sam-

manhanget har Östra Norrbotten ett högre antal vårdplatser än vad befolkningsunderlaget motiverar. Det är således rimligt att Östra Norrbotten bidrar till den utjämning som översynen föreslår.

När det gäller tillgången till vårdplatser i Östra Norrbotten anser landstingsstyrelsen att det behöver råda en rimlig relation mellan tillgång till vårdplatser på Kalix sjukhus och observationsplatser i primärvården. Enligt översynen ska totalt 13 vårdplatser avvecklas i Östra Norrbotten, varav fyra kirurgiska platser vid omvårdnadsenheten på Kalix sjukhus.

Enligt landstingsstyrelsens uppfattning skulle det medföra en orimlig relation mellan antalet vårdplatser på sjukhus och antalet observationsplatser i primärvården om tretton vårdplatser avvecklas vid omvårdnadsenheten på Kalix sjukhus och i stället behålla alla observationsplatser i Haparanda. En sådan förändring skulle försvåra förutsättningarna att erbjuda en kvalitativt likvärdig vård inom t ex områdena hjärtsjukvård, strokesjukvård och njursjukvård för patienterna i Östra Norrbotten. Detta eftersom de patienter som skulle komma att vårdas på observationsplatserna inte skulle ha tillgång till lika kvalificerade resurser som finns inom Kalix sjukhus för de patienter som vårdas där.

Sammantaget innebär detta att landstingsstyrelsen finner det rimligt att avveckla de nio observationsplatserna vid Haparanda vårdcentral och i stället behålla vårdplatser vid Kalix sjukhus.

I syfte att lokalt i Haparanda säkerställa en nära tillgänglig och trygg sjukvårdsinsats för i första hand patienter i palliativ vård anser landstingsstyrelsen att en överenskommelse om tjänsteköp av kommunen ska träffas med Haparanda kommun. Innebörden av överenskommelsen bör enligt styrelsens mening vara att säkerställa att specifika patienter kan få nödvändiga sjukvårdsinsatser utförda inom den hälso- och sjukvårdsverksamhet som kommunen förfogar över. Landstingets åtagande i överenskommelsen blir att ersätta kommunen för de sjukvårdsinsatser som ligger inom landstingets ansvarsområde men som faktiskt utförs av kommunen. Landstingsstyrelsen har också identifierat behov av att en diskussion tas upp om ett motsvarande tjänsteköp med Älvsbyns kommun.

### **Beslutsnivå avseende vårdplatser**

I denna fråga har landstingsstyrelsen låtit inhämta uppgift om hur andra landsting och regioner hanterar sådana beslut.

Kartläggningen visar att flertalet landsting/regioner har överlåtit dessa beslut till verksamhetsansvariga inom ramen för den vårdpolitiska inriktning eller beslutad vårdstruktur som är fastställd. Det är endast i fyra landsting/regioner som landstingsstyrelse/landstingsfullmäktige fortfarande fattar dessa beslut.

Mot denna bakgrund och med hänvisning till de argument som landstingsstyrelsen tidigare redovisat vidhåller styrelsen att det är ändamålsenligt att för framtiden betrakta beslut om förändring av antalet vårdplatser som arbetsbeslut i berörd verksamhet inom ramen för den vid varje tidpunkt gällande vårdpolitiska inriktningen. Dock bör beslut om förändringar av observationsplatser i extrem glesbygd även fortsättningsvis fattas av landstingsfullmäktige. Med en sådan avgränsning av beslutsbefogenheten anser landstingsstyrelsen att integriteten för både landstingsstyrelsen och landstingsfullmäktige som demokratiska organ upprätthålls.

## Förslag till beslut

Mot bakgrund av den tidigare ärendebeskrivningen och den kompletterande utredningen föreslår landstingsstyrelsen att landstingsfullmäktige fattar följande beslut:

- 1 Föreslagna förändringar av antalet vårdplatser vid sjukhus och primärvårdens observationsplatser godkänns.
- 2 Under förutsättning att föreslagna förändringar av vårdplatser genomförs och ekonomiska resurser därmed frigörs godkänns föreslagna satsningar på ökade personalresurser för palliativa resursteam.
- 3 Landstingsstyrelsen bemyndigas att ingå en överenskommelse om tjänsteköp avseende sjukvårdsinsatser med Haparanda kommun.
- 4 Beslut om förändringar av antalet vårdplatser, med undantag för observationsplatser i extrem glesbygd, är fortsättningsvis arbetsbeslut i berörda verksamheter inom redovisade avgränsningar.
- 5 Förändringarna ska genomföras omgående och landstingsdirektören ges i uppdrag att ansvara för genomförandet liksom för att tillsammans med kommunen utarbeta överenskommelsen mellan landstinget och Haparanda kommun.
- 6 Landstingsdirektören ges i uppdrag att genomföra överläggningar med Älvsbyns kommun om ett tjänsteköp av sjukvårdsinsatser.
- 7 Landstingsdirektören ges i uppdrag att säkerställa att utvecklingsarbetet inom den palliativa vården fortsätter och att uppföljningen av verksamheten utvecklas inom ramen för landstingets planeringsprocess.
- 8 Landstingsdirektören ges också i uppdrag att löpande följa upp förändringarna och lämna rapport till landstingsstyrelsen.

---

## Yrkanden och propositionsordning

### Yrkande 1

Kent Ögren (s):

- Beslutsförslaget bifalls.

### Yrkande 2

Kenneth Backgård (ns), Erik Berg (c) och Birgit Stöckel (kd):

- Beslutsförslaget avslås.

### Yrkande 3

Av Hans Swedell (m):

- Ärendet bordläggs.

### Propositionsordning

Ordföranden ställer först proposition på yrkande 3 och finner att det avslås. Därefter ställer ordföranden proposition på yrkandena 1 och 2 och finner att yrkande 1 vinner majoritet.

---

## **Beslut**

- 1 Beslutsförslaget bifalls.*
- 2 Omedelbar justering.*

### **Reservation**

Av Kenneth Backgård (ns), Margareta Henricsson (ns), Johnny Åström (ns), Hans Swedell (m), Bo Hultin (m), Erik Berg (c) och Birgit Stöckel (kd).

## **§ 77**

# **Fördelning inom ramen för näringspolitik**

**Dnr 625-08**

### **Ärendebeskrivning**

Landstingsfullmäktige har bemyndigat landstingsstyrelsen att fördela anslaget till näringspolitik.

Ramen för näringspolitik är för 2008 totalt 47,2 miljoner.

## Förslag till beslut

Från anslaget till näringspolitik fördelas enligt nedan

<b>Projekt</b>	
e-hälsa	2 800 000
Attraktiv Region	1 000 000
Energiprojektet	1 800 000
<b>Ägarbidrag</b>	
Almi Företagspartner Nord AB	6 438 491
Filmpool Nord AB	9 700 000
North Sweden European Office	900 000
<b>Verksamhetsbidrag till organisationer</b>	
Ung Företagsamhet i Norrbotten	260 000
InternetBay	1 500 000
Cooppanion Norrbotten	300 000
Hushållningssällskapet	175 000
Norrlandsförbundet	35 000
<b>Regionala utvecklingsmedel</b>	11 100 000
Summa	36 008 491
Ram för näringspolitik enligt LP	47 200 000
Återstår att fördela	11 191 509

## Beslut

*Enligt beslutsförslaget.*