

Framtidens hälso- och sjukvård i Norrbotten

**En rapport om hot, möjligheter och vägval
inför år 2020**

**Norrbottens läns landsting
Januari 2011**

Inledning

Hot, möjligheter och vägval. Tre ord som sammanfattar hälso- och sjukvårdens framtida utveckling och de utmaningar landstinget står inför.

Hot i form av den demografiska utvecklingens konsekvenser. Antalet äldre norrbottningar med stora sjukvårdsbehov blir allt fler. Utflyttningen från länet av yngre och medelålders medför minskade skatteintäkter och försvårar personalförsörjningen. Den allt mer avancerade och specialiserade sjukvårdens kostnader skjuter i höjden. Gapet mellan vad som är möjligt att göra och vad som ryms inom det ekonomiska utrymmet blir allt större. Många av hoten är sådana som landstinget endast i begränsad utsträckning kan påverka men måste förhålla sig till.

Möjligheter tack vare den medicinska och tekniska utvecklingen. Allt fler sjukdomar kan botas eller lindras. Aldrig tidigare har så många norrbottningar kunnat erbjudas framgångsrik vård och behandling högt upp i åldrarna. Distansöverbyggande lösningar utvecklas allt mer och kan bidra till att ge invånare i glest befolkade delar av länet tillgång till specialistkunskap på ett sätt som tidigare varit omöjligt.

Vägval som innebär att landstinget måste ta tillvara möjligheterna och hantera hoten.

Den här rapporten är ett led i arbetet med att utreda införandet av närsjukvård i Norrbotten. Rapporten är en tjänstemannaprodukt och har inte behandlats politiskt.

Utgångspunkten för rapporten är de direktiv som fastställts av landstingsstyrelsen. Den bygger också på den serie dialogmöten som ledamöter och ersättare i landstingsstyrelsen genomförde i samtliga länets kommuner under våren 2010. Företrädare för kommunledningar, föreningar och organisationer samt allmänheten hade då tillfälle att framföra sina synpunkter på hur sjukvården i Norrbotten ser ut idag och hur den borde fungera i framtiden. Under hösten 2010 har tio öppna möten på temat ”*Framtidens hälso- och sjukvård*” genomförts för att i dialogens form samla in underlag för en analys av hur olika omvärldsfaktorer kan väntas påverka utvecklingen.

Rapporten kommer att remissbehandlas. Det betyder att alla norrbottningar liksom föreningar, företag, kommuner och organisationer samt andra intresserade har möjlighet att komma med synpunkter. Närmare uppgifter om remissbehandlingen kommer att lämnas på landstingets webbplats nll.se/narsjukvard.

Luleå den 25 januari 2011

Elisabeth Holmgren
Landstingsdirektör

Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
Disposition	12
1. Uppdraget	13
2. Arbetsätt.....	16
3. Bra kan bli bättre	17
4. Sjukvård i förändring	21
5. Behov och resurser	26
6. Räcker personalen till?	32
7. Norrbotten i jämförelse	37
8. Vård på lika villkor?.....	44
9. Vården av sjuka äldre	49
10. Att förebygga sjukdom och ohälsa.....	56
11. Psykisk ohälsa	60
12. Närsjukvård i teori och praktik.....	63
13. Strategier för att sänka hälso- och sjukvårdens kostnader	68
14. Alternativt utvecklingsscenario.....	72
Bilaga 1 Direktiv	76
Bilaga 2 Källförteckning	81
Bilaga 3 Närsjukvårdsutredningens öppna möten hösten 2010	82
Bilaga 4 Virtuella vårdavdelningar – utdrag ur rapporten ”Från sjukhussäng till e-hälsa” (SKL 2010).....	83
Bilaga 5 Konsumtion av sluten vård i Norrbotten under 12 månader.....	84

Sammanfattning

Uppdrag och bakgrund

Landstingsstyrelsen beslutade vid sitt sammanträde i april 2009 att en utredning om närsjukvård inom Norrbottens läns landsting ska genomföras. Närsjukvård ska införas i en nära framtid men översynens uppdrag är enligt direktiven (bilaga 1) att utforma lösningar som är hållbara till åtminstone år 2020. Den här rapporten är ett led i detta arbete.

Specialiserad sjukvård av allt bättre kvalitet - men gemensam problembild

Hälso- och sjukvården har under de senaste decennierna genomgått stora förändringar, inte bara i Norrbotten och Sverige utan också i jämförbara länder. Omvandlingen kan sammanfattas i följande punkter.

- Den akuta vården har koncentrerats.
- Akut respektive planerad vård hålls i ökad utsträckning åtskild.
- Sjukhusen har blivit mer specialiserade.
- Allt mer av vården tillhandahålls i öppen vård, både vid och utanför sjukhusen och i allt större utsträckning i patienternas hem.
- Såväl antalet akutsjukhus som vårdplatser har minskat.
- Fler sjukhus är specialinriktade på planerad vård.

En gemensam nämnare är att vården – oavsett land och sjukvårdssystemets utformning - uppnår allt bättre resultat när det gäller flera av de vanliga folksjukdomarna. Enligt Socialstyrelsen har Sverige, liksom många andra länder, fått en specialiserad sjukvård av hög kvalitet. Internationella studier visar dessutom att svensk sjukvård står sig väl i jämförelser med andra länders.

Samtidigt kvarstår ett antal problem som Sverige i stor utsträckning delar med andra länder. Det handlar framför allt om

- bristande helhetssyn
- splittrade vårdprocesser som inte utgår från patientens samlade behov
- otillfredsställande ojämlikhet i hälsa och vård
- fortsatt stark fokusering på behandling istället för på förebyggande insatser

Myten om ständiga besparingar

Av den offentliga debatten är det lätt att få intrycket att hälso- och sjukvården är föremål för ständiga besparingar och att resurserna oavbrutet minskar. I verkligheten är det precis tvärtom. Med undantag för några enstaka år har den svenska hälso- och sjukvården under de senaste decennierna tillförts mer resurser. Sedan Ädelreformen 1992 har kostnaderna för hälso- och sjukvården ökat med 32 procent i fasta priser. Framför allt har kostnaderna ökat från 1998 och framåt.

I Norrbotten uppgick år 2001 hälso- och sjukvårdskostnaden till 15 338 kronor per invånare. Motsvarande siffra år 2009 var 20 400 kronor. Det innebär en ökning med drygt 33 procent (exklusive läkemedelsförmån¹ och tandvård; löpande priser) på två år. För riket som helhet uppgick ökningen till drygt 40 procent under samma period.

¹ År 2001 hade landstinget inget kostnadsansvar för läkemedelsförmånen

I förordet till rapporten ”*Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård*” (SKL² 2009) beskrivs utvecklingen så här: ”Trots att förändringarna varit nödvändiga för att kunna nyttiggöra den medicinska utvecklingen har de i stor utsträckning beskrivits som nedskärningar och försämringar, med besvikelse och oro som följd, både i befolkningen, bland patienterna och hos personalen. Om vården hade förmått att mer öppet redovisa de medicinska sammanhangen och effekterna i termer av bättre resultat och kvalitet, skulle befolkningens och patienternas trygghet ha ökat, liksom personalens stolthet.”

Kostnadsutvecklingen och resursförbrukningen inom vården brukar förklaras med två grundläggande drivkrafter:

- Demografiska förändringar, det vill säga kostnadsökningar som följd av att antalet äldre med större vårdbehov blir allt fler.
- Medicinsk och teknisk utveckling som möjliggör att allt fler sjukdomar kan diagnostiseras och behandlas något som i sin tur leder till växande förväntningar och krav på vården från medborgare och patienter.

Såväl de demografiska förutsättningarna som den medicinska och tekniska utvecklingen talar för att kostnaderna för hälso- och sjukvården kommer att fortsätta att öka också i framtiden.

Gapet mellan vad som är möjligt att göra och vad pengarna räcker till kommer successivt att bli större. Verksamheten inom Norrbottens läns landsting utgör inget undantag i detta avseende.

Räcker personalen till?

Vårdens utveckling handlar förvisso inte bara om tillgång eller brist på ekonomiska resurser. En allt mer aktuell fråga är hur den demografiska utvecklingen kommer att påverka personaltillgången.

I rapporten ”*Generationsväxlingen på arbetsmarknaden*” redovisar Arbetsförmedlingen (november 2010) sin bedömning av hur arbetskraftsutbudet kommer att utvecklas på såväl nationell som regional nivå. Fram till år 2025 rör det sig om 1,6 miljoner pensionsavgångar i landet. Det är cirka 250 000 fler personer än under perioden 1995 till 2010.

Generationsväxlingen är särskilt omfattande i den offentliga sektorn. De tre storstadslänen påverkas minst, medan många av landets mindre orter berörs mycket. I vissa kommuner blir åldersavgångarna inom offentlig sektor större än tillskottet av ungdomar.

Enligt utredningens bedömning framstår det som högst sannolikt att möjligheterna att rekrytera läkare samt vissa andra yrkesgrupper till Norrbotten blir än mer gränssättande för hälso- och sjukvårdens utveckling i framtiden. I längden förefaller det bli allt svårare att trygga försörjningen av läkare till såväl primärvården som länets fem sjukhus. Den fortgående specialiseringen inom hälso- och sjukvården bidrar successivt till att förstärka denna utveckling.

² SKL = Sveriges Kommuner och Landsting

Allt större krav ställs på hur vården av de mest sjuka äldre utformas

Antalet personer med många samtidiga sjukdomar (multisjuklighet³) blir allt fler, vilket är en naturlig följd av den demografiska utvecklingen. Dagens äldre är visserligen friskare än tidigare generationer, något som dock inte gäller för de allra äldsta. Sjukligheten har helt enkelt förskjutits till högre åldrar. Runt år 2020 sker en snabb ökning av antalet personer över 80 år i Sverige. Allra störst beräknas tillväxten bli under perioden 2025-2035 då antalet 85+ beräknas öka med i genomsnitt 15 200 personer per år. Detta kan jämföras med perioden 1980-2005 då motsvarande siffra var 5 100 personer per år.

Äldre har under de senaste 20 åren fått tillgång till allt mer avancerade behandlingar. Men trots detta kvarstår betydande brister och problem som, om åtgärder inte vidtas, kommer att bli besvärande. Den medicinska utvecklingen har gjort vården allt mer specialiserad vilket i stor utsträckning varit positivt för den som så att säga har en sjukdom i taget. Det omvända kan sägas gälla för många av de mest sjuka äldre som har flera sjukdomar och symtom samtidigt. Bristande samverkan, återkommande sjukhusinläggningar och en splittrad vård där man alltför sällan ser till patientens samlade situation och behov är för dessa ett påtagligt bekymmer.

En central fråga är hur vården av de mest sjuka äldre kommer att utvecklas. Åtgärder för att erbjuda ett tryggt omhändertagande och god omvårdnad i övrigt är nödvändiga för att minska inflödet till sjukhusens akutmottagningar och risken för onödiga inläggningar i sluten vård. Misslyckas detta är det högst sannolikt att behovet av vårdplatser ökar påtagligt från och med 2020 och framåt som en följd av den demografiska utvecklingen.

Den samlade bilden av vården av sjuka äldre med mer komplexa problem kan beskrivas så här: Mycket görs och mycket är bra men samtidigt krävs det ännu mycket mer. Inte minst viktigt är att utnyttja det faktum att antalet i åldergruppen 80+ skjuter i höjden först från och med 2020 och framåt. Om inte tiden fram till dess används på ett klokt sätt är risken stor att det blir stora svårigheter för såväl landsting som kommuner att klara ett tillfredsställande omhändertagande av dessa patienter.

Här är några av de åtgärder och förslag som diskuteras av utredningen för att förebygga en sådan utveckling.

- Höj kvaliteten i det akuta omhändertagandet bland annat genom möjlighet för specialister i allmänmedicin (distriktsläkare) att skriva in äldre patienter i sluten vård utan att dessa ska behöva vänta på akutmottagningen.
- AT-läkare (underläkare) som i praktiken fungerar som "första linjen" på sjukhusens akutmottagningar är en riskfaktor för framför allt sjuka äldre och kan inte anses förenligt med basala krav på god vård.
- Systemet med fast vårdkontakt skapar från och med 1 juli 2010 nya möjligheter att samordna vården bättre. Det innebär att patienten får en tydligt utpekad person som ska bistå i kontakterna med vården och hjälpa till att samordna vårdinsatserna. Ingenting hindrar att kommun och landsting utser en gemensam sådan kontaktperson.
- Fortsatt stöd till anhöriga, som redan idag står för en stor del av omsorgsarbetet för äldre. Engagerade och välinformerade anhöriga kan vara en viktig trygghetsfaktor för patienten men förutsätter samtidigt ett aktivt stöd från kommun och landsting.

³ Ofta används begreppet "multisjuka äldre". I denna rapport har vi istället använt formuleringen "mest sjuka äldre". Uttrycket multisjuka äldre återfinns dock i vissa citat samt i hänvisningar till rapporter där detta ordval förekommer.

- Ett geriatriskt⁴ centrum inrättas vid Sunderby sjukhus som svarar för forskning, utveckling och kunskapsspridning. Centrumet ska även svara för vården av de svårast sjuka patienterna (länsspecialitet). Samtidigt bör en översyn göras av vårdplatsstrukturen vid Sunderby sjukhus för att möjliggöra en omfördelning av vårdplatser till förmån för behoven hos de mest sjuka äldre.
- Inom varje sjukhusområde ska resurser finnas för vård och rehabilitering i slutet och öppen vård inom akutgeriatrik, geriatrisk rehabilitering, strokevård och vård i livets slutskede.
- En systematisk användning av distansöverbryggande teknik kan bidra till att göra sjukhusspecialisternas kunskap tillgänglig utan att patienten behöver göra långa och ansträngande resor.

Vårdens hälsoorientering

Statens Folkhälsoinstitut konstaterar i ”*Folkhälsopolitisk rapport 2010*” att sjukdomsförebyggande insatser kan innebära stora samhälleliga och individuella vinster. Hälso- och sjukvården behöver därför utveckla sitt hälsofrämjande arbete ytterligare och införliva denna dimension på ett tydligare sätt.

Landstinget har tillsammans med andra aktörer, bland annat kommunerna, tagit en rad initiativ för att öka vårdens hälsoorientering. Socialstyrelsens har utarbetat förslag till nationella riktlinjer för det sjukdomsförebyggande arbetet. Dessa kommer i sin slutgiltiga utformning ge stöd för vilka metoder som bör användas.

Landstinget måste ta ställning till ambitionsnivån för det förebyggande området och hur det ska finansieras.

En översyn bör göras av landstingets ersättningssystem mot bakgrund av Folkhälsoinstitutets förslag att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser i hela hälso- och sjukvården bör premieras. Denna möjlighet bör prövas dels vad avser regelverket för Vårdval Norrbotten, dels också vad avser den mer specialiserade vården.

Division primärvård har föreslagit att ett särskilt folkhälsocenter inrättas inom länet. Landstinget bör ta initiativ till överläggningar med länets kommuner om möjligheten att inrätta en sådan gemensamt finansierad ”motor” för folkhälsoarbetet innefattande bland annat spridning av kunskapsbaserade metoder.

Psykisk ohälsa

Även om folkhälsan generellt sett utvecklats positivt i Sverige finns det oroande undantag. Ett sådant är förhållandet att allt fler ungdomar har ett nedsatt psykiskt välbefinnande. Utvecklingen kan avläsas dels genom självrapporterade besvär, dels i statistiken över antalet ungdomar som behandlats inom den psykiatriska slutenvården. I åldern 16-19 år är det stor skillnad mellan kvinnor och män till de unga kvinnornas nackdel. Bland de ungdomar som studerar uppger 28 procent av kvinnorna att de har besvär med oro, ångslan och ångest. Bland männen uppger 8 procent samma sak.

⁴ Geriatrik = läran om åldrandets sjukdomar

Framtidens närsjukvård har en central roll i hälso- och sjukvårdens arbete med att förebygga psykisk ohälsa i hela befolkningen, oavsett ålder. Den uttalat negativa utvecklingen avseende ungdomar i allmänhet och unga kvinnor i synnerhet utgör dock en särskild utmaning.

Närsjukvård Norrbotten

Närsjukvård är inte något enhetligt begrepp. Närsjukvård är i första hand en funktionell och geografisk term som avser gränsöverskridande vårdsamverkan. Avsaknaden av enhetlig definition till trots går det enligt SKL:s rapport ”Närvård i Sverige” att identifiera ett antal gemensamma drag i de landsting som hittills använt sig av ordet.

- Patientens/brukarens behov ska vara i centrum.
- Svaga patientgrupper med stora vårdbehov prioriteras.
- Samverkan ska vara grunden i det lokala vårdssystemet med ett helhetsperspektiv på såväl vårdens verksamhetsinnehåll som det sammanhang som patienten/brukaren lever i.
- Önskan att förbättra kvaliteten och höja säkerheten inom vården.
- Bättre hushållning genom en effektivare användning av de gemensamma resurserna.
- Skapa trygghet och tillit till vårdssystemet hos befolkningen.

Utredningen föreslår att begreppet närsjukvård definieras så här:

Med närsjukvård inom Norrbottens läns landsting avses en verksamhet som bedrivs av eller på uppdrag av landstinget för att tillgodose eller förebygga sådana hälso- och sjukvårdsbehov som

- är vanligt förekommande i befolkningen
- är ofta återkommande för individen
- är ekonomiskt rimliga och kompetensmässigt möjliga att bedriva lokalt

En stor del av närsjukvården utgörs *för närvarande* av den verksamhet som bedrivs inom primärvården respektive den breda allmänna internmedicinen vid samtliga av länets sjukhus (”länsdelssjukvård”). Över tid kan kompetensen inom närsjukvården komma att förändras, inte minst som en följd av den medicinska utvecklingen.

Behovet av eventuella organisatoriska förändringar för att utveckla närsjukvård inom Norrbottens läns landsting kommer att prövas i det fortsatta utredningsarbetet.

Behovet av samverkan mellan huvudmännen är stort och bedöms bli av ännu större betydelse som en följd av den demografiska utvecklingen. Brist på samordning förefaller vara ett större problem än brist på resurser. Inte minst skulle ett aktivt och samordnat förebyggande arbete kunna bidra till färre akuta, onödiga och kostsamma inläggningar av sjuka äldre på sjukhus.

Kan hälso- och sjukvårdens kostnader sänkas?

Landstingsstyrelsen anger i utredningens direktiv att det är ”nödvändigt att åtgärder genomförs inom hälso- och sjukvården för att uthålligt sänka kostnadsnivån med ca 400 miljoner kronor.” Enligt beräkningar av landstingets ekonomienhet är en mer aktuell siffra för närvarande cirka 250 miljoner kronor med år 2013 som utgångspunkt. Kalkylen bygger på förutsättningen att verksamheten fullt ut klarar kravet på kostnadssänkande åtgärder under perioden 2010-2012. Förhållandet att divisionerna till och med oktober 2010 redovisar ett resultat som är 85 miljoner kronor sämre än budget kan tala för att det blir svårt att uppnå det målet.

Med utgångspunkt från nationella jämförelser samt internationella erfarenheter och expertbedömningar blir slutsatsen att det borde finnas en betydande potential för kostnadseffektivisering bland annat genom att resurser och patienter omfördelas från specialiserad sjukhusvård till primärvård. Utredningen konstaterar samtidigt att det är svårt att få allmänhetens stöd för åtgärder som mer påtagligt bidrar till att sänka hälso- och sjukvårdens kostnader.

Långsiktigt hållbar organisation?

En avgörande fråga för utredningen har varit i vilken utsträckning hälso- och sjukvården i Norrbotten med nuvarande förutsättningar, organisation och struktur kan anses långsiktigt hållbar i perspektivet av år 2020.

Med utgångspunkt i den omvärldsanalys som redovisas i rapporten dras följande grundläggande slutsatser.

- Medicinska och medicinsk-tekniska framsteg medför att allt fler sjukdomar kan behandlas framgångsrikt – till en allt högre kostnad. Den demografiska utvecklingen med allt fler äldre (särskilt 80+) bidrar till att förstärka denna utveckling, som blir mycket påtaglig i början av nästa decennium.
- Specialiseringen inom sjukvården och nationella riktlinjer för patientsäkerhet och medicinsk kvalitet ställer inom vissa verksamheter krav på ett allt större patientunderlag. Behovet av centralisering kan då komma i konflikt med önskemålet om geografisk närhet. För ett så stort län som Norrbotten utgör detta ett ofrånkomligt och återkommande dilemma.
- Stora pensionsavgångar och en därmed hårdnande konkurrens om välutbildad arbetskraft gör att personal- och kompetensförsörjningen blir än mer gränssättande i framtiden. Det blir allt svårare att rekrytera såväl specialistkompetenta läkare som vissa andra yrkesgrupper.
- En fortsatt utflyttning från länet av framför allt personer i arbetsför ålder ger minskade skatteintäkter. Samtidigt genomförs för närvarande på nationell nivå en översyn av skatteutjämningsystemet som kan väntas leda till försämringar för Norrbotten. Sammantaget innebär detta att gapet mellan landstingets intäkter respektive kostnader för att på ett rimligt sätt tillgodose norrbottningarnas behov av hälso- och sjukvård successivt växer.

Utredningen bedömer att hälso- och sjukvården i Norrbotten med sin nuvarande utformning inte är långsiktigt hållbar när det gäller

- ambitionen att trygga en god vård till en allt äldre befolkning med växande och mer sammansatta vårdbehov (mest sjuka äldre) *eller*
- sannolikheten att landstingets intäkter ska stiga i takt med kostnadsökningarna, *eller*
- möjligheterna att klara kompetensförsörjningen till en verksamhet som dels ska upprätthålla nuvarande organisation, dels möta framtidens krav på specialisering och medicinsk kvalitet.

Utredningen bedömer att landstinget förr eller senare hamnar i en situation som nödvändiggör mer långtgående och ingripande åtgärder som inte kan hanteras vare sig genom skattehöjningar, eller enbart inom ramen för de krav på verksamhetsförändringar, bland annat så kallade vardagsrationaliseringar, som regleras i de årliga divisionsplanerna.

Vid vilken tidpunkt landstinget riskerar att hamna i en situation av något av dessa slag är omöjligt att säga med säkerhet. Utlösande faktorer skulle kunna vara mer dramatiska händelser som:

- en plötslig försämring av landstingets ekonomi, till exempel på grund av kraftigt vikande skatteintäkter som följd av en förnyad finanskris *eller*
- akuta bemanningsproblem som tvingar fram en snabb nedläggning av hela verksamheter (till exempel vissa vårdcentraler, klinker eller något sjukhus) *eller*
- att belastningen på sjukhusens akutmottagningar och vårdplatser blir uppenbart orimlig som en följd av bristande omhändertagande av multisjuka äldre inom primärvård och kommunal äldreomsorg.

Det är en uppgift för landstingets förtroendevalda att göra den strategiska bedömningen *om* och i så fall *när* samt *vilka* åtgärder som bör vidtas för att i tid möta och motverka en sådan utveckling.

Risk och konsekvensanalys av alternativt utvecklingsscenario

Utredningen föreslår att landstinget gör en risk- och konsekvensanalys av ett alternativt utvecklingsscenarios för- och nackdelar. Arbetet bör bedrivas så att eventuella politiska beslut med anledning av analysen kan fattas före utgången av 2011.

Utredningen bör framför allt belysa

- patient- och behovsperspektivet inklusive medicinsk kvalitet och patientsäkerhet
- ekonomi
- kompetens- och personalförsörjning
- möjligheten att stödja närsjukvårdens utveckling med hjälp av distansöverbryggande teknik
- hur förändrade yrkesroller kan bidra till ett så rationellt utnyttjande av personalens kompetens som möjligt

Det måste understrykas att scenariot *inte* ska ses vare sig som en vision (en beskrivning av ett framtida önskvärt tillstånd) eller ett förslag som ska antas eller förkastas. Avsikten är istället att skapa handlingsberedskap inför framtiden och att göra det möjligt att möta hot och utmaningar på ett tidigt stadium.

Utredningen ska bedöma i vilken utsträckning utvecklingsscenario tillgodoser landstingsstyrelsens krav på en långsiktigt hållbar utveckling av hälso- och sjukvården i perspektivet år 2020. Det ska vidare stå utredningen fritt att redovisa andra förslag till lösningar som i större utsträckning tillgodoser kravet på långsiktig hållbarhet.

Scenariot bygger på direktivens starka betoning av primärvårdens roll inom närsjukvården, vilket framgår av landstingsstyrelsens formulering att primärvården ska ”ges ett ökat ansvar för det samlade sjukvårdssystemet”. Att det rör sig om en påtaglig omläggning av den norrbottniska sjukvårdsstrukturen markeras av målet att ”*antalet patienter som hänvisas till den specialiserade vården minimeras.*”

Scenariot innehåller följande beskrivning av hur vården är organiserad år 2020.

- Det har skett en omfördelning av patienter och resurser - inklusive läkartjänster - från sjukhusvård till primärvård.
- Närsjukvårdens bas utgörs av planerad och akut verksamhet som fullgörs med allmänmedicinsk kompetens dygnet runt, året runt även på sjukhusorterna.
- Det finns fortfarande fem sjukhus i Norrbotten som behandlar patienter planerat respektive akut, i såväl öppen och sluten vård.
- Sjukhusen i Kalix, Kiruna och Piteå är närsjukhus med vårdplatser för akut och planerad vård för patienter som i första hand kan behandlas av specialister i allmänmedicin.
- Även sjukhusen i Sunderbyn och Gällivare fungerar som närsjukhus för det lokala upptagningsområdet. Vid dessa sjukhus har primärvården antingen tillgång till egna vårdplatser eller kan lägga in patienter direkt utan att dessa behöver bedömas på akutmottagningen.
- Sjukvård som ställer krav på mer specialiserade resurser bedrivs vid sjukhusen i Sunderbyn och Gällivare.

Disposition

Rapporten har följande disposition. *Uppdraget* i form av landstingsstyrelsens direktiv (bilaga 1) sammanfattas i kapitel 1, följt av en beskrivning av projektets *Arbetsätt* (kapitel 2). I ”*Bra kan bli bättre*” (kapitel 3) redovisas ett antal tendenser, utmaningar och strategier som hälso- och sjukvården kan väntas stå inför under det kommande decenniet. Avsnittet baseras på Socialstyrelsens *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*.

Sjukvård i förändring (kapitel 4) ger en övergripande bild av de förändringar som präglar sjukvården i såväl ett nationellt som internationellt perspektiv. Ett av syftena med detta kapitel är att redovisa hur de förändringar som genomförts i Norrbotten förhåller sig till vad som skett i andra landsting. Därefter diskuteras sjukvårdens resurser och hur hälso- och sjukvårdskostnaderna kan förväntas utvecklas i framtiden (*Behov och resurser*, kapitel 5).

En strategisk fråga av stor betydelse är hur framtidens personal- och kompetensförsörjning ska klaras. Detta är temat i *Räcker personalen till?* (kapitel 6). I följande två kapitel står sjukvården i Norrbottens i fokus; *Norrbotten i jämförelse* respektive *Vård på lika villkor?* (kapitel 7 och 8).

Därefter belyses tre olika utmaningar som i hög grad kommer att präglar framtidens sjukvård och hur de kan mötas; *Vården av sjuka äldre* (kapitel 9), *Att förebygga sjukdom och ohälsa* (kapitel 10) samt *Psykisk ohälsa* (kapitel 11).

Närsjukvård i teori och praktik (kapitel 12) innehåller bland annat ett förslag till definition av begreppet närsjukvård. Vidare behandlas behovet av och tänkbara former för samverkan mellan olika aktörer.

I kapitel 13 (*Strategier för att sänka hälso- och sjukvårdens kostnader*) diskuteras vilka åtgärder som kan krävas för att uthålligt sänka hälso- och sjukvårdens kostnader i ett långsiktigt perspektiv. Mot bakgrund av de vägval som hälso- och sjukvården i Norrbotten står inför redovisas avslutningsvis i *Alternativt utvecklingsscenario* en modell som beskriver hur primärvården skulle kunna få en annan och mer framträdande roll i framtidens närsjukvård (kapitel 14).

Rapportens omvärldsanalys bygger bland annat på ett omfattande källmaterial som förtecknas i bilaga 2.

Viktigare slutsatser samt utredningens förslag är inrutade.

1. Uppdraget

Landstingsstyrelsen beslutade vid sammanträde i april 2009 att en utredning om införande av närsjukvård inom Norrbottens läns landsting ska genomföras. Här ges en kortare sammanställning av de grundläggande utmaningar landstingsstyrelsen identifierar i direktiven för arbetet. Direktiven i sin helhet redovisas i bilaga 1.

Hälso- och sjukvårdens utveckling i länet sammanfattas i form av fyra centrala problemområden:

- Befolkningsutveckling
- Personal- och kompetensförsörjning
- Behovsutveckling
- Ekonomi

Befolkningsutveckling

Länets befolkning har minskat allt sedan 1995, då den uppgick till drygt 267 000 personer. Vid utgången av år 2008 var antalet norrbottningar knappt 250 000, det vill säga en minskning med cirka 7 procent på mindre än 15 år. Samtidigt har länets befolkning åldrats allt mer. Främst är det de små inlandskommunerna som tappar befolkning och drabbas av en ogynnsam åldersstruktur, en utveckling som tenderar att accelerera. På längre sikt kommer vissa kommuner enligt landstingsstyrelsens bedömning med stor sannolikhet att få stora svårigheter att upprätthålla sitt välfärdsuppdrag till följd av försämrad ekonomi och brist på kompetent personal. Samma förhållande kan även komma att drabba landstinget om den negativa befolkningsutvecklingen fortsätter.

Kompetensförsörjning

Redan nu kan ökade svårigheter att rekrytera nyckelpersonal iakttas. Pensionsavgångarna ökar markant de närmaste åren och beräknas för landstingets vidkommande kulminera år 2013.

Behovsutveckling

Befolkningen blir allt friskare och allt fler sjukdomar kan botas eller åtminstone lindras med den effekten att människor lever ett längre liv. Samtidigt innebär utvecklingen även att fler människor kommer att behöva ökade sjukvårdsinsatser i ett senare skede av livet. Detta kommer att ytterligare öka kraven på både landstingets och kommunernas insatser för äldre och sjuka.

Behoven kommer successivt att öka eftersom det sker en fortsatt och snabb utveckling av möjligheterna att framgångsrikt behandla olika sjukdomstillstånd med läkemedel eller med ny medicinsk teknik. Norrbottningarna ska ha tillgång till nya medicinska metoder, behandlingar och läkemedel, en utveckling som ofta är kostnadskrävande. Den allt äldre befolkningen medför dessutom behov av ökade insatser från hälso- och sjukvården.

Ekonomi

Landstingets ekonomi har successivt urholkats under lång tid, dels till följd av att befolkningen i länet minskat i antal och dels till följd av försämringar i statsbidragssystemen. De samlade effekterna av dessa försämringar beräknades (våren 2009) uppgå till cirka 400 miljoner kronor årligen. Det säger sig självt att detta påverkar förutsättningarna för att finansiera verksamheterna. Detta förstärks av det faktum att kostnadsutvecklingen för centrala kostnadslag, till exempel medicinsk-teknisk utrustning och läkemedel, ökar betydligt

snabbare än kostnader i övrigt och särskilt mycket i förhållande till utvecklingen av landstingets intäkter. Hälso- och sjukvården är landstingets huvuduppgift och det är inom detta område som den övervägande delen av resurserna förbrukas. Det är därför enligt landstingsstyrelsen nödvändigt att åtgärder genomförs inom hälso- och sjukvården för att uthålligt sänka kostnadsnivån med ca 400 miljoner kronor.

Sjukvårdspolitiska riktlinjer

I direktiven har styrelsen även fastställt följande sjukvårdspolitiska riktlinjer:

Patient- och behovsperspektivet

- Högt prioriterade vårdbehov hos äldre och multisjuka patienter ska tillgodoses, liksom behoven hos patienter med cancer, hjärt- och kärlsjukdomar, psykiska sjukdomar, stroke, diabetes eller demens.
- Samverkan ska ske med ett uttalat patientfokus. Samverkan ska förbättras inom den specialiserade vården och mellan den specialiserade verksamheten på sjukhusen samt primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården.
- Ofta förekommande sjukdomstillstånd ska kunna tas om hand inom närsjukvården medan sådana sjukvårdsinsatser som är sällan förekommande kan komma att koncentreras ytterligare. Fokus ska vara på att tillgodose patientens behov ur ett helhetsperspektiv.
- Besök och behandlingar, som inte kräver tillgång till särskild kompetens eller särskild utrustning, ska erbjudas så nära patientens hemort som möjligt.

Resursutnyttjande

- Alla tillgängliga resurser måste användas flexibelt och optimalt. Möjligheterna att ställa de samlade vårdresurserna i länet till patienternas förfogande ska utnyttjas maximalt och samverkan i ett länsperspektiv ska stärkas.
- Den akuta verksamheten ska koncentreras och effektiviseras. Verksamheten under 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.

Primärvårdens roll

- 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 basala insatser avseende psykisk hälsa. Ett aktivt förebyggande arbete ska bedrivas i enlighet med de folkhälsopolitiska målen och den folkhälsopolitiska strategi som landstinget och kommunerna gemensamt tagit fram.
- Primärvården ska vara tillgänglig i hela länet och kunna svara för ett tryggt och säkert akut omhändertagande dygnet och året runt.
- Primärvården ska bedrivas effektivt och med tillgång till sådan kompetens att antalet patienter som hänvisas till den specialiserade vården minimeras.
- Primärvården ges i viss utsträckning även ansvaret för vårdplatserna vid sjukhus.

Närsjukvårdens inriktning

- Närsjukvård ska införas i en nära framtid men översynens uppdrag är att utforma lösningar som är hållbara i ett perspektiv till åtminstone år 2020.

- Närsjukvård innebär att primärvården ges ett ökat ansvar för det samlade sjukvårdssystemet och att det sker en integrering med delar av den specialiserade somatiska och psykiatriska vården vid sjukhusen.
- Närsjukvården ska kännetecknas av att vara tillgänglig för patienter som behöver hälso- och sjukvårdens resurser ofta med geografisk närhet och där behoven av trygghet är betydande.
- Närsjukvården ska ha jouransvar och erbjuda ett tryggt och säkert akut omhändertagande året och dygnet runt.

Samverkan i glesbygd

- Förutsättningarna för samverkan med kommunerna för att i extrem glesbygd öka tryggheten vid akuta sjukdomstillstånd ska prövas.

Organisatoriska och vissa övriga förutsättningar

- 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.
- Det ska även fortsättningsvis finnas fem sjukhus i länet. Däremot kan översynen komma att innebära att det verksamhetsmässiga innehållet inom och mellan sjukhusen kan förändras.
- Verksamheten ska i allt högre grad utföras i öppen vård och med hjälp av distansöverbyggande teknik, till exempel videokonferens i vård- och behandlingsarbetet. Möjligheterna att göra specialistkompetens tillgänglig i länets perifera delar med stöd av sådan teknik ska prövas.

2. Arbetsätt

Landstingsstyrelsen anger i utredningens direktiv att översynen ska genomföras i former som innebär att en dialog kan föras med olika intressentgrupper som politiker, anställda, fackliga organisationer, patient- och pensionärsorganisationer, näringsliv och andra intressenter.

Utredningen har därför bedrivits med stor öppenhet och under medverkan av landstingsstyrelsen. Under våren 2010 genomfördes totalt 41 dialogmöten som ledamöter och ersättare i landstingsstyrelsen svarade för i länets 14 kommuner. Företrädare för kommunledningar, föreningar och organisationer samt allmänheten hade då tillfälle att framföra sina synpunkter på hur sjukvården i Norrbotten ser ut idag och hur den borde fungera i framtiden.

Under hösten 2010 har utredningen organiserat tio öppna möten på temat ”*Framtidens hälso- och sjukvård*” för att i dialogens form samla in underlag för en analys av hur olika omvärldsfaktorer kan väntas påverka utvecklingen. Såväl externa föreläsare som sakkunniga inom landstinget har medverkat i dessa aktiviteter. En förteckning över de öppna möten som genomförts finns i bilaga 3.

Dokumentation från såväl kommundialogen som de öppna mötena finns på utredningens webbplats www.nll.se/narsjukvard.

En facklig referensgrupp har knutits till projektet. Vidare genomförde projektledaren under våren 2010 en serie informationsmöten på sjukhusorterna för intresserad personal.

Härutöver har information lämnats i olika sammanhang till olika målgrupper såväl skriftligen som muntligen.

Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp inom landstinget (HLG) utgör projektets styrgrupp. I utredningen ingår Anneli Granberg (utvecklingsstrateg med särskild inriktning på samverkan mellan kommuner och landsting), Caj Skoglund (projektledare) samt Anders Westerberg (kommunikationsstrateg).

Föreliggande rapport kommer dels att remissbehandlas, dels ligga till grund för en förnyad kommundialog under våren 2011 på sju orter (sjukhusorterna samt Övertorneå och Arvidsjaur). Förutom att landstingsstyrelsens representanter träffar företrädare för samtliga länets kommuner kommer även öppna möten att arrangeras för allmänheten.

Utredningens arbete kommer att avslutas under hösten 2011.

3. Bra kan bli bättre

Socialstyrelsen genomför regelbundna beskrivningar och analyser av hälso- och sjukvården. Skriften ”*Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*” är ett steg i utvecklingen av en nationell strategi för att följa upp och analysera vården. Rapporten utgår från de sex övergripande målen för god vård, som innebär att vården ska vara:

- patientfokuserad
- ges i rimlig tid
- vara säker
- kunskapsbaserad och ändamålsenlig
- jämlik
- effektiv

Nedan återges ett antal tendenser, utmaningar och strategier som Socialstyrelsen anser kan komma att prägla hälso- och sjukvårdens utveckling under den kommande tioårsperioden. Även om redovisningen utgår från ett nationellt perspektiv ger den en bra bild av de utmaningar som också hälso- och sjukvården i Norrbotten står inför.

Folkhälsa och hälsoorientering

Folkhälsan har blivit bättre – till en viss del. Risken att insjukna i hjärtinfarkt minskade med 25 procent mellan 1987 och 2006. Även antalet fall av hjärtsvikt och slaganfall (stroke) minskar. Dödligheten i cancer minskar också – även om fler drabbas eftersom vi lever allt längre. Å andra sidan ökar dödligheten i KOL (kronisk obstruktiv lungsjukdom) och det finns problem med psykisk ohälsa.

Olikheter i livslängd och sjuklighet mellan socioekonomiska grupper är en av de viktigaste utmaningarna för sjukvården och för välfärdssamhället som helhet. Det finns oförklarade skillnader i vård och behandling mellan bland annat yngre och äldre, kvinnor och män samt svensk- och utlandsfödda.

Förekomsten av ohälsosamma levnadsvanor är ojämnt fördelad i befolkningen. Till exempel är det fyra gånger fler korttidsutbildade än högutbildade kvinnor som röker. Personer med kort utbildning och ekonomiska problem har också sämre matvanor och är mindre fysiskt aktiva än de med lång utbildning och en god ekonomisk situation. Att ha flera ohälsosamma levnadsvanor samtidigt är vanligare om en person har ekonomiska problem, är utan sysselsättning eller är född utanför Sverige. Personer med en kort utbildning löper större risk för dålig självskattad hälsa och förtida död i exempelvis cancer, hjärt-kärlsjukdomar och skador. Värk i rörelseorganen och nedsatt psykiskt välbefinnande är också vanligare bland personer med låg socioekonomisk status.

Människors levnadsvanor påverkar risken att drabbas av sjukdom. Socialstyrelsens analyser visar att det finns en stor potential att utveckla det sjukdomsförebyggande arbetet och det hälsofrämjande förhållningssättet i vården. I kombination med ökad delaktighet från patienter och närstående kan stora hälsovinster uppnås. Ett bra exempel på detta är bedömningen att minst två tredjedelar av alla hjärtinfarkter skulle kunna förebyggas genom hälsosammare levnadsvanor. På motsvarande sätt skulle vart tredje fall av de tolv vanligaste cancersjukdomarna kunna förebyggas. Totalt uppskattas av levnadsvanorna kan tillskrivas cirka en femtedel av den samlade sjukdomsördan.

Kostnader och finansiering

Enligt vissa beräkningar ökar resursbehoven i vården med cirka 20 procent fram till 2030, inte minst för att antalet äldre ökar. Framsteg på det medicintekniska området bidrar också till denna utveckling. En politisk nyckelfråga är enligt Socialstyrelsen därför hur man finansierar växande verksamheter med nuvarande finansieringsstruktur. Nya finansieringsformer och ersättningsmodeller kan behöva utvecklas. Samtidigt kan ökad effektivitet och prioriteringar av vad som ska finansieras offentligt bidra till att hantera den väntade resursbristen.

Patientfokuserad vård

Medborgarnas rätt till inflytande har successivt stärkts i lagstiftningen. Vården präglas dock fortfarande av ett verksamhets- och professionsperspektiv. Informationen till och dialogen med medborgarna måste bli bättre och formerna för patienternas delaktighet i vården måste utvecklas. Forskningen visar att delaktiga patienter bidrar till bättre behandlingsresultat.

Patientfokuserad vård innebär en helhetssyn på individen och kunskapsbaserade metoder för att förebygga sjukdom och bevara människors livskvalitet trots sjukdom och funktionsnedsättning. Denna strategi innebär också att medborgare och patienter måste vara delaktiga i de prioriteringar som görs inom hälso- och sjukvården.

En viktig förutsättning för denna utveckling är att patienter och medborgare på ett enklare sätt än idag ska kunna ta del av kunskap om nya behandlingsmetoder.

Den vetenskapliga grunden stärks

Kunskapsgrunden för att fatta kliniska beslut betonas alltmer. Effekterna av nya läkemedel och ny medicinsk teknik ställer stora krav på noggrann bedömning i förhållande till befintliga metoder.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för god vård innehåller rekommendationer som blivit allt tydligare i fråga om bland annat prioriteringar. Rekommendationerna är rangordnade i en skala från ett till tio efter angelägenhetsgrad. Siffran ett anger åtgärder med högst prioritet. De ska ge väl underbyggda rekommendationer som stöd för huvudmännens beslut om resursfördelning och prioriteringar men anger ingen miniminivå som alla huvudmän måste uppnå.

Riktlinjerna innehåller dessutom rekommendationer om metoder som inte bör utföras alls eller rutinemässigt (icke-göra) samt rekommendationer om metoder där det fortfarande saknas tillräcklig evidens för att kunna motivera ett införande i rutinsjukvården (FoU).

Sjukdomspanorama och behov

Under 1900-talet skedde stora landvinningar när det gäller behandling av de stora folkhälsosjukdomarna. Många sjukdomar som tidigare hade dålig prognos behandlas idag med goda resultat. Samtidigt står vården inför nya utmaningar. Förutom ökad psykisk ohälsa och förhållandet att fler lever med kroniska sjukdomar behöver samhället ha beredskap för pandemier.

Vården måste tänka mer globalt på grund av ökad migration och stora turistströmmar. Det gäller inte bara hepatit, hiv och tuberkulos utan även infektioner som sprids mellan djur och människor. Ett annat bekymmer är den ökade resistens mot antibiotika, som kommer att försvåra behandlingen av vissa infektioner.

Patientsäkerhet

Patientsäkerhetsfrågorna har prioriterats allt mer under senare år men fortsatta förbättringar krävs. Vården är fortfarande en verksamhet med höga risker. Inte mindre än 8,6 procent av patienterna i den slutna vården drabbades av en vårdskada 2007-2008. Var tionde av dessa fick någon form av bestående men.

Ledning och styrning av patientsäkerhetsarbetet behöver bli bättre. Samtidigt behövs en mer utvecklad säkerhetskultur, system för effektiv egenkontroll samt större kunskap och medvetenhet om patientsäkerhet i alla delar av vården och hos alla personalgrupper.

Framtidens personalförsörjning

Fram till 2020 beräknas antalet äldre över 65 år öka med 28 procent, samtidigt som andelen förvärvsarbetande och skattebetalare minskar. Det kommer att bli allt svårare att klara vårdens personalförsörjning. Totalt sett beräknas den kommunala hälso- och sjukvården och äldreomsorgen behöva rekrytera 40 000-50 000 personer per år under kommande årtionde, det vill säga närmare 500 000 personer fram till 2020. Risken för personalbrist inom äldreomsorgen är påtaglig.

Antalet läkare och sjuksköterskor har ökat markant under senare år men den regionala fördelningen av specialistläkare är ojämn.

Det behövs enligt Socialstyrelsen en långsiktig plan för att klara framtidens personalförsörjning. Vårdens arbetsformer ska gynna smidighet och produktivitet och samtidigt höja kvaliteten och effektiviteten. Ett förbättrat multiprofessionellt teamarbete och en mer flexibel användning av personalens kompetens är både önskvärd och nödvändig.

Mångfald och valfrihet

Syftet att öka valfriheten och mångfalden i vården är vällovt, men det finns en risk att konsekvenserna blir mer negativa än positiva för utsatta grupper. Konsekvenserna måste följas noggrant genom kontinuerlig utvärdering av hur förändringarna bidrar till god vård på lika villkor för hela befolkningen.

IT-stöd

IT-stöd är idag en självklar del av bland annat journalföring och olika säkerhetssystem inom vården. Men mer IT-stöd behöver tas fram för till exempel beslutsstöd och checklistor samt för vårdprogram och behandlingsriktlinjer. Rätt tillvarataget kan IT stödja effektivare vårdprocesser, samtidigt som kommunikationen mellan vården och patienten blir bättre.

Förutsättningarna för samverkan mellan vårdenheter har förbättrats i och med att en nationell IT-strategi för vård och omsorg genomförs och en ny patientdatalag börjar tillämpas.

Tillgänglighet

Sverige har länge haft sämre resultat än våra grannländer vid mätningar av vad människor tycker om vården. Bristerna i tillgänglighet anses bidra starkt till detta. Sverige måste klara efterfrågan på planerad vård utan att göra avkall på tillgänglighet och kvalitet i den akuta vården. Flaskhalsarna måste lösas utan att andra angelägna behov inom vården trängs undan.

Öppna jämförelser

Det behövs bättre system och nationellt enhetliga modeller för att utvärdera och jämföra resultat utifrån behoven hos medborgare, patienter, profession och beställare. Systemet måste vara långsiktigt och heltäckande. Utvärderingarna ska vara producentoberoende. Resultat och jämförelser ska vara lättillgängliga för medborgare och patienter.

Samtidigt har arbetet med öppna redovisningar och jämförelser (*”Öppna jämförelser”*) av vårdens resultat fått stort genomslag och används allt mer som underlag för förbättringsarbete.

4. Sjukvård i förändring

Hälso- och sjukvården har under de senaste decennierna genomgått stora förändringar, inte bara i Norrbotten eller Sverige utan också i jämförbara länder. Alla internationella jämförelser bör tolkas med viss försiktighet på grund av stora skillnader i definitioner, ansvarsförhållanden, redovisningssystem med mera.

En gemensam nämnare är dock att vården – oavsett sjukvårdssystemets utformning - uppnår allt bättre resultat när det gäller flera av de vanliga folksjukdomarna. I kapitel 9 ges en beskrivning av den medicinska utvecklingen och de betydande framsteg som gjorts inte minst i vården av de äldre. Socialstyrelsen konstaterar i *”Hälso- och sjukvårdsrapport 2009”* att *”Sverige, liksom många andra länder fått en specialiserad sjukvård av hög kvalitet.”* Vidare slås fast att *”internationella jämförelser fortsätter att visa att svensk sjukvård står sig väl i jämförelse med andra länder.”*

Samtidigt kvarstår ett antal problem som Sverige i stor utsträckning delar med andra länder. Det handlar framför allt om:

- bristande helhetssyn
- fragmenterade vårdprocesser som inte utgår från patientens samlade behov
- otillfredsställande ojämlikhet i hälsa och vård
- fortsatt starkt fokus på behandling istället för förebyggande insatser

Den svenska sjukvården hävdar sig väl

Sveriges kommuner och landsting (SKL) har i flera olika rapporter beskrivit den svenska hälso- och sjukvårdens utveckling. Liksom Socialstyrelsen finner organisationen att *”den svenska sjukvården hävdar sig väl internationellt”* (*”Svensk sjukvård i internationell jämförelse”*; SKL 2009). Slutsatsen bygger bland annat på tre internationella jämförelser gjorda 2005-2007 av ett svenskt företag och av två olika kanadensiska institut.

Det som däremot länge varit den svenska sjukvårdens akilleshäla är långa väntetider och bristande tillgänglighet. En rad försök har alltsedan 1980-talet gjorts för att komma till rätta med problemen i form vårdgarantier, ”kösatsningar” och extra pengar till vissa problemområden. Socialstyrelsens bedömning är att *”tillgängligheten har visserligen förbättrats tillfälligt men ganska snart efter att åtgärderna genomförts har köerna återuppstått.”* Det är mot den bakgrunden som de senaste årens skärpning av vårdgarantin, som är lagreglerad från och med den 1 juli 2010, ska ses.

I *”Från sjukhussäng till e-hälsa”* (SKL 2010) ges följande beskrivning av den modernisering som svensk sjukvård genomgått. Den medicinska utvecklingen har gjort det möjligt att i allt större utsträckning erbjuda vården antingen som öppen vård vid sjukhus eller utanför sjukhusen. De senaste decennierna har bland annat nya läkemedel och nya tekniker inneburit att sjukhussängen inte behövs i samma utsträckning som tidigare. Det har att göra med förändringar i sjukdoms- och behovsmönster kombinerat med en förskjutning från slutna till öppen vård. Som en följd har hela patientgrupper försvunnit eller starkt minskat vid sjukhusen. Det mest kända exemplet utgör läkemedel vid magsår som minskat behovet av operationer och tillhörande veckolång sjukhusvård.

Hit hör också nya operationstekniker som möjliggör kortare vårdtider samt även tidigare återgång i arbete. *”År 1992 utfördes tre av tio operationer av ljumskbräck i dagkirurgi. År*

2007 hade andelen ökat till nästan åtta av tio operationer, en utveckling som gäller för många typer av ingrepp och som fortsätter. Ett annat exempel är vården av personer med diabetes, som i huvudsak flyttats från sjukhusen till primärvården. Sammantaget minskar behovet av vårdplatser i slutenvård.

SNS⁵ välfärdsrapport 2010 (antologin "Vårdens utmaningar") innehåller följande beskrivning i ett bidrag av professor Anders Anell. "Det finns åtminstone tre etablerade 'sanningar' om svensk hälso- och sjukvård. Den första handlar om att svensk vård har haft en svag produktivitet utveckling. Den andra om att svensk vård har god kvalitet och en bra förmåga att leverera medicinska resultat och i detta avseende snarast tillhör de bästa i världen. Den tredje sanningen är att väntetiderna är för långa och att tillgängligheten till vård är sämre än i andra jämförbara länder." Det finns enligt Anell "anledning att nyansera alla tre bedömningarna. Resultaten från tidigare produktivitetmätningar återspeglar till stor del problem med att mäta vårdens prestationer, vårdens bidrag till hälsan är inte lika imponerande om man ser till förändringar över tiden, och den faktiska tillgängligheten till vård är inte så dålig som väntetiderna ger sken av."

God kostnadskontroll – samtidigt som allt fler äldre kan behandlas

Ett vanligt mått på resursåtgången är uppgifter om hälso- och sjukvårdens andel av BNP. Här ligger Sverige något högre än Norge och Finland. Jämfört med ett urval av andra jämförbara länder ligger Sverige enligt OECD ganska nära mitten (uppgifterna avser 2007). "Man kan därmed säga att Sveriges kostnader för hälso- och sjukvården ligger på en internationellt sett ganska genomsnittlig nivå och att vi har en god kontroll över kostnadsutvecklingen" ("*Hälso- och sjukvård ur olika perspektiv*"; SKL 2009). Också när det gäller yrkesverksamma läkare per 1 000 invånare ligger Sverige nära mitten, allt enligt "*Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård – struktur och arbetssätt för bättre resultat*" (SKL 2009).

Samma rapport innehåller en redogörelse för de strategier som landstingen använt för att förbättra kvalitet, effektivitet och resultat. "Den akuta vården koncentrerades till färre ställen, den planerade vården bedrevs i ökad grad åtskild från den akuta och den öppna vården förstärktes. Detta syftade till och gick hand i hand med bättre kvalitet och säkerhet. Därigenom kunde svensk sjukvård under nittio-talet tillgodose ökande vårdbehov hos en allt äldre befolkning med förbättrade resultat samtidigt som antalet anställda reducerades." Rapporten tar sin utgångspunkt i den djupa ekonomiska kris som präglade utvecklingen under större delen av 1990-talet. Antalet anställda inom sjukvården minskade med ca 20 procent samtidigt som en snabb medicinsk utveckling möjliggjorde genomgripande strukturförändringar.

Akutsjukvård med traumaberedskap, akuta operationer och förlossningsvård har koncentrerats till de större sjukhusen. Flertalet av de mindre sjukhusen finns kvar men med ett nytt innehåll med fokus på internmedicin och geriatrik samt, på vissa håll, planerade operationer. Samtidigt som de fullskaliga akutsjukhusen koncentrerats till färre enheter har en prehospital sjukvårdsorganisation växt fram. Tillgången till välutbildad ambulanspersonal och mobil teknik gör att diagnos kan ställas och behandling inledas under transport till sjukhus. Denna utveckling är en del av förklaringen till den kraftigt förbättrade överlevnaden vid hjärtinfarkt.

Omvandlingen under de två senaste decennierna kan sammanfattas i följande punkter:

- Den akuta vården har koncentrerats.

⁵ SNS = Studieförbundet Näringsliv och Samhälle

- Akut respektive planerad vård hålls i ökad utsträckning åtskild.
- Sjukhusen har blivit mer specialiserade.
- Allt mer av vården tillhandahålls i öppen vård, både vid och utanför sjukhusen och i allt större utsträckning i patienternas hem.
- Såväl antalet akutsjukhus som vårdplatser har minskat.
- Fler sjukhus är specialinriktade på planerad vård.

Utvecklingen av sjukvården i Norrbotten har haft samma inriktning som i övriga landsting. Något annat hade nog inte heller varit att vänta eftersom grundläggande drivkrafter som medicinsk utveckling och specialisering är universella och inte i någon större utsträckning kan påverkas av det enskilda landstinget.

Det kan vara på sin plats att också citera vad SKL-rapporten tror om framtiden. ”Med tanke på de ekonomiska restriktioner som finanskrisen innebär och den samtidiga utmaningen för landstingen att möta ökade vårdbehov från en allt äldre befolkning med förbättrade resultat är det viktigt att strukturförändringarna fortsätter. Det kan handla om ytterligare koncentration av akut vård och att differentieringen mellan olika sjukhus går längre. Dessutom krävs att primärvården utvecklas liksom samarbetet med kommunerna.”

Räcker vårdplatserna till?

Detta kapitel avslutas med att ta upp en lika aktuell som omdiskuterad fråga - behovet av vårdplatser i den svenska sjukvården. I ”*Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård – struktur och arbetssätt för bättre resultat*” (SKL 2009) konstateras att Sverige avviker påtagligt i fråga om tillgången till vårdplatser inom den somatiska korttidsvården. I slutet av 1960-talet fanns mer än 120 000 vårdplatser vid svenska sjukhus. Efter Ädelreformen år 1992, som förde över ansvaret för långtidssjukvård från landstingen till kommunerna, återstod drygt 50 000 vårdplatser.

Sedan dess har antalet vårdplatser minskat till drygt 25 000. Med 2,2 vårdplatser per 1000 invånare hade Sverige år 2007 det lägsta antalet vårdplatser bland 17 jämförda länder (EU 15 plus Norge och USA). Spanien, USA, Irland, Norge, Portugal och Holland låg alla mellan 2,5 och 3,0 vårdplatser per 1000 invånare. I länder som Österrike och Tyskland är siffran nästan tre gånger så hög och i Finland i det närmaste dubbelt så hög. Samtidigt bör nämnas att betydande vårdplatsreduktioner har skett också i andra länder.

Det kan enligt rapporten tyckas paradoxalt att samtidigt som antalet vårdplatser vid sjukhus halverats har de äldre fått ta del av en allt mer avancerad hälso- och sjukvård med allt bättre resultat. Andelen vård dagar inom den somatiska slutenvården har i högre utsträckning än tidigare tillfallit personer i de äldsta åldersgrupperna.

Frågan om det finns ett samband mellan överbeläggningar inom akutsjukvården och brist på vårdplatser inom den svenska sjukvården diskuteras för närvarande livligt. Kritikerna, som fått stöd av såväl Socialstyrelsen som Arbetsmiljöverket, menar att minskningen av antalet vårdplatser gått för långt och att det nu behövs fler. Åsiktsskillnaderna kom tydligt till uttryck vid en debatt som i början av december förra året ägde rum vid 2010 års medicinska riksstämma⁶.

Socialstyrelsen generaldirektör Lars-Erik Holm menade att enligt ”det vi ser i vår tillsyn finns det inte tillräckligt många vårdplatser utifrån det behov som finns. Här tycker jag att man från

⁶ Referatet från riksstämman är hämtat från Dagens Medicins webbsida.

landstingens ledningar måste bli mycket bättre på att lyssna på personalen.” Marie Wedin, första vice ordförande i Läkarförbundet⁷ gjorde samma bedömning och hävdade att det omgående måste skapas fler vårdplatser. ”Vi har nått vägs ände. I dag råder en kronisk vårdplatsbrist på de flesta sjukhus. Det utgör en arbetsmiljöfara för de anställda och en säkerhetsfara för patienterna.”

Lösningen inte nödvändigtvis fler vårdplatser

Svante Lönnbark, landstingsdirektör i Gävleborg ansåg däremot att lösningen inte nödvändigtvis är att skapa totalt fler vårdplatser på sjukhusen. Han pekade istället på vikten av en förbättrad samverkan med kommunerna och primärvården. ”I vårt eget landsting ser vi att samarbetet med kommunerna spelar stor roll för vilken inläggningsgrad vi har av multisjuka äldre patienter. Man måste också se det från hela sjukhusets perspektiv. På länssjukhuset i Gävle har vi ökat antal vårdplatser på medicinsidan samtidigt som vi minskat dem på kirurgsidan.”

Även Jonas Andersson (FP), oppositionslandstingsråd i Västra Götalandsregionen, var inne på samma linje. ”Det finns absolut en överbeläggningsproblematik. Men mycket handlar om hur vi utnyttjar de vårdplatser vi har. Här tror jag vi måste jobba mer med nivåstrukturering, till exempel att det finns vårdplatser på IVA och vårdplatser för medicinskt färdigbehandlade.”

Lönnbark och Andersson får stöd för sin uppfattning i ”*Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård – struktur och arbetssätt för bättre resultat*” (SKL 2009). Rapporten noterar att det finns en ”djupt rotad föreställning om att den bästa och mest kvalificerade vården får vi om vi blir inlagda på sjukhus. Den minskning av antalet vårdplatser vid sjukhus som skett det senaste dryga decenniet [...] uppfattas därför allmänt som ett hot mot en god och trygg sjukvård. I själva verket utgör minskningen av antalet sjukhussängar en helt nödvändig del i vårdens modernisering och en av förutsättningarna för den kraftiga expansion av vården som ägt rum de senaste decennierna särskilt för de äldre och för de dramatiskt förbättrade medicinska resultaten.”

Överbeläggningar är enligt rapporten förvisso ett problem, som dock hävdar att sambandet mellan antalet vårdplatser och överbeläggningar inte är entydigt. Som stöd för denna uppfattning hänvisas till en studie i Stockholms läns landsting som utförts av konsultföretaget McKinsey (2010). Studiens slutsats var sambandet mellan antal vårdplatser och överbeläggningar är ytterst svagt. ”Det finns uppenbarligen andra faktorer som har betydelse för om det blir överbeläggningar eller inte. De flesta patienter som vårdas på sjukhus är äldre och har flera samtidiga sjukdomar. Hur vårdsystemet som helhet fungerar runt denna grupp spelar stor roll. Det handlar bland annat om att få läkemedelsbehandling och rehabilitering att samspela med den kommunala vården och omsorgen”.

I ett debattinlägg i Dagens Medicin (49:2010) hävdar två företrädare för företaget Helseplan att det inte råder brist på vårdplatser för akutpatienter i svensk sjukvård (Dan Gjesteby och Maria Öberg Lindevall). Bedömningen baseras på uppgifter från det rikstäckande nätverket Nyckeltalssamverkan, som samlat in uppgifter från sjukvården sedan 1992/1993.

”Akutsjukhusen har inte behov av fler vårdplatser och kan inte bygga sig ur vårdplatskrisen. Problemet är inte alla nya patienter som kommer till akuten. Problemet är att ineliggande patienter som är diagnostiserade och utredda och har fullföljt eller påbörjat sin behandling inte

⁷ Wedin har sedan dess valts till ordförande i Läkarförbundet.

skrivs ut.” De två menar att det är utflödet från akutmottagningar och eftervården som inte fungerar optimalt. ”Det är där ökade resurser behövs, inte nödvändigtvis bara i form av vårdplatser utan kanske också i nya vårdformer, nya samarbetsformer, fungerande hemsjukvård och dagvård.”

Enligt ”*Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling*” (SKL 2009) uppgick år 2009 det genomsnittliga antalet disponibla vårdplatser per 1000 invånare i Sverige till 2,7. För Norrbotten är siffran 3,0. Högsta/lägsta värden redovisas för Västerbotten (3,8) respektive Gävleborg (2,2). Att dessa uppgifter ligger högre än den tidigare redovisade internationella jämförelsen torde bero på skilda redovisningsprinciper och inte på att det skett en reell ökning av antalet vårdplatser mellan 2007 och 2009 inom svensk sjukvård.

Arbetsmiljöverket har under 2010 genomfört en nationell tillsyn med fokus på förebyggande insatser vid hög arbetsbelastning och överbeläggningar. Drygt 300 inspektioner har genomförts vid landets akutsjukhus. I Norrbotten har samtliga sjukhus utom Gällivare besökts. Under våren 2011 ska landstingen redovisa vilka åtgärder man avser att vidta för att komma till rätta med de arbetsmiljöproblem som verket anser föreligger. Diskussionen om tillgången på vårdplatser och hur de används kan då förväntas ta förnyad fart.

Planeringen för att utöka antalet platser vid patienthotellet i Sunderbyn ska ses mot bakgrund av de förändringar som skett framför allt inom de opererande specialiteterna och som medfört ett ökat tryck på sjukhusets vårdplatser (mer om detta i kapitel 8 samt bilaga 5).

Det är inte meningsfullt att i nuläget göra någon bedömning av behovet av vårdplatser i Norrbotten med inriktning mot år 2020, därtill är utvecklingen alltför osäker. Å ena sidan förefaller det troligt att utvecklingen mot mer öppna vårdformer fortsätter och att ännu fler patienter i framtiden kan vårdas i eget hem. Detta skulle alltså tala för att antalet vårdplatser fortsätter att minska vilket också ligger i linje med den medicinska och tekniska utvecklingen. Å andra sidan kan ett förändrat sjukdomspanorama som en följd av exempelvis resistensutveckling mot antibiotika verka i den motsatta riktningen.

Den mest överskuggande frågan är dock hur vården av de mest sjuka äldre utvecklas. Åtgärder för att erbjuda ett tryggt omhändertagande och god omvårdnad i övrigt är nödvändiga för att minska inflödet till sjukhusens akutmottagningar och risken för onödiga inläggningar i sluten vård. Misslyckas detta är det högst sannolikt att behovet av vårdplatser ökar påtaligt från och med 2020 och framåt som en följd av den demografiska utvecklingen (mer om detta i kapitel 9, ”*Vården av sjuka äldre*”).

5. Behov och resurser

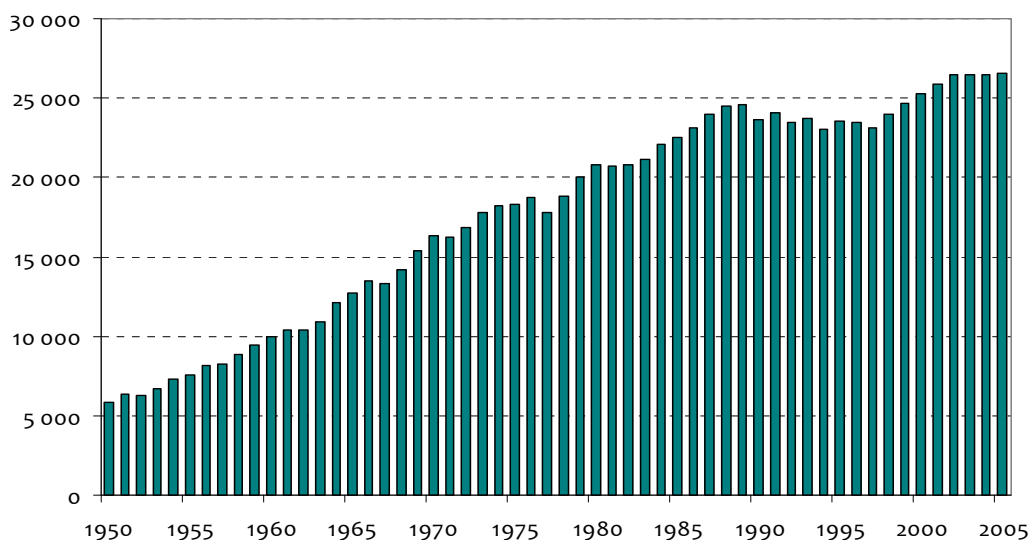
Av den offentliga debatten är det lätt att få intrycket att hälso- och sjukvården är föremål för ständiga besparingar och att resurserna oavbrutet minskar. I verkligheten är det precis tvärtom. Med undantag för några enstaka år har den svenska hälso- och sjukvården under de senaste decennierna tillförts mer resurser. Sedan Ädelreformen 1992 har kostnaderna för hälso- och sjukvården ökat med 32 procent i fasta priser. Framför allt har kostnaderna ökat från 1998 och framåt.

Enligt Statistiska Centralbyrån (SCB) uppgick hälso- och sjukvårdskostnaderna år 2008 till 296 miljarder kronor, motsvarande 9,4 procent av BNP, vilket kan jämföras med cirka 6,8 procent år 1970. En stigande betalningsvilja i kombination med en betydande BNP-tillväxt ligger alltså bakom vårdens växande resurser.

Nedanstående diagram visar hur hälso- och sjukvårdens kostnader utvecklats under drygt 50 år i fasta priser. Av staplarna kan tydligt utläsas hur den ekonomiska krisen i början av 1990-talet medförde att resurstilldelningen inte bara avstannade utan till och med minskade under några år.

Hälso- och sjukvårdens kostnader per invånare

2005 års priser



I förordet till rapporten *”Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård”* (SKL 2009) formuleras situationen så här. ”Trots att förändringarna varit nödvändiga för att kunna nyttiggöra den medicinska utvecklingen har de i stor utsträckning beskrivits som nedskärningar och försämringar, med besvikenhet och oro som följd, både i befolkningen, bland patienterna och hos personalen. Om vården hade förmått att mer öppet redovisa de medicinska sammanhangen och effekterna i termer av bättre resultat och kvalitet, skulle befolkningens och patienternas trygghet ha ökat, liksom personalens stolthet.”

Kostnadsutvecklingen i Norrbotten

Mellan år 2001 och 2007 ökade hälso- och sjukvårdskostnaderna för landstinget i Norrbotten med 13 procent (löpande priser).

År 2001 uppgick landstingets hälso- och sjukvårdskostnader till 15 338 kronor per invånare. Motsvarande siffra år 2009 var 20 400 kronor, det vill säga en ökning med drygt 33 procent (exklusive läkemedelsförmån⁸ och tandvård). För riket som helhet var ökningen ännu större; drygt 40 procent under samma period.

Mellan år 2005 och 2009 steg kostnaden för sjukvården i Norrbotten *inklusive* läkemedelsförmånen med cirka 16 procent vilket i stort sett ligger i nivå med ökningstakten i riket. Relationen mellan olika verksamhetsområdens andel av den totala sjukvårdskostnaden i Norrbotten (exklusive läkemedelsförmån och tandvård) har varit stabil om man jämför 2001 och 2009. För primärvården är siffran drygt 21 procent, för den specialiserade somatiska vården drygt 58 procent och för specialiserad psykiatrisk vård cirka 8 procent.

I kapitel 7 ges en fördjupad redovisning av hälso- och sjukvårdens kostnader i Norrbotten i förhållande till andra landsting.

Att sjukvården som helhet kostar allt mer motsäger inte att enskilda patienter eller anställda kan uppfatta utvecklingen som negativ. Eftersom resurserna inte räcker för att tillgodose alla behov är det ofrånkomligt att det sker ständiga prioriteringar och omfördelning av resurser. Samtidigt kan det vara svårt för patienter som inte tycker sig få den vård de anser sig behöva eller för vårdens personal att acceptera att resurserna kanske gör bättre nytta på annat håll.

De stora framsteg som skett inom till exempel hjärtsjukvården, ortopedin eller ögonsjukvården och som i hög grad kommer äldre till godo hade inte varit möjliga utan ett betydande resurstillskott. Ett annat exempel är den stora kostnadsökningen i fråga om läkemedel som präglade 1990-talet och som medförde att läkemedel tog i anspråk en växande andel av vårdens resurser.

Tyvärr finns det ingen statistik som gör det möjligt att mer i detalj jämföra olika verksamheter, patienters eller diagnosers andel av den samlade sjukvårdskostnaden. Det förefaller dock rimligt att anta att effekterna för den enskilda sjukhuskliniken eller vårdcentralen varit positiv för vissa patienter medan andra prioriteras lägre. Så länge prioriteringarna sker inom ramen för behovsprincipen i hälso- och sjukvårdslagen är detta inte anmärkningsvärt. Istället är det en naturlig följd av att hälso- och sjukvården aldrig har haft och heller aldrig kan väntas få tillräckliga resurser för att tillgodose alla behov och önskemål.

Kostnadsutvecklingens drivkrafter

Rapporten ”*Hälso- och sjukvården till 2030. Om sjukvårdens samlade resursbehov på längre sikt*” (SKL 2005) innehåller en bra sammanfattande beskrivning av kostnadsutvecklingens drivkrafter. ”Fler patienter får en effektivare och skonsammare behandling, det vill säga hälsovinster. Varje enskild operation kan ske till en lägre kostnad än tidigare, det vill säga produktiviteten i sjukvården har ökat. Samtidigt ökar dock antalet operationer kraftigt. Trots att varje enskild operation blir billigare stiger därmed sjukvårdens totala kostnad för

⁸ År 2001 hade landstinget inget kostnadsansvar för läkemedelsförmånen.

behandlingen. För samhället är utvecklingen sannolikt positiv, men vinsterna tillkommer andra än de som finansierar sjukvården.”

I ” *Vårdens utmaningar*” (SNS 2010) bidrar professor Anders Anell med följande reflektion. ”Till skillnad från andra områden leder den tekniska utvecklingen inom sjukvården snarare till *ökade* kostnader, eftersom det innebär att vården kan åstadkomma allt mer. Allt fler sjukdomar kan botas, allt svårare kirurgiska ingrepp kan göras och nya mediciner utvecklas med allt färre bieffekter.”

Lucentis är ett nytt läkemedel vars introduktion i sjukvården kan få tjäna som illustration på hur den medicinska utvecklingen båda skapar nya möjligheter men också höjer kostnaderna. I det här fallet rör det sig dessutom om sjukdomstillstånd som tidigare inte kunnat behandlas. Lucentis administreras på ett för ögonsjukvården nytt sätt genom upprepade injektioner i glaskroppen. Att injektioner ges på detta sätt innebär höga kostnader för inte bara själva läkemedlet utan också för personalinsatsen.

För närvarande är Lucentis godkänt för behandling av patienter med gula fläcken. Läkemedelsverket väntas ge klartecken för användningen av Lucentis för ytterligare en indikation (diabetes med ögonpåverkan). På sikt kan även patienter med propp i ögat komma att behandlas. Kostnaden för behandling av gula fläcken i Norrboten väntas successivt öka från 1,6 miljoner kronor år 2007 till 5,5 miljoner kronor årligen från och med 2012. För behandling av diabetes med ögonpåverkan beräknas kostnaden uppgå till 1,7 miljoner kronor år 2011 för att stiga till 4,5 miljoner kronor år 2013. För att sätta in detta i ett vidare sammanhang kan nämnas att inom några år – allt annat lika – skulle minst 40 procent av ögonsjukvårdens budget behöva användas för Lucentisbehandling.

Nya verksamheter utvecklas ibland mycket snabbt

Utvecklingen av antalet PCI-behandlingar⁹ i länet är ett annat exempel på hur snabbt nya verksamheter etableras inom vården och ställer krav på nya resurser. År 2004 genomfördes 58 sådana ingrepp vid Sunderby sjukhus vilket kan jämföras med 690 år 2009 och 740 under 2010 (till och med mitten av december). Antalet PCI-operationer per 1000 invånare har ökat från 0,23 år 2004 till 2,77 år 2009.

Hur kan då framtiden komma att gestalta sig? Kommer utvecklingen till exempel underlätta för landstinget att sänka hälso- och sjukvårdens kostnader? Om Lucentis är representativt för vad som händer inom sjukvården, vilket det på många sätt är, blir svaret på frågan nej. I kapitel 13 fördjupas diskussionen om kostnadsutvecklingen inom vården och hur den kan påverkas.

Kostnadsutvecklingen och resursförbrukningen inom vården brukar förklaras med två grundläggande drivkrafter:

- Demografiska förändringar, det vill säga kostnadsökningar som följd av att antalet äldre med större vårdbehov blir allt fler.
- Medicinsk och teknisk utveckling som möjliggör att allt fler sjukdomar kan diagnostiseras och behandlas. Något som i sin tur leder till växande förväntningar och krav på vården från medborgare och patienter.

⁹ PCI = ingrepp i hjärtats kranskärl som genomförs med kateter.

Lucentis illustrerar hur demografi och medicinsk utveckling ofta går hand i hand, det vill säga att det finns ett samband mellan antalet äldre i befolkningen och hur många som kan ha nytta av behandlingen.

Alla prognoser om den framtida kostnadsutvecklingen är behäftade med stor osäkerhet, vilket är viktigt att hålla i minnet när siffror som framstår som exakta redovisas. När kostnadsbedömningarna ställs mot de finansiella utsikterna, det vill säga landstingens framtida inkomster, uppstår ett växande gap mellan kostnader och intäkter. En vanlig metod är att med hjälp av alternativa scenarier belysa hur gapets storlek förändras beroende på vilka antaganden som görs.

Äldreomsorgen inför en stor finansiell utmaning

2008 års *Långtidsutredning* redovisar i sitt huvudbetänkande (SOU 2008:15) en bedömning av den demografiskt motiverade utvecklingen av den offentliga konsumtionen för perioden 2005-2030. Den samlade offentliga konsumtionen beräknas växa med i genomsnitt 0,7 procent per år under perioden, vilket ger en ökning med totalt 19 procent. För sjukvården beräknas ökningen uppgå till 24 procent och för äldreomsorgen till hela 161 procent. Siffrorna ger onekligen en ganska tydlig indikation på vilka verksamheter som står inför särskilt stora finansiella utmaningar.

I SKL-rapporten *"Framtidens utmaning"* (SKL 2010) redovisas två olika antaganden (demografialternativet respektive plusalternativet) som bygger på olika volym- och prisantaganden. "Slutsatsen är att kostnadsökningarna som följer av enbart de demografiska förändringarna [demografialternativet] är hanterbara och inte ställer krav på nämnvärt ändrad finansiering de närmaste 25 åren. Vi kan också konstatera att de demografiska behoven framöver på 0,7 procent per år är större än de 0,4 procent per år som de demografiskt betingade kostnaderna ökade under åren 1980–2005." Något utrymme för kvalitetshöjningar finns dock inte i detta alternativ, det vill säga att det finns inte några möjligheter att möta efterfrågan på fler och bättre tjänster.

Rapportens plusalternativ utgår från en kostnadsökning på 1 procent utöver demografins krav, som finansieras i form av skattehöjningar. Skatten skulle "i genomsnitt behöva höjas med närmare 50 öre årligen (fördelat lika relativt sett mellan kommuner och landsting, det vill säga runt 2/3 respektive 1/3). År 2035 beräknas det sammantagna uttaget av kommun- och landstingsskatt behöva öka med närmare 13 kronor jämfört med idag (det vill säga till drygt 44 kronor). Det motsvarar år 2035 ett gap mellan kostnader och intäkter på cirka 200 miljarder kronor i dagens penningvärde." Det bör observeras att det rör sig om ett pedagogiskt räkneexempel och inte en bedömning av att ett så stort skatteuttag skulle vara önskvärt eller möjligt.

Även *"Hälso- och sjukvården till 2030"* belyser hur behovet av resurser inom hälso- och sjukvården kan komma att utvecklas fram till år 2030 i förhållande till de ekonomiska förutsättningarna. För perioden 1980-2003 var den genomsnittliga procentuella årliga förändringen av de totala kostnaderna 1,4 procent, varav demografin svarade för 0,6 procent och andra faktorer (bland annat medicinsk-teknisk utveckling) för 0,8 procent. Den genomsnittliga årliga kostnadsökningen för perioden 2005-2030 till följd av demografiska förändringar beräknas uppgå till 0,8 procent per år .

Strama villkor för landstingen

SKL:s *Ekonomirapport* (december 2010) innehåller en bedömning ur ett betydligt kortare perspektiv. Här antas att för åren 2012 till 2015 uppstår en kostnadsökning på drygt en

procent per år, utöver de krav som motiveras av förändringar i befolkningens storlek och sammansättning.

Enligt SKL:s ekonomirapport blir villkoren för landstingen strama de kommande åren. Därför ställs frågan om det går att bedriva verksamheten effektivare. Svaret som ges är att ”det går att klara att bedriva verksamhet med hög kvalitet utan att ha höga kostnader. Det finns inga tydliga samband vare sig inom sjukvården eller inom skolan att en kommun eller ett landsting som har höga kostnader för en verksamhet också uppvisar bra resultat. Bristen på tydligt samband innebär dock inte nödvändigtvis att det går att genomföra neddragningar utan att det får konsekvenser för kvaliteten.”

Hur goda är då möjligheterna att minska finansieringsgapet genom ökad effektivitet? I så fall måste effektivitetshöjningen ske ”i högre takt än tidigare, annars får vi inget bidrag till att minska gapet. Om effektiviteten ökar med i genomsnitt 1 procentenhet mer per år än hittills har vi räknat hem den av oss antagna ambitionshöjningen det vill säga finansieringsgapet är så gott som borta. Men det är ett mycket högt krav på välfärdstjänster som är mycket personalintensiva.”

En betydligt mer optimistisk bedömning görs i ”*Den ljusnande framtid är vård*” (en delrapport från Socialdepartementets LEV-projekt; 2010). Antaganden om bättre hälsa, mindre sjuklighet och en mer effektiv verksamhet leder till en diskussion om effektiviseringsgapet snarare än finansieringsgapet. ”Med en produktivitetöknings på 0,6-0,7 procent per år inom vård- och omsorgssektorn kan det ökade behovet mötas utan att öka vård och omsorgs andel av BNP.”

Det är knappast möjligt och inte heller meningsfullt att göra långsiktiga analyser av det här slaget för ett enskilt landsting. Icke desto mindre kan det vara relevant att med hjälp av antaganden om befolkningsutvecklingen försöka åskådliggöra några av de utmaningar som kan vara aktuella. Det görs i form av så kallad 0-framskrivning som utgår från det i och för sig realistiska antagandet att innehållet i vården, behandlingsmetoder och så vidare är likadant i framtiden som idag. Ett annat sätt att uttrycka detta är att beräkningarna ger en bild av hur dagens vård skulle ha påverkats om andel äldre i befolkningen redan nu varit större.

Hur många fler vårdplatser skulle behövas i Norrbotten?

Baserat på konsultföretaget WSP:s befolkningsprognos (se kapitel 9) skulle antalet vårdplatser i förhållande till 2008 vid en 0-framskrivning teoretiskt sett behöva öka med:

- mellan 21 och 25 procent till år 2020 och
- mellan 25 och 33 procent till år 2030.

Enligt WSP kommer antalet invånare som är äldre än 80 år att öka med 26 procent till 2020 och 66 procent till 2030 i basscenariot jämfört med 2008. Motsvarande siffra för alternativscenariot är 30 respektive 75 procent. Det krävs inte någon mer avancerad matematik att en sådan utveckling har betydande ekonomiska konsekvenser för såväl landsting som kommuner. Landstingets egen statistik visar att åldersgruppen 81-w år utgjorde 4,7 procent av befolkningen 2009, samtidigt som de svarade för drygt 20 procent av all konsumerad sluten vård uttryckt i DRG¹⁰.

¹⁰ DRG är en förkortning för diagnosrelaterade grupper som är en metod för att beskriva vårdens innehåll och resursförbrukning (se även kapitel 8).

Även om osäkerheten är stor är det rimligt att utgå från följande övergripande slutsatser vad gäller kostnadsutvecklingen för hälso- och sjukvården i Norrbotten i ett långsiktigt perspektiv det vill säga år 2020 och bortom.

- Såväl de demografiska förutsättningarna som den medicinska och tekniska utvecklingen tyder på att kostnaderna för hälso- och sjukvården kommer att fortsätta att öka.
- Gapet mellan vad som är möjligt att göra och vad pengarna räcker till tenderar successivt att växa. Det råder dock delade meningar om detta förr eller senare nödvändiggör nya finansieringskällor. Under alla förhållanden är det även i framtiden nödvändigt med ständiga effektiviseringar och tydliga prioriteringar mellan olika behov och tillgängliga metoder.
- Det finns ett mycket tydligt samband mellan utvecklingen av ekonomin totalt sett i samhället och landstingets intäkter. I nuläget finns det inget system för att mildra konjunktursvängningarnas påverkan på den offentliga sektorn. Landstinget kan därför även i framtiden ibland komma att tvingas vidta åtgärder som är nödvändiga på kort sikt men kan framstå som mindre ändamålsenliga i ett långsiktigt perspektiv.

6. Räcker personalen till?

Det kommer att bli allt svårare att klara vårdens personalförsörjning, åtminstone om man ska tro Socialstyrelsen. ”Totalt sett beräknas den kommunala hälso- och sjukvården och äldreomsorgen behöva rekrytera 40 000-50 000 personer per år under kommande årtionde, det vill säga närmare 500 000 personer fram till 2020. Risken för personalbrist inom äldreomsorgen är påtaglig”(”Hälso- och sjukvårdsrapport 2009”).

I SKL-rapporten ”Hälso- och sjukvård 2030” (SKL 2005) dras slutsatsen att behovet av omvårdnadspersonal är volymmässigt det största problemet. ”Kraftfulla insatser behöver genomföras via kompletterande utbildningsinsatser för att höja utbildningsnivån.”

I en rapport från Socialdepartementet ”Den ljusnande framtiden är vård” (2010) beräknas att behovet av personal inom hälso- och sjukvården kommer att öka med 24-28 procent under perioden 2010-2050 och med 67-76 procent inom äldreomsorgen. Vad gäller läkare är bedömningen att det under samma period krävs en ökning med 26-28 procent på grund av att befolkningen växer och åldras.

I rapporten ”Generationsväxlingen på arbetsmarknaden” redovisar Arbetsförmedlingen (november 2010) sin bedömning av hur arbetskraftsutbudet kommer att utvecklas på såväl nationell som regional nivå. ”Fram till år 2025 är det 1,6 miljoner pensionsavgångar i landet. Det är cirka 250 000 fler personer än under perioden 1995 till 2010. Generationsväxlingen är särskilt omfattande i den offentliga sektorn. De tre storstadslänen påverkas minst, medan många av landets mindre orter berörs mycket. I vissa kommuner blir åldersavgångarna inom offentlig sektor större än tillskottet av ungdomar.”

I Norrbottens minskade arbetskraften med totalt 10,0 procent mellan åren 1995 och 2010 vilket motsvarar 13 600 personer. Allra störst var minskningen under åren 1997 till och med 2001 (6 200 personer). Den negativa utvecklingen väntas fortskrida i ännu större omfattning de kommande 15 åren. Under perioden 2010 till och med 2025 beräknas arbetskraften minska med 14,4 procent eller med knappt 17 600 personer.

Omfattande pensionsavgångar

Mest omfattande blir pensionsavgångarna inom följande yrken med relevans för vård och omsorg. Siffrorna anger procentuella avgångar år 2010-2024 i Norrbotten enligt den uppdelning i SSYK3-koder som används i den nationella statistiken.

- Biomedicinska analytiker 67 procent
- Barnmorskor och sjuksköterskor med särskild kompetens 57 procent
- Hälso- och sjukvårdsspecialister 46 procent
- Sjuksköterskor 43 procent
- Vård- och omsorgspersonal 40 procent

Landstingsstyrelsen pekar i utredningens direktiv (bilaga 1) på förhållandet att det främst är de små inlandskommunerna som tappar befolkning och drabbas av en ogynnsam åldersstruktur, en utveckling som tenderar att accelerera. ”På längre sikt kommer vissa kommuner med stor sannolikhet att få stora svårigheter att upprätthålla sitt välfärdsuppdrag till följd av försämrade ekonomi och brist på kompetent personal. Samma förhållande kan även komma att drabba landstinget om den negativa befolkningsutvecklingen fortsätter.”

Arbetsförmedlingens bedömning av utvecklingen understryker allvaret i den situation som länet kan hamna i och som riskerar att bli mycket besvärande när ökningen av antalet äldre (80-w) tar fart i slutet av detta decennium. Statistiken tyder enligt utredningens bedömning på att det inte är säkert att problemen kommer att begränsa sig till att enbart beröra mindre glesbygdskommuner.

Även när det gäller läkare kommer pensionsavgångarna att ställa till problem. Ett exempel på de utmaningar landstinget står inför är förhållandet att cirka 40 procent av länets specialister i allmänmedicin (distriktsläkare) kommer att gå i pension under perioden 2010-2020.

Hur tillgången på specialistkompetenta läkare utvecklas är av särskilt stor betydelse för hälso- och sjukvårdens framtida innehåll och struktur. Det som dessutom skiljer läkare från andra grupper är den mycket långa utbildningstiden. Efter läkarexamen krävs ytterligare minst sju års utbildning och tjänstgöring innan specialistkompetens uppnås. Den totala tiden från det att läkarutbildningen börjar till utfärdande av specialistbevis uppgår till minst tolv år. För andra personalgrupper är möjligheterna att genom särskilda insatser snabbare åtgärda en bristsituation betydligt större.

Stora regionala skillnader i tillgången på läkare

Den regionala tillgången på specialistläkare uppvisar ett varierat mönster. Fördelningen av allmänmedicinare är relativt jämn över landet medan variationen i fråga om exempelvis psykiatri är mycket stor. Det generella mönstret är att läkartätheten mätt i antal läkare i förhållande till antalet invånare är störst på orter med universitetssjukhus där den grundläggande läkarutbildningen bedrivs. Många rotar sig på studieorten och blir kvar där, medan andra söker sig till större städer. Omvänt gäller att glesbygdslän som Norrbotten har betydligt svårare att attrahera läkare. Den regionaliserade läkarutbildning (RLU) som etableras i Norrbotten från och med 2011 ska förhoppningsvis bidra till att förbättra rekryteringsmöjligheterna.

Av Socialstyrelsens ”Årsrapport NPS 2010”¹¹ framgår att efterfrågan överstiger tillgången på specialistutbildade läkare. Samtidigt visar rapporten att tillväxten inom olika specialiteter varit högst varierande. Under perioden 1995-2007 ökade antalet specialister i allmänmedicin respektive psykiatri med knappt 30 procent respektive drygt 25 procent per 100 000 invånare. Allra störst var ökningen av antalet specialister i kardiologi (närmare 90 procent).

Efterfrågan på läkare har stadigt ökat vilket även påverkat läkarutbildningens dimensionering. Antalet intagna på läkarlinjen har ökat från drygt 1 050 år 2004 till 1 330 från och med 2009. I Socialstyrelsens skrift ”*Bra kan bli bättre*” ges följande sammanfattande bild av utvecklingen. ”Om antalet läkare hade ökat i samma takt som befolkningen i övrigt skulle det ha funnits 2 500 fler läkare 2008 jämfört med 1998, men under denna period ökade antalet yrkesverksamma läkare med cirka 6 000.”

År 2007 hade cirka 20 procent av läkarna som var sysselsatt inom svensk hälso- och sjukvård en utländsk utbildning, I denna grupp återfinns även svenskar som studerat till läkare utomlands. Nettoimmigrationen av läkare har ökat under senare år och är betydande. Under perioden 2001-2007 har nettoinflödet legat på mellan drygt 260 och drygt 500 läkare årligen. Utan detta tillskott skulle obalansen mellan efterfrågan och utbudet av läkare ha varit betydande.

¹¹ En analys av barnmorskors, sjuksköterskors, läkares, tandhygienisters och tandläkares arbetsmarknad.

Osäkerheten om hur läkarnas arbetsmarknad kommer att utvecklas under det närmaste decenniet är stor. Några av de frågor som infinner sig är följande

- Kommer efterfrågan på läkare att minska som en följd av behovet av att bromsa kostnadsutvecklingen inom sjukvården?
- Kommer efterfrågan på läkare att minska genom att andra personalgrupper i större utsträckning tar över arbetsuppgifter från läkarna, så att deras arbetstid kan utnyttjas effektivare?
- Hur kommer den medicinska och tekniska utvecklingen att påverka efterfrågan på läkare?
- Kommer inflödet av läkare som utbildats i andra länder att fortsätta att ligga på en hög nivå?

Ekonomi avgörande för efterfrågan på läkare

Socialstyrelsen understryker att det är mycket svårt att bedöma efterfrågan på läkare på lång sikt. ”Genomgående kan tre faktorer sägas ha betydelse: befolkningsfaktorer, politiska faktorer och sjukvårdsfaktorer. Dessa områden handlar bland annat om demografi, förändrat sjukdomspanorama, målsättningar inom hälso- och sjukvården, organisation, teknisk utveckling samt personalanvändning.” Den enskilt viktigaste faktorn är dock enligt styrelsen ”de ekonomiska förutsättningarna [...] Förändringar i exempelvis sjukdomspanorama innebär inte automatiskt en ökad efterfrågan på viss personal. Då eventuella krav på nyrekrytering inte kan tillgodoses om inte de ekonomiska ramarna tillåter det”.

Socialstyrelsens prognos är att ”med nuvarande utbildningskapacitet och höga invandringsnivå kan tillgången på läkare i hälso- och sjukvården förväntas vara relativt oförändrad fram till år 2023 jämfört med år 2007”. Samtidigt konstateras att om invandringen minskar behövs betydligt fler utbildningsplatser för att svara upp mot den förväntade efterfrågan på läkare i Sverige. I SKL-rapporten ”Hälso- och sjukvård 2030” framförs uppfattningen att det inte är rimligt att förlita sig på en fortsatt nettoimmigration av läkare på samma sätt som under de senaste åren.

Läkarförbunden i de nordiska länderna redovisar vartannat år en prognos för den framtida läkararbetsmarknaden i vart och ett av de fem länderna. Arbetet bedrivs inom ramen för en arbetsgrupp som går under förkortningen SNAPS. Nedanstående uppgifter är hämtade från 2010 års SNAPS-rapport.

Gemensamt för de nordiska länderna är att det finns relativt många äldre läkare. ”Cirka 40 procent av specialistläkarna är över 55 år och ca 65 procent är äldre än 50 år. Det innebär att pensionsavgångarna under perioden 2010-2020 kommer att bli mycket stora.

Avgångsproblematiken förstärks av att allt fler specialistläkare visar intresse för att lämna arbetsmarknaden innan de fyllt 65 år.” Under de närmaste tio åren kommer uppskattningsvis mellan 1 000 och 1 200 läkare att gå i pension i Sverige varje år.

Även om utbudet av nyutbildade läkare ökar visar beräkningarna att det finns en risk för brist på läkare i Sverige. ”Jämförelsen mellan tillgång respektive efterfrågan på läkare tyder på att arbetsmarknaden under prognosperioden kommer att kännetecknas av ett underskott på läkare. Detta beror på den starka ökningen på efterfrågesidan.”

Stora pensionsavgångar i kombination med en växande konkurrens om den specialiserade arbetskraften gör att det, den regionaliserade läkarutbildningen till trots, framstår som högst sannolikt att möjligheterna att rekrytera läkare till Norrbotten blir än mer gränssättande för hälso- och sjukvårdens utveckling i framtiden.

Bekymmersam situation redan idag

Till detta kommer att bemanningsproblematiken är påtaglig redan i nuläget, vilket bland annat framgår av landstingets beroende av så kallade stafettlösningar. Kostnaden för inhyrda läkare via bemanningsföretag uppgick år 2009 totalt till drygt 120 miljoner kronor. Av denna siffra svarade jour och beredskap för nästan 32 miljoner kronor. Kostnaderna fördelade sig mellan divisionerna på följande sätt:

- Division Primärvård 57,1 miljoner kronor
- Division Opererande 29,2 miljoner kronor
- Division Medicin 19,4 miljoner kronor
- Division Vuxenpsykiatri 13,1 miljoner kronor
- Division Diagnostik 1,8 miljoner kronor

Trots dessa insatser är situationen särskilt bekymmersam i Malmfälten inom flera verksamheter. Stora svårigheter är förknippade med att upprätthålla såväl jourlinjer som verksamheten under dagtid. En bidragande faktor är att Socialstyrelsen ställer allt större krav på ST-utbildningens innehåll. Detta begränsar möjligheten att erbjuda ST- tjänstgöring vid mindre sjukhus inom opererande specialiteter. Följden blir växande svårigheter att rekrytera specialister till sådana sjukhus.

Vid närsjukvårdsutredningens öppna möten har företrädare för samtliga berörda divisioner inom landstinget (Diagnostik, Medicin, Opererande, Primärvård och Vuxenpsykiatri) uttryckt betydande oro för möjligheten att rekrytera specialister i tillräcklig omfattning. Det har också framförts tydliga önskemål om en sammanhållen bemanningsplanering med hela länets behov som utgångspunkt.

I längden förefaller det bli allt svårare att trygga försörjningen av läkare samt vissa andra yrkesgrupper till såväl primärvården som länets fem sjukhus. Den fortgående specialiseringen inom hälso- och sjukvården bidrar successivt till att förstärka denna utveckling.

Utvecklingen är dock delvis svårbedömd. Förutsättningarna kan variera högst avsevärt mellan såväl olika orter som yrkesgrupper och specialiteter. Det kan inte uteslutas att verksamheten hjälpligt kan upprätthållas med hjälp av bemanningsföretag och andra tillfälliga lösningar. Det förefaller troligt att sådana inslag kommer att bli än vanligare i framtiden, vilket samtidigt medför högre kostnader och sämre kontinuitet.

Flexiblare personalutnyttjande

I denna bedömning har hänsyn inte tagits till tänkbara förändringar i den framtida arbets- och ansvarsfördelningen mellan olika yrkesgrupper. Socialstyrelsen pekar i ”Årsrapport NPS 2010” på möjligheten ”att på ett flexibelt och effektivt sätt använda den befintliga personalen för att organisera verksamheten”. Styrelsen hänvisar vidare till den breddning av yrkesrollen som skett då sjuksköterskor ”genom fördjupning av sin kompetens har övertagit vissa läkaruppgifter genom exempelvis sjuksköterskeledda mottagningar inom specifika vårdområden, till exempel kroniska sjukdomar som astma och diabetes”.

I ”*Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*” framhåller Socialstyrelsen att ”ett förbättrat multiprofessionellt teamarbete och en mer flexibel användning av personalens kompetens är både önskvärd och nödvändig.” Genom omfördelning av roller och arbetsuppgifter skulle resurserna kunna användas effektivare.

”Det handlar exempelvis om att flytta arbetsuppgifter från läkare till sjuksköterskor efter vidareutbildning, eller att införa helt nya personalkategorier i verksamheten. Förändringarna kan göra det möjligt att frigöra arbetstid hos olika yrkesgrupper eller att förbättra vårdkvaliteten. I författningarna för hälso- och sjukvården finns bestämmelser som fastställer att vissa arbetsuppgifter endast får utföras av särskilda yrkesgrupper. Samtidigt befinner sig större delen av arbetsuppgifterna i en gråzon, där det inte finns några regler som säger att olika åtgärder enbart kan utföras av en särskild yrkeskategori. Det finns alltså stora möjligheter att använda personalens kompetens på ett mer flexibelt och kreativt sätt.”

Även ett par SKL-rapporter spinner på samma tema. I ”*Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård*” framhålls att ingen längre ensam besitter all den kompetens som behövs för att handlägga komplexa vårdbehov. ”När olika yrkeskategorier bildar team där varje person bidrar med sin kompetens skapas förutsättningar för bättre vård på ett effektivare sätt. Teamarbete passar för vård av patienter med kroniska sjukdomar som är i behov av kontinuerlig uppföljning. Palliativa team, vårdplaneringsteam, rehabiliteringsteam och KOL-team är exempel på vanliga områden för teamarbete. Specialmottagningar för diabetes och hjärtsvikt är andra exempel på att vården kan organiseras på nytt sätt så att den som är kroniskt sjuk snabbt ska kunna få hjälp och stöd vid försämring.”

I ”*Hälso- och sjukvård 2030*” är Socialstyrelsens slutsats ”att arbetsorganisation och arbetsmetoder kommer att behöva förändras så att existerande personal kan ägna mer tid åt patienter och att mötet sker på rätt vårdnivå. Mer pengar löser inte på ett enkelt sätt behovet av mer personal.” Det system med fasta vårdkontakter som enligt riksdagens beslut införts från och med den 1 juli 2010 är ett exempel på hur samhället försöker understödja ett mer effektivt utnyttjande av olika personalkompetenser.

Oavsett hur rekryteringen av olika personalkategorier kommer att utvecklas står det klart att sjukvården i Norrbotten, liksom i övriga Sverige, måste utveckla sin förmåga att få ut det mesta möjliga av olika kompetenser. En fast rotad fördelning av arbetsuppgifter och traditionella professionella revir utgör uppenbara hinder i detta avseende. Att det finns möjligheter att åstadkomma positiva förändringar utan att det behöver vara negativt för patientsäkerheten framkom vid det öppna möte som utredningen genomförde i samarbete med de fackliga huvudorganisationerna.

7. Norrbotten i jämförelse

Hur bra är svensk sjukvård i allmänhet och hur står sig den vård som norrbottningarna får i förhållande till andra landsting? Frågan är både berättigad och intressant, men svår att ge ett entydigt svar på. Några enkla metoder att mäta sjukvårdens kvalitet finns inte. Dessutom kan kvaliteten bedömas ur många olika aspekter, till exempel hur patienten värderat faktorer som tillgänglighet och upplevt resultat eller ur ett medicinskt professionellt perspektiv. Andra frågor är i vilken utsträckning vården ges på lika villkor och i enlighet med behovsprincipen. Bilden kompliceras ytterligare om hänsyn inte bara tas till vad som åstadkoms utan också om kostnaderna, vilket är högst relevant för vårdens finansärer, det vill säga ytterst skattebetalarna.

Norrbotten i Öppna jämförelser

SKL och Socialstyrelsen publicerar årligen rapporten ”Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet” (ÖJ). Den femte rapporten i serien presenterades i november 2010 (ÖJ 2010). Jämförelserna avser flera olika perspektiv på kvalitet och effektivitet och baseras på 134 enhetliga nationella indikatorer. Inte oväntat visar det sig att Norrbotten, liksom andra landsting, ligger bättre till än genomsnittet i vissa avseenden, sämre i andra. Nedanstående urval illustrerar detta förhållande.

- Medellivslängden ökar i hela landet, men är fortfarande kortare i Norrbotten än i flertalet landsting. Detta gäller för både kvinnor och män.
- Två tredjedelar av Norrbottens vuxna befolkning bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som gott. Andelen är högre bland män (72 procent) än bland kvinnor (66 procent). Siffrorna ligger nära genomsnittet för riket.
- Uttrycket ”Undvikbar slutenvård” speglar den öppna vårdens insatser vid vissa kroniska/långvariga åkommor samt några akuta tillstånd där rätt behandling inom rimlig tid kan förhindra inläggning på sjukhus. För båda könen ligger Norrbottens siffror nära genomsnittet för riket som helhet.
- Andelen MPR-vaccinerade (Mässling, Påssjuka, Röda hund) barn är högre i Norrbotten än i flertalet landsting med en täckningsgrad på 97,5 procent.
- Antibiotikaresistens är ett mycket allvarligt problem. Statistiken visar att andelen upptäckta resistenta fall i Norrbotten är lägst i hela landet.
- Vårdrelaterade infektioner drabbar ungefär var tionde patient som vårdas i slutenvård i Sverige. Andelen i Norrbotten är näst lägst i hela landet.
- Allmänhetens förtroende för vården vid vårdcentraler (52 procent för kvinnor och 55 procent för män) är mindre än förtroendet för vården vid sjukhus (64 procent för kvinnor och 65 procent för män). Tre av fyra norrbottningar instämmer i påståendet ”Jag har tillgång till den vård jag behöver”. Det är något under genomsnittet för riket.
- 62 procent av patienterna tycker att det är lätt att komma fram per telefon till sin vårdcentral. Det är en klar försämring mot mätningen året innan. Andelen patienter som

- Andelen patienter som väntat mer än 90 dagar på *besök* i specialiserad vård är betydligt lägre i Norrbotten än i flertalet landsting och innebär en markant förbättring mot föregående mätning. Även andelen som väntat mer än 90 dagar på *behandling* är mycket låg i vårt län jämfört med riket som helhet.
- I Norrbotten dör var tredje man inom 28 dagar efter hjärtinfarkt, mot var fjärde kvinna. Dödligheten bland män är betydligt högre än genomsnittet för riket.
- 5-årsöverlevnaden vid bröstcancer är högst i Norrbotten av alla län i landet.

Den psykiatriska vården i Norrbotten får genomgående goda resultat i ÖJ 2010, samtidigt som kostnaden per invånare ligger betydligt under riksgenomsnittet (se nedan). Detta skulle kunna tolkas som att verksamheten bedrivs mycket effektivt. Å andra sidan är just psykiatrin den vårdform mot vilken det riktades påtagligt mycket kritik under kommundialogen våren 2010. Kritiken handlade framför allt om den bristande tillgången på psykiatriker. Detta illustrerar vikten av att uppgifter från de öppna jämförelserna kompletteras med annan information av såväl kvalitativ och kvantitativ art.

Effektiv vård

Ett övergripande mål är att hälso- och sjukvården skall vara effektiv. Det innebär enligt ÖJ 2010 ”att resurserna i form av personalens kompetens, medicinsk utrustning, läkemedel med mera skall användas på ett sådant sätt att de ger största möjliga bidra till att nå målen om en god hälsa, hög tillgänglighet, respekt för patienten och vård efter behov.” Vid jämförelser av landstingens hälso- och sjukvårdskostnader per invånare brukar Norrbotten ligga drygt 10 procent över riksgenomsnittet. I ÖJ 2010 redovisas att riksgenomsnittet år 2009 var drygt 20 200 kronor per invånare. Den lägsta kostnaden redovisas för Östergötland (18 252 kronor) medan Norrbotten med 22 380 kronor står för den högsta kostnaden.

Norrbotten har högre nettokostnader för samtliga verksamheter med undantag för psykiatrin, där Norrbottens nettokostnad ligger cirka 16 procent under riksgenomsnittet. Störst är avvikelsen för primärvården där nettokostnaden ligger 26 procent över genomsnittet.

Att det finns tydliga skillnader i hälso- och sjukvårdskostnader mellan landstingen är inte i sig anmärkningsvärt. Landstingen har olika förutsättningar för att bedriva sjukvård och det finns strukturella förhållanden som påverkar kostnadsnivån. Det gäller bland annat ålderssammansättning och sjukligheten i befolkningen. Detta är faktorer som det kommunala utjämningsystemet ska kompensera för. Årligen beräknas för respektive landsting en standardkostnad för hälso- och sjukvården som bygger på den uppskattade genomsnittliga vårdkostnaden för befolkningen indelad efter kön, ålder, socioekonomisk tillhörighet samt behandling av vissa särskilt vårdkrävande diagnoser. Skillnader i standardkostnad mellan landstingen ska spegla kostnaden för strukturella skillnader som landstingen inte kan påverka.

Norrbottens höga kostnadsnivå kan till stor del förklaras av strukturella faktorer och tas hänsyn till dessa är kostnaden istället 20 994 kronor per invånare vilket är knappt fyra procent högre än riksgenomsnittet. Beräknat på detta sätt har fyra landsting högre kostnader per invånare än Norrbotten (Jämtland, Västernorrland, Blekinge och Stockholm).

Som räkneexempel kan beräknas vad som krävs för att landstinget i Norrbotten ska kunna sänka sina kostnader till riksgenomsnittet. Utgår man från den högre summan behövs en kostnadssänkning med totalt ca 530 miljoner kronor. Utgår man från den standardjusterade kostnaden handlar det om 190 miljoner kronor. Väljer man istället att jämföra med det landsting som har den lägsta kostnaden i riket (Östergötland) blir siffrorna betydligt större; drygt en miljard kronor eller ca 675 miljoner kronor (standardjusterat).

Som påpekats i kapitel 4 är det svårt att se något tydligt samband mellan kostnader och resultat/kvalitet. ”Det står klart att det inte finns några samband mellan höga kostnader och de bästa resultaten” (”Hälso- och sjukvårdsrapport 2009”). Samma slutsats dras även av tidskriften ”Dagens Samhälle” (nr 38/2010) efter att ha gjort en sammanvägning av Öppna jämförelser. ”Hög kvalitet i sjukvården går ofta hand i hand med låga kostnader.”

Annorlunda uttryckt ur ett norrbottniskt perspektiv; att landstinget har en kostnad som ligger något högre eller betydligt högre (beroende på betraktelsesätt) kan inte tas till intäkt för att länets medborgare och patienter därmed självklart har tillgång till en bättre vård jämfört med landsting som ligger väsentligt under riksgenomsnittet.

Ett mer direkt sätt att mäta kostnadsnivån är att relatera kostnaderna till mängden prestationer som i ÖJ mäts med antalet patientkontakter. För att detta ska vara meningsfullt måste vårdkontakterna viktas eftersom resurskraven skiljer sig avsevärt mellan olika sjukdomstillstånd och vilka åtgärder de ger upphov till. Detta sker genom att resursåtgången i DRG-poäng¹² kombineras med uppgifter från KPP-databasen¹³.

Kostnaden per DRG-poäng kan för närvarande endast redovisas för den specialiserade somatiska vården. Detta kan ses som ett grovt mått på vårdens produktivitet, det vill säga hur mycket vården producerar i förhållande till vad den kostar.

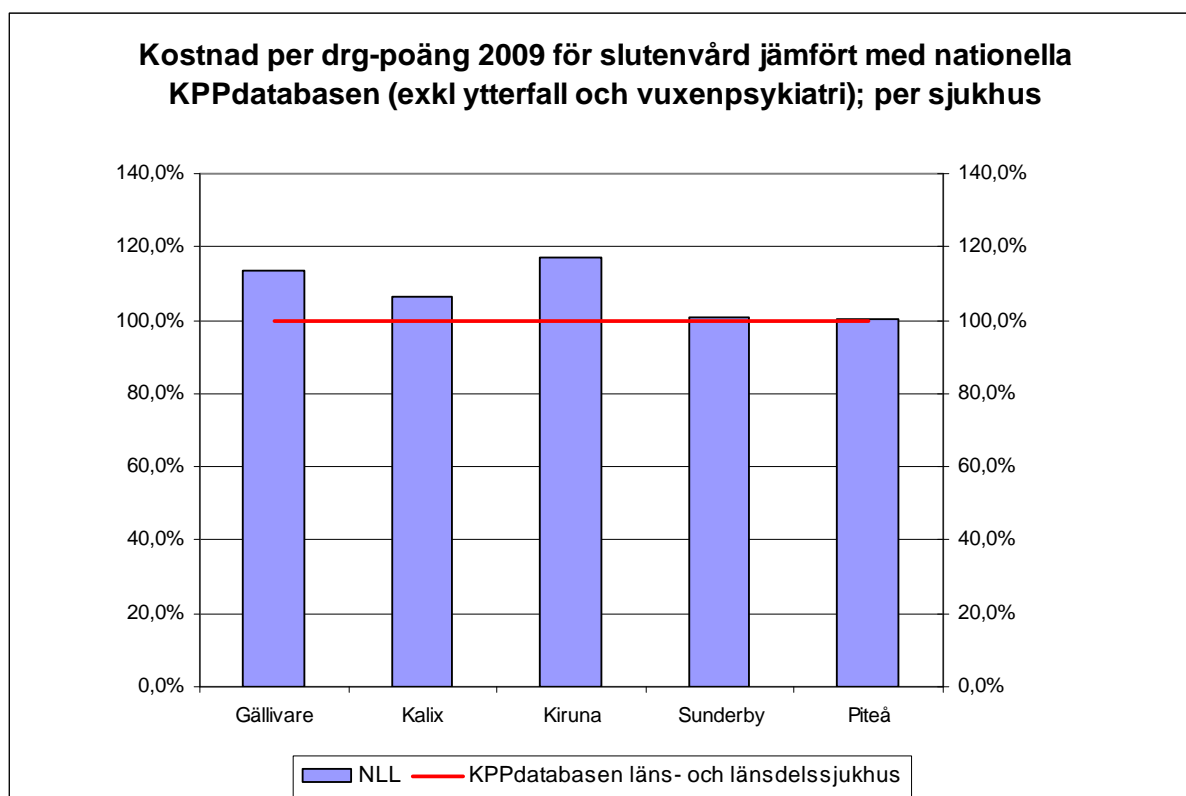
Stora kostnadsskillnader mellan landstingen

Också med denna mätmetod är skillnaderna stora mellan landsting. Kostnaden per *konsumerad* DRG-poäng (specialiserade somatisk vård exklusive läkemedelsförmånen) år 2009 varierar från 38 320 kronor (Kalmar) till 51 941 kronor (Västernorrland). Riksgenomsnittet är 43 218 kronor, en siffra som Norrbotten med sina 47 181 kronor överskrider med drygt nio procent. En del av skillnaderna mellan landstingen kan bero på mätproblem. Kvaliteten i kodningen av åtgärder och diagnoser skiljer sig åt mellan landstingen, framför allt i den öppna vården.

Kvaliteten är bättre i de uppgifter som enbart avser slutet somatisk vård. För att uppgifterna inte ska vara missvisande brukar så kallade kostnadsytterfall räknas bort. Av diagrammet framgår att sjukhusen i Sunderbyn och Piteå har kostnader som ligger i nivå med genomsnittet för den nationella KPP-databasen medan Kalix samt framför allt Gällivare och Kiruna ligger klart över. De uppgifter som redovisas här avser den egna *produktionskostnaden*, exklusive vård inom exempelvis regionsjukvården.

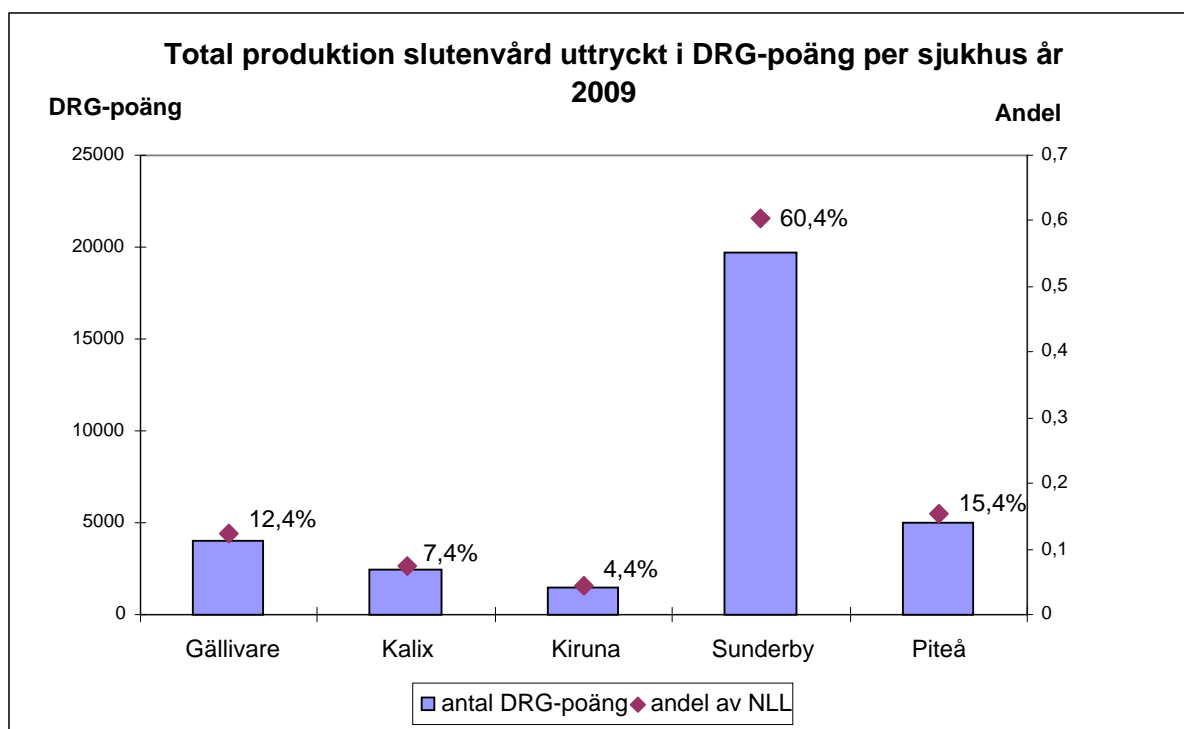
¹² DRG är en förkortning för diagnosrelaterade grupper som är en metod för att beskriva vårdens medicinska innehåll och resursförbrukning.

¹³ KPP är en förkortning för kostnad per patient, det vill säga kostnadsdata för enskilda vårdkontakter.



Den höga kostnaden för Malmfältssjukhusen kan sannolikt i betydande utsträckning förklaras med att patientunderlaget är förhållandevis litet, det vill säga det rör sig om smådriftnackdelar. Slutsatsen ligger i linje med resultatet av den jämförande studie av kostnaderna inom sjukvården i Norrbotten som gjordes inom ramen för landstingets projekt Utmaningen (år 2000). ”Samtidigt kan vi också konstatera att det finns en merkostnad att driva små sjukhus, vilket innebär att det är relevant med en högre kostnad vid våra små sjukhus, inte minst i Malmfälten.”

Eftersom sjukhusen har varierande uppdrag och funktioner är det stora skillnader i hur mycket vård som produceras vid respektive sjukhus. Av följande diagram framgår att Sunderby sjukhus står för drygt 60 procent av den slutna vården (exklusive psykiatri) uttryckt i DRG-poäng. För övriga sjukhus är siffrorna 15,4 procent (Piteå), 12,4 procent (Gällivare), 7,4 procent (Kalix) samt 4,4 procent (Kiruna).



Kostnaden mellan olika typer av sjukdomar och behandlingar varierar högst avsevärt. Sådana skillnader beskrivs med hjälp av uppgifter baserade på KPP och DRG. En synnerligen kostsam behandling som är mycket ovanlig behöver i sig inte innebära någon större belastning för landstingets ekonomi. Omvänt kan en betydligt mindre dyr behandling som istället är mycket vanlig medföra stora kostnader.

I tabellen på nästa sida redovisas kostnaden för tio vanliga och kostnadskrävande sjukdomar/åtgärder i Norrbotten år 2009 inklusive ytterfall. Som framgår är det inte ovanligt med ganska stora kostnadsskillnader i förhållande till genomsnittet för KPP-databasen för läns- och länsdelssjukhus. Tabellen illustrerar också förhållandet att intermedicinska och ortopediska sjukdomar samt förlossningar är vanliga inom sjukvården, medan exempelvis allmänkirurgiska eller allvarliga psykiska sjukdomar inte är lika vanliga.

Det som framför allt driver upp totalkostnaden är antalet vårdtillfällen i kombination med antalet vård dagar. Att kärleksjukdomar i hjärnan exklusive stroke har en så hög kostnad beror alltså dels på relativt många vårdtillfällen, dels långa vårdtider (totalt 15 000 vård dagar). Det omvända gäller för bröstsmärtor utan angina pectoris där vårdtillfällena visserligen är många men vårdtiderna korta (drygt 1 800 vård dagar).

DRG-kod	Antal vårdtillfällen	Kostnad milj kr (inkl ytterfall)	Poängkostnad NLL (exkl ytterfall)	Poängkostnad KPP databas (exkl ytterfall)
Spec kärleksjukdomar hjärna exkl TIA (stroke)	1003	84,2	41329	36412
Primär ledprotes nedre extremiteter	970	72,6	37417	37169
Vaginal förlossning utan komplikation	1723	38,8	42200	39434
Långvarig psykos, ej schizofreni	210	30,6	55034	40926
Hjärtsvikt & chock	816	28,8	34425	36995
Operation höft/lår ej stor led, vuxna, komplicerad	361	22,9	34298	36367
Hjärtinfart utan kardiologisk komplikation	502	21,6	47424	37367
Lunginflammation vuxen, komplicerad	516	21,0	35335	36768
Bröstmärta utan angina pectoris	1153	20,9	45216	37979
Sent neonatalt problem eller eftervård	157	20,7	54108	41944

Hälso- och sjukvård ur olika perspektiv

Rapporten ”Hälso- och sjukvård ur olika perspektiv” (SKL 2009) ger en översiktlig bild av den landstingsfinansierade hälso- och sjukvården i Sverige. Beskrivningen bygger främst på de prestations- och kostnadsdata som finns i den nationella statistiken. I rapporten redovisas framför allt skillnader mellan landstingen. Rapporten innehåller dels en sammanfattande redovisning för respektive landsting, dels en fördjupad jämförelse mellan två landsting, Jönköping och Norrbotten, vilket gör den särskilt intressant. Valet av dessa två landsting förklaras med att de har bra kvalitet i det statistiska underlaget. Mer om denna jämförelse följer senare i texten.

Rapporten innehåller gruppvisa jämförelser mellan landstingen som omfattar ett antal faktorer som påverkar behovet av hälso- och sjukvård och därmed också sjukvårdskostnaderna. Exempel på sådana faktorer är invånarnas inkomst, utbildningsnivå och hälsotillstånd. Norrbotten hamnar i denna jämförelse i den grupp av landsting som utmärks av en åldrande befolkning, en stor andel korttidsutbildade samt en relativt sett lägre andel av befolkningen som anser sig ha en god hälsa. En följd av detta är en förväntat högre kostnad för hälso- och sjukvården. Andra landsting i samma situation är bland annat Västernorrland och Gävleborg.

Norrbottnen hör tillsammans med Västernorrland, Gävleborg, Jämtland och Värmland till de landsting som har en lägre produktivitet än rikssnittet mätt i traditionella mått som vårddagar och besök.

Rapporten visar att de norra delarna av landet har färre läkarbesök i förhållande till folkmängden än de södra delarna när det gäller specialiserad somatisk vård. ”Detta kan delvis bero på att längre avstånd i norr leder till en större andel inläggningar i slutenvården. En jämförande analys tyder på att det kan finnas ett sådant samband. För Norrbotten framgår att antalet läkarbesök per 1 000 invånare inom specialiserad somatisk vård ligger väsentligt under riksgenomsnittet medan antalet läkarbesök inom primärvården ligger i nivå med riket i övrigt.”

Av materialet framgår att Norrbottens högre kostnader inte kan förklaras med en högre konsumtion av specialiserad somatisk vård utan att den kostar mer. Detta skulle alltså kunna tyda på bristande effektivitet i det norrbottniska sjukvårdssystemet. Samtidigt konstateras i rapporten att det är förvånande att skillnaderna i fråga om den somatiska vården trots allt inte är större.

Påverkbara och opåverkbara kostnader

Kostnaden per DRG-poäng inom den specialiserade somatiska vården inklusive öppen vård är cirka 16 procent högre i Norrbotten än i Jönköping. Hög kostnad per DRG-poäng är i och för sig en indikation på låg produktivitet. ”Men de höga kostnaderna är till stor del beroende av faktorer som Norrbotten inte själv kan påverka, till exempel befolkningsstrukturen, vilket justeras för i kostnadsutjämningsystemet. Det betyder att opåverkbara faktorer som bidrar till hög kostnad också påverkar mätningar av produktiviteten. Det vill säga Norrbottens avvikelse från genomsnittet för kostnad per DRG-poäng kan mycket väl orsakas av faktorer som inte är möjliga att påverka.” Slutsatsen överensstämmer alltså med det som redovisas i ÖJ 2010.

Norbottens relativt låga kostnader för psykiatri förklaras av att den öppna specialiserade vården har en liten omfattning samtidigt som den slutna psykiatrin endast ligger obetydligt över genomsnittet.

Vad blir svaret på frågan om den norrbottniska sjukvårdens kostnader, prestationer och effektivitet och kvalitet jämfört med övriga Sverige? *Sammantaget* är utredningens bedömning att det borde finnas en effektiviseringspotential som är betydande även om hänsyn tas till strukturella förhållanden som landstinget inte kan påverka.

Två faktorer framstår som särskilt problematiska ur landstingets perspektiv, kostnadsnivån för vården i Malmfälten samt den omfattande jour- och beredskapsverksamheten. I båda fallen blir kostnaderna relativt sett höga på grund av det begränsade patientunderlaget, något som också påverkar produktiviteten negativt. Det borde vara fullt möjligt att öka prestationerna och därmed förbättra tillgängligheten inom ramen för befintliga resurser. Denna potential borde kunna tas till vara för att komma inte minst de mest sjuka äldre till godo.

Vad gäller kvalitativa aspekter blir slutsatsen att Norrbotten ligger väl eller mycket väl till för vissa indikatorer samtidigt som det finns ett klart behov av förbättringar inom andra. Det är däremot inte möjligt att med stöd av vare sig öppna jämförelser eller annat underlag göra någon meningsfull totalbedömning eller samlad kvalitetsrangordning av landstingen.

8 Vård på lika villkor?

I detta avsnitt diskuteras i vilken utsträckning hälso- och sjukvården i Norrbotten tillgodoser hälso- och sjukvårdslagens krav på ”lika villkor”. Att det råder stora skillnader i hälsa mellan olika grupper är väl känt och har också framgått av kapitel 3. I ”*Folkhälsopolitisk rapport 2009*” (Statens Folkhälsoinstitut) konstateras att personer med kort utbildning eller låg inkomst har kortare medellivslängd och uppger en sämre hälsa än den övriga befolkningen. Kvinnors självrapporterade hälsa är generellt sämre än mäns, medan män har kortare medellivslängd än kvinnor.

Personer med funktionsnedsättning, utländsk bakgrund eller hbt-identitet rapporterar också en sämre hälsa än den övriga befolkningen. Hos dem som har sämst hälsa bidrar många faktorer till ohälsan. Korttidsutbildade och personer födda utanför EU får en läkemedelsbehandling mot vissa större folkhälsosjukdomar som inte är anpassad till moderna riktlinjer i tillräckligt hög grad. Exempel på sådana sjukdomar är hjärtinfarkt, hjärtsvikt och stroke. Analyser av äldres läkemedelsanvändning visar vidare att kvinnor och korttidsutbildade får en mer riskfylld läkemedelsbehandling än män och individer med lång utbildning. Detta gäller både förskrivning av olika typer av olämpliga läkemedel och olika riskabla kombinationer av läkemedel.

En sammanställning av olika svenska studier visar att risken för dödlighet bland barn och unga är 30 procent högre i socioekonomiskt svaga grupper jämfört med socioekonomiskt starka grupper. Dessutom är risken för skador 40 procent högre och risken för depression och ångest 100 procent högre. Detta visar enligt Folkhälsoinstitutet att ”det övergripande målet för folkhälsan inte är uppnått och att det behövs ett fortsatt aktivt arbete för att skapa samhällliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen”.

Vården bidrar till att skillnader i ohälsa ökar

Institutet slår vidare fast att ”hälso- och sjukvården tycks bidra ytterligare till skillnaderna i hälsa mellan olika grupper i vissa avseenden. Tillgänglighet och andra strukturella och organisatoriska faktorer tycks spela in. Om man ska åstadkomma en hälsofrämjande hälso- och sjukvård som minskar de socioekonomiska skillnaderna i hälsa så måste man sannolikt fokusera mer på utåtriktad, uppsökande verksamhet – både med hälsofrämjande och förebyggande innehåll, men även för att få dem som skulle kunna ha nytta av behandlande vård att faktiskt söka vård.”

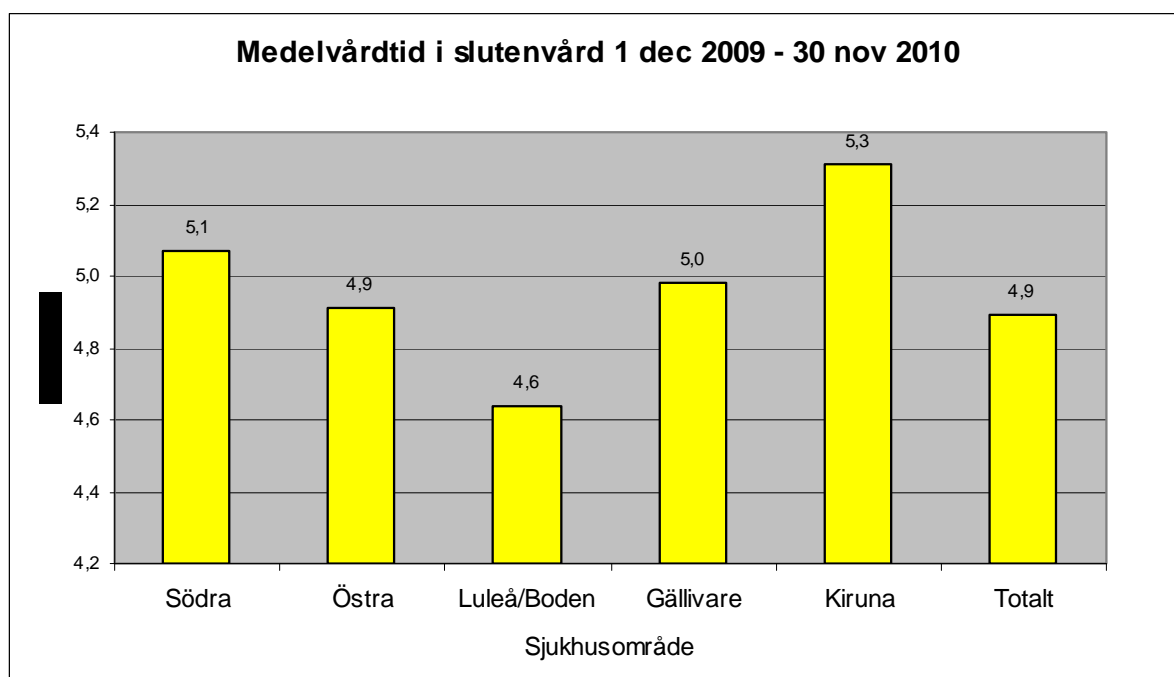
I SNS Välfärdsrapport 2010 konstaterar professor Ulf-G. Gerdtham (*”Hälsans fördelning i befolkningen”*) följande: ”Hälsoekonomer har under de senaste decennierna tillämpat metoder för att mäta och analysera snedfördelningen av hälsa i relation till inkomst. Resultaten har visat att både hälsan och sjukvården i bl.a. Sverige är fördelade till förmån för personer med högre inkomst relativt personer med lägre inkomst. Man har kunnat visa att snedfördelningen i hälsa kvarstår även efter kontroll för t.ex. kön och ålder. Liknande snedfördelning finns av vårdkonsumtion i relation till inkomst till förmån för höginkomsttagare som inte helt kan förklaras av ålder, kön och självskattad hälsostatus. Detta tyder på en orättvis fördelning av vården.”

Oacceptabla skillnader också i Norrbotten

Hur ser det då ut i Norrbotten? Ett svar på den frågan ges i underlaget till landstingsstyrelsens beslut i november 2009 om vård i livets slutskede. I materialet diskuteras resursfördelningen ur ett geografiskt perspektiv. ”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”.

Länschef Ulf Bergman har på utredningens uppdrag gjort en övergripande analys av vårdkonsumtionens fördelning i befolkningen under 12 månader (december 2009 till och med november 2010; bilaga 5). Studien avser slutet somatisk vård¹⁴ och visar bland annat följande:

Medelvårdtiden är ett grovt mått som i någon mån beror på inskrivningstekniska detaljer, men som ändå är intressant att jämföra utifrån ett vårdkonsumtionsperspektiv. Medelvårdtiden i länet varierar beroende på vilket del av länet man bor, vilket framgår av nedanstående diagram.



Korta vårdtider i Sunderbyn

Den längsta medelvårdtiden har boende i Kiruna sjukhus upptagningsområde och den näst längsta har boende i södra Norrbotten, det vill säga Piteå älvdals sjukhus upptagningsområde. Boende i Luleå/Bodenområdet har den kortaste medelvårdtiden. Skillnaderna kan delvis förklaras av att många utskrivningsklara patienter vårdas (med långa medelvårdtider) vid Kiruna och Piteå älvdals sjukhus eftersom vissa av kommunerna under det senaste året inte kunnat ta hem patienterna i den omfattning som behövts. Den ansträngda platssituationen vid Sunderby sjukhus under året kan antas ha bidragit till att hålla nere vårdtiderna.

¹⁴ Barnmedicin, barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri ingår inte i studien.

Skillnaden är inte försumbar. Om exempelvis boende i Luleå/Boden skulle ha lika lång medelvårdtid som länets genomsnitt skulle det innebära ca 3600 ytterligare vårdagar per år vilket i sin tur motsvarar exempelvis 11 vårdplatser med 90 procents beläggingsgrad.

Boende inom Sunderby sjukhus primära upptagningsområde har en lägre vårdkonsumtion än länet i övrigt. Anledningarna härtill kan vara flera. Sannolikt har sjukhuset en lägre tillgång på vårdplatser vilket medför en ökad omsättning och därmed kortare medelvårdtider jämfört med länet i övrigt. En bidragande orsak är också att upptagningsområdet, i likhet med Kiruna sjukhus, saknar observationsplatser i primärvård. Dessa driver sannolikt upp vårdkonsumtionen eftersom de, utifrån vad tidigare mätningar påvisat, ofta inrymmer vård där ansvaret egentligen borde åvila primärkommunerna. Det kan även finnas andra orsaker såsom skillnader i konsumtionsmönster vad gäller öppen vård och slutna vård beroende på tillgång till specialiserad öppenvård och avståndet till specialistsjukvården.

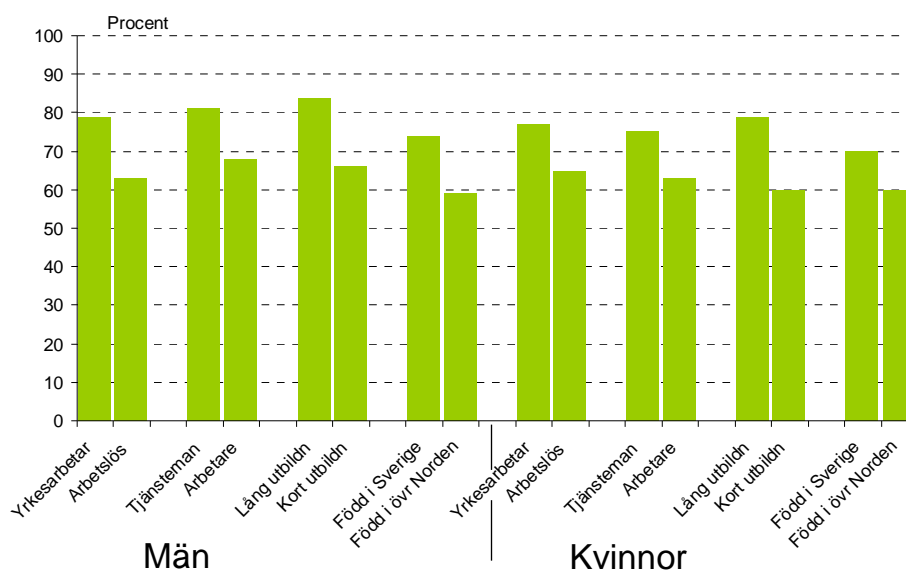
Sammantaget tyder studien på att det fortfarande finns geografiska skillnader i tillgången på vård som inte kan anses obetydliga.

Landstingets enkätundersökning ”Hälsa på lika villkor?” (2010) ger en aktuell bild av skillnaderna i ohälsa i Norrbotten (12 000 tillfrågade med en svarsfrekvens på drygt 50 procent). Resultatredovisningen bygger på en indelning i fyra geografiska områden: Nord (kommunerna Kiruna, Gällivare, Jokkmokk och Pajala), Öst (Kalix, Haparanda, Övertorneå och Övertorneå och Övertorneå), Mitt (Luleå och Boden) samt Syd (Piteå, Älvsbyn, Arvidsjaur och Arjeplog).

Sämre folkhälsa i östra Norrbotten

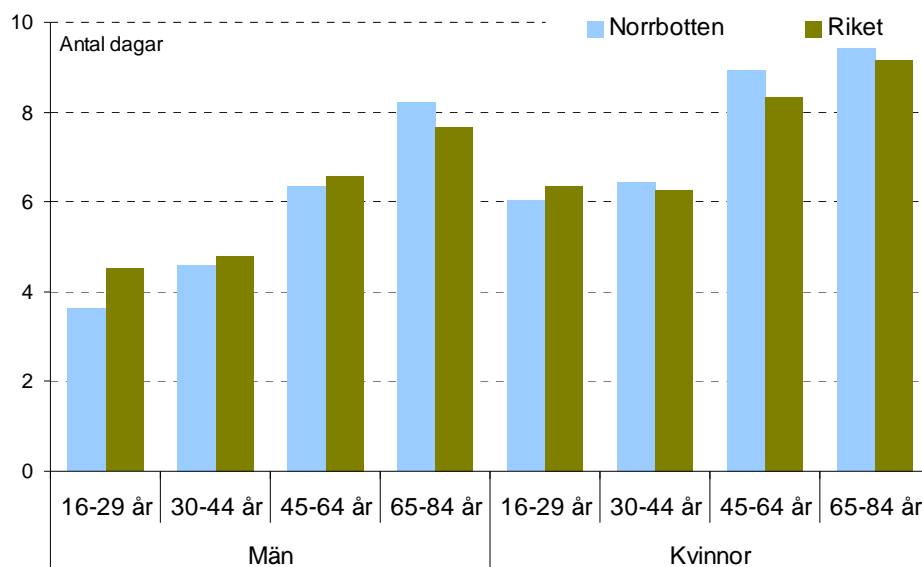
Sammantaget framgår att östra norrbotten avviker med en sämre hälsa i åldersgruppen 45 år och äldre. Vidare framgår att yrkesarbetare har bättre hälsa jämfört med arbetslösa. Samma mönster gäller för födda i Sverige respektive övriga Norden (huvudsakligen Finland) samt de med lång respektive kort utbildning. Däremot är skillnaden mellan män och kvinnor betydligt mindre uttalad i det här avseendet. Resultatet illustreras i diagrammet.

Andel som tycker sig ha ett bra hälsotillstånd i olika grupper av befolkningen i Norrbotten, 2010. Urval 20 – 64 år



Exempel på könsskillnader blir däremot tydliga i svaret på frågan om kroppslig ohälsa under en 30-dagarsperiod, där kvinnor i alla åldersgrupper har sämre värden än män (nedanstående diagram).

Medeltal dagar med kroppslig ohälsa under en 30-dagars period, Norrbotten och riket våren 2010



Det finns ingenting som tyder på att förhållandena i Norrbotten på något markant sätt avviker från den problembild som tecknas i ”Folkhälsopolitisk rapport 2010”. Fler norrbottningar i jämförelse med riket uppger dock att de har kroppslig (fysisk) ohälsa. I fråga om psykisk ohälsa gäller det motsatta; i länet finns färre med dåligt välbefinnande eller som är stressade och dessutom litat vi i högre grad på andra människor.

I kapitel 11 redovisas uppgift om barn och ungdomars hälsa i Norrbotten baserat på undersökningen ”Hälsosamtal på webben”.

Ett utslag av ambitionen att fördela resurserna efter behov är den särskilda ersättning inom Vårdval Norrbotten som baseras på CNI (Care Need Index). CNI är en metod som används för att ta hänsyn till socioekonomiska förhållanden vid resurstilldelning inom primärvården. CNI beräknas varje månad av SCB genom en viktning av följande faktorer.

- Andelen ensamboende äldre (>64 år)
- Andelen arbetslösa (18-64 år)
- Andelen födda utomlands (utanför västvärlden)
- Andelen ensamstående föräldrar (barn 0-15 år)
- Andelen arbetskraft med kort utbildning
- Andelen barn under 5 år
- Andelen flyttningar senaste året

Drygt 30 miljoner kronor fördelas till vårdcentralerna i enlighet med CNI-index för respektive enhet.

Män och kvinnor behandlas olika

Alla patienter har rätt till en likvärdig vård. Under senare år har insikten att kvinnor och män i viss utsträckning behandlas olika inom vården uppmärksammats allt mer. Ibland är detta motiverat av biologiska skäl men samtidigt finns det olikheter som inte är medicinskt motiverade. Inom ramen för projektet ”NLL Jämt” genomförs för närvarande en rad insatser för att identifiera omotiverade könsrelaterade utrednings- och behandlingsprinciper. Ett exempel på denna ambition är arbetet med att ta fram standardiserade aktivitetsplaner (SAP). Planerna identifierar en basnivå för vårdpersonalens åtgärder, och är till för att patienter med samma medicinska diagnos som genomgår likartad behandling/undersökning eller har likartade problem/risker ska ges vård på lika villkor.

SAP-arbetet bidrar till att tydliggöra om det finns icke-medicinskt motiverade skillnader i vården av män respektive kvinnor. Följande exempel är hämtat från en journalgranskning av patienter vid Sunderby sjukhus som genomgått en okomplicerad blindtarmsoperation.

- Vid feber fick män intravenös behandling i 80 procent av fallen. Kvinnor fick däremot febernedsättande tabletter i 85 procent av fallen.
- Män fick intravenös smärtlindring i 42 procent av fallen medan motsvarande siffra för kvinnor var 14 procent.
- Fler kvinnor än män har problem med att kasta vatten efter operation, tvärt emot de föreställningar personalen hade före journalgranskningen.
- Fler kvinnor än män var illamående efter operationen, vilket överensstämmer med kunskapsläget (evidensen) och därför var förväntat.

Andra exempel på skillnader är att kvinnor i länet år 2009 hade fler vårdtillfällen än män per 1 000 invånare; 182,6 jämfört med 156,7. Omvänt gällde att männens medelvårdtid var längre; 6,5 dagar mot kvinnornas 5,7. För att ta reda på i vilken utsträckning dessa avvikelser är motiverade respektive omotiverade skulle det krävas en fördjupad genusanalys.

Sammanfattningsvis kan konstateras att hälso- och sjukvården i Norrbotten inte på ett acceptabelt sätt lever upp till kraven på en jämlik och jämställd vård. En rad initiativ har dock tagits för att utveckla vården på ett sätt som bättre tillgodoser kravet på lika villkor. Att minska skillnaderna i ohälsa mellan olika socioekonomiska grupper är en särskild utmaning där inte minst en mer hälsoorienterad och förebyggande inriktad närsjukvård kan spela en viktig roll. Internationella jämförelser talar för att ett större tyngd för primärvården i det norrbottniska sjukvårdssystemet skulle ge bättre förutsättningar för att tillgodose kravet på en mer jämlik vård.

9. Vården av sjuka äldre

Antalet personer med många samtidiga sjukdomar (multisjuklighet) blir allt fler, vilket är en naturlig följd av den demografiska utvecklingen. Dagens äldre är visserligen friskare än tidigare generationer, något som dock inte gäller för de allra äldsta. Sjukligheten har helt enkelt förskjutits till högre åldrar. Runt år 2020 sker en snabb ökning av antalet personer över 80 år i Sverige. Allra störst beräknas tillväxten bli under perioden 2025-2035 då antalet 85+ beräknas öka med i genomsnitt 15 200 personer per år. Detta kan jämföras med perioden 1980-2005 då motsvarande siffra var 5 100 personer per år.

Hur utvecklingen kan bli i Norrbotten har analyserats av konsultföretaget WSP och presenterats i rapporten ”*Norra Sverige 2030 – två framtidsbilder*”. Två alternativ presenteras, ett så kallat basscenario och ett alternativscenariot. I basscenarioet fortsätter befolkningen att minska från knappt 250 000 år 2008 till knappt 235 000 år 2030. I alternativscenariot stabiliseras utvecklingen och antalet invånare år 2030 uppgår till drygt 252 000. Som redovisats i kapitel 5 kommer antalet invånare som är äldre än 80 år att öka med 26 procent till 2020 och 66 procent till 2030 i basscenarioet jämfört med 1998. Motsvarande siffra för alternativscenariot är 30 respektive 75 procent.

Det säger sig självt att vården av sjuka äldre är av stor betydelse för utformningen av inte bara framtidens närsjukvård utan också för övriga delar av hälso- och sjukvården. Förhållandet att de som är 75 år och äldre utgör 9 procent av befolkningen men svarar för 45 procent av vård dagarna i den slutna somatiska vården talar sitt tydliga språk.

Sjukhusinläggning på grund av hjärt- och kärlsjukdomar är vanligt

Hjärt- och kärlsjukdomar är den vanligaste orsaken till att de som är 65 år eller äldre måste läggas in akut på sjukhus. För de allra äldsta – över 80 år – är skador den näst vanligaste orsaken. Höftfrakturer svarar i denna åldersgrupp för en stor del av skadorna och är vanligare bland kvinnor än bland män.

Olika typer av fall är den vanligaste olycksorsaken i Sverige och äldre personer är särskilt drabbade. År 2007 vårdades cirka 43 000 personer över 65 år i slutna vård för en fallolycka. Trots att 65-åringar och äldre endast utgör 17 procent av befolkningen, så drabbar nästan två tredjedelar av alla fallolyckor med dödlig utgång denna grupp. I Sverige dör i genomsnitt mer än tre äldre personer varje dag till följs av fallolyckor. Det finns stora vinster att hämta, såväl humanitära som ekonomiska, genom att aktivt förebygga fallskador bland äldre.

Stroke är en av de stora folksjukdomarna som medför stora kostnader för sjukvården. Över 80 procent av dem som drabbas av stroke är över 65 år. När det gäller demens fördubblas risken att drabbas av sjukdomen vart femte år efter 65 års ålder. Kvinnor vårdas betydligt oftare än män för demens.

Det är ingen tvekan om att hälso- och sjukvårdens utveckling under de senaste decennierna i mångt och mycket varit positiv för många äldre. Såväl tillgången till behandling som resultatet vid behandlingen av stora folksjukdomar som cancer, hjärtinfarkt, hjärtsvikt, stroke och ortopediska åkommor har blivit allt bättre.

Landvinningarna har självfallet inte bara kommit de allra äldsta till godo. Exempelvis har den specialiserade vården för barn och ungdomar förbättrats avsevärt och bland annat överlever många fler barn sin cancer jämfört med tidigare.

Äldre har under de senaste 20 åren fått tillgång till allt mer avancerade behandlingar. Men trots detta förhållande kvarstår betydande brister och problem som, om åtgärder inte vidtas, kommer att bli besvärande. Den medicinska utvecklingen har gjort vården allt mer specialiserad, vilket i stor utsträckning varit positivt för den som så att säga har en sjukdom i taget. Det omvända kan sägas gälla för de sjuka äldre som har många sjukdomar och symtom samtidigt. Bristande samverkan, återkommande sjukhusinläggningar och en splittrad vård där man alltför sällan ser till patientens samlade situation och behov är ett återkommande bekymmer.

Sjukhussängen inte bara av godo

För de mest sjuka äldre är sjukhussängen inte med nödvändighet alltid av godo. Vid ett av projektets öppna möten gav läkaren och utredaren Maj Rom, SKL, följande beskrivning av de risker som i särskilt hög grad kan vara förknippad med sjukhusvård av äldre patienter:

- Integritetsförlust
- Förhöjd trombosrisk (blodpropp) som följd av sängläget
- Risk för fall, trycksår och vårdrelaterade infektioner
- Förvirring
- Ännu fler läkemedel skrivs ut utan bedömning hur de fungerar tillsammans med andra redan förskrivna läkemedel
- Upptäckt av avvikelser som saknar relevans

Risken för att drabbas av icke avsedda bieffekter kan sägas stå i direkt relation till hur specialiserad sjukhusets verksamhet är. Samtidigt som den allt mer specialiserade organisationen varit gynnsam för många patienter har det blivit svårare att etablera en väl fungerande samverkan med primärvård och den kommunala äldreomsorgen. På större orter har det uppstått vad som kan beskrivas som ett dike mellan å ena sidan vårdcentraler och kommunen och å andra sidan sjukhusens specialister, som många av de mest sjuka äldre riskerar att falla i. Vid mindre sjukhus där internmedicinen är betydligt bredare till sin karaktär och kontaktytorna med andra aktörer oftast enklare och tätare, är risken för ”dikeskörningar” väsentligt mindre.

Bristerna i vården av sjuka äldre har uppmärksammats i ett stort antal utredningar och rapporter. Nedan redovisats några sådana som ger en illustrativ bild av detta problemområde.

Revisorerna inom Stockholms läns landsting har genomfört en granskning för att kartlägga vården av multisjuka äldre i eget boende. Rapporten *”Styckevis och delat”* (Projektrapport nr 19/2005) baseras på förhållandena i tre undersökningsområden.

Flera studier visar enligt revisionsrapporten ”att vårdkedjan inte fungerar för äldre med en sammansatt behovsbild. Av såväl samhällsekonomiska som kvalitetsmässiga skäl måste resurserna knytas samman och fokusera på de multisjukas samtliga behov. Vårdkedjan behöver förvandlas till något som kan liknas vid två kommunicerande kärl med primärvård och äldreomsorg i en sammanhållen verksamhet på hemmaplan, och akutvård och övrig slutenvård då den verkligen behövs.”

Situationen är mycket ofta oacceptabel för äldre multisjuka som bor i eget hem och förefaller också ha försämrats sedan tidigare studier. ”Kunskap om problemen finns. För att åstadkomma en god och kostnadseffektiv vård och omsorg, måste dock ansvariga på alla

nivåer samverka utifrån den äldres behov och utveckla verksamheter som stöder och kompletterar varandra.”

Problemet är inte att det görs för lite

Problemet är inte i första hand att det görs för lite! ”Många olika professioner och verksamheter jobbar för högt tryck – det syns i register, journaler och i dokumentation. Utan sammanhang och samarbete blir deras möda låg kvalitet för den äldre och anhöriga och kostsam ur samhällsekonomisk synvinkel. Det spelar ingen roll hur väl det kan fungera i en del av denna struktur. För den äldre med sammansatta behov och problem måste parterna hänga ihop och samarbeta”.

En rapport som analyserar samarbetet mellan landstinget Gävleborg och Gävle kommun ”*Äldreteam – vision och verklighet*” (april 2010) bidrar med följande verklighetsbeskrivning.

”Om en äldre multisjuk person med stark oro och känslor av otrygghet inte möts initialt så skapar otrygghetssituationen onödiga kontakter med vård och omsorg. Antalet akutbesök ökar. Oron driver fram nya sjukdomar eller skador. För att möta personen på ”rätt” nivå är det nödvändigt med en samlad bild av individens situation. En svårt sjuk person som inte har en fast läkarkontakt med personkännedom kommer gång på gång åter till vårdcentralen eller till akuten i sökande efter hjälp. Direktinläggning på sjukhuset efter ställningstagande av primärvårdens läkare vore det mest effektiva omhändertagandet för denna person.”

Vid ett av närsjukvårdsutredningens öppna möten redogjorde företrädare för Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Svensk geriatrisk förening och Svensk internmedicinsk förening för policyprogrammet ”*Bästa möjliga vård för de multisjuka äldre*” som man gemensamt tagit fram. Programmet innehåller bland annat följande beskrivning av vården ur dessa patienters perspektiv.

”En stor del av svensk sjukvård har under lång tid utvecklat ett sjukdomsorienterat arbetssätt. Det passar en vård där många patienter snabbt behöver hjälp vid enstaka besök, men passar inte multisjuka äldres behov.” Multisjuka äldre ”har ett extra stort behov av en individanpassad, trygg, bred, samordnad och kontinuerlig vård. En vård där helhetssyn och generalistperspektiv är extra viktiga och som minimerar behovet av återkommande oplanerade vårdtillfällen i slutenvården”.

Ett särskilt problem i vården av sjuka äldre är den utbredda läkemedelsanvändningen. Enligt socialstyrelsens ”*Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*” har läkemedelsanvändningen under de senaste 20 åren ökat med nästan 70 procent hos dem som är 80 år och äldre. Utvecklingen speglar i och för sig att det blivit möjligt att framgångsrikt behandla många av de sjukdomar som drabbar äldre. Medaljens baksida är risken för biverkningar samt att läkemedlen påverkar varandra på ett negativt sätt. Olika studier har visat att så mycket som 30 procent av sjuksinläggningarna av äldre patienter beror på läkemedelsbiverkningar. Enligt SBU-rapporten ”*Äldres läkemedelsanvändning*” (2009) använder 15 procent av dem som är 80 år eller äldre tio eller fler läkemedel.

Betydande totala kostnader

Kostnaderna för vården av äldre kan vara mycket höga men eftersom de uppstår inom olika delar av vården och hos två olika huvudmän är det lätt att de underskatta dem. Uppföljningen av samarbetet mellan Gävleborgs läns landsting och Gävle kommun ("Äldreteam – vision och verklighet") ger stöd för den slutsatsen. En detaljerad beräkning av de sammanlagda vårdkostnaderna under en 18-månadersperiod för 22 multisjuka äldre är tankeväckande. Totalt redovisas en kostnad för de 22 patienterna på drygt 6,8 miljoner kronor med följande fördelning

- Hemtjänst 2, 8 miljoner
- Sluten vård 2,7 miljoner
- Öppen specialistvård 0,9 miljoner
- Hälsocentral 0,4 miljoner

Variationerna var mycket stora; från drygt 43 000 kronor till nästan 1,2 miljoner kronor per patient. Uppgifterna tyder på att bristande samordning och samverkan sannolikt kan ge upphov till stora kostnader utan att vården för den skull nödvändigtvis är god och av hög kvalitet. Till detta kan läggas att anhöriga i många fall tar en mycket aktiv del i omhändertagandet av dessa patienter, en insats som dock inte syns i kostnadskalkylen.

Rapporten illustrerar också hur den enskilde patienten kan ha ett stort antal kontakter med olika professionella grupper och yrkesutövare från såväl kommun som landsting.

För att komma till rätta med bristerna i vården av sjuka äldre har det tagits en rad initiativ på såväl nationell nivå som inom landsting och kommuner. Ett aktuellt exempel på detta är den överenskommelse som träffats mellan Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Socialdepartementet om ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete riktat mot de mest sjuka äldre. Överenskommelsen innehåller bland annat en satsning på ökat engagemang från kommuner och landsting i de två nationella kvalitetsregistren Svenska Palliativregistret och Senior Alert.

Landstinget och kommuner i samverkan

Landstinget i Norrbotten, länets kommuner samt SKL har i mars 2010 träffat en treårig överenskommelse som omfattar följande prioriterade områden.

- Gemensamma program med utgångspunkt i gällande nationella riktlinjer ska utarbetas för behandling och omhändertagande av patienter med stroke, demens eller i behov av vård i livets slutskede. Vidare kommer berörda personalgrupper att erhålla stöd, information och utbildning.
- Landstinget och samtliga kommuner ska rapportera till de nationella kvalitetsregistren Svenska Palliativregistret och Senior Alert. Information från Senior Alert ska ligga till grund för förebyggande insatser.
- Ett utvecklingsarbete ska påbörjas för att förbättra vård och omsorgsplaneringen. Samordnade individuella planer (SIP) ska utarbetas och utvecklas i IT-verktyget Meddix Öppenvård. Äldre personer som är i behov av samordning ska få *en* egen individuell anpassad plan istället för flera planer från olika verksamheter som inte är synkroniserade med varandra eller, i värsta fall, ingen samordnad plan alls.
- All berörd personal samt förtroendevalda inom äldreområdet ska erbjudas grundläggande kunskaper i evidensbaserad praktik.

- Landstinget och kommunerna ska under 2011 gemensamt genomföra en kvalitativ analys av multisjuka personer i ordinärt boende enligt en modell som utvecklats av SKL. Analysen omfattar identifikation av de mest sjuka äldre, intervjuer med ett urval av dessa och deras närstående samt en granskning av vad som dokumenterats om dem under 18 månader inom slutna och öppna vård samt kommunens vård och omsorg.

Landstinget och kommunerna kommer dessutom att anställa gemensamma utvecklingsledare.

Ett annat exempel på insatser som särskilt kommer framför allt äldre till godo är vården i livets slutskede. Palliativa enheter för slutna vård har etablerats vid samtliga länets sjukhus samtidigt som det skett en utbyggnad av särskilda resursteam i den öppna vården.

Sedan 2005 har ett omfattande utvecklings- och förbättringsarbete bedrivits för att förbättra strokesjukvården. Alla sjukhus i länet har egen strokeenhet med trombolysbehandling. Ett vårdprogram för stroke har införts och för varje patient som skrivs ut upprättas en vård- och behandlingsplan med tydliga mål.

Stimulansmedel finansierar ambitiös äldresatsning

Ambitionen att förbättra vården av äldre präglar också projektet *Vital i Norr*. Satsningen finansieras av statliga stimulansmedel och är nu inne på sitt fjärde år. Förbättringsarbeten prioriteras och beslutas av en styrgrupp, samtliga projekt får kvalificerat metodstöd av ett projektkansli. Av projektets årsrapport framgår att drygt 35 förbättringsarbeten har startats sedan 2006, mer än dubbelt om man räknar alla team som deltagit i genombrottsprogram eller liknande.

Projekten har bland annat resulterat i förbättrad läkemedelsanvändning hos personer över 80 år, effektivare strokerehabilitering samt mer omfattande, systematiskt förebyggande arbete mot fall, undernäring och trycksår. Här är några av de projekt som erhållit stöd från Vital i norr:

- Stroke – utveckling av vården i enlighet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer
- Utarbetande av förslag till utveckling av den palliativa vården.
- GRETA-projektet vid Sunderby sjukhus, för att förbättra omhändertagandet av äldre vid akutmottagningen.
- Bättre omhändertagande av äldre vid akutmottagningen i Piteå.
- Kompetensutveckling inom akutgeriatriken.
- Utbildning i demenssjukdomar med personal från såväl landsting som kommun som målgrupp.
- Rätt insats vid kognitiv svikt; ett utvecklingsarbete i östra Norrbotten.
- Förebyggande hembesök hos äldre över 80 år utan tidigare kontakt med hemtjänst eller hemsjukvård.
- Riskbedömningar för att förebygga fall, undernäring och trycksår.
- Systematisk uppföljning och utvärdering av äldre patienters läkemedelsanvändning.

Av årsrapporten framgår också att det, de ambitiösa satsningarna till trots, krävs betydande ansträngningar för att åstadkomma förbättringar. ”En stor utmaning när man arbetar med att åstadkomma förändringar i hela systemet är just systemets komplexitet. I några av projekten är det svårigheter att få till stånd samarbete i praktiken med kliniskt verksamma i kommunerna, trots överenskommelser i högsta ledningen. Det kan också vara svårt att synkronisera med andra förbättringsarbeten inom NLL och trots gemensam vision är det inte lätt att skapa en gemensam ambition i förbättringsarbetet mellan divisionerna.”

Vidare konstateras att ”en kvarstående utmaning, trots vissa förbättringar, är att tydliggöra ”linjens” ansvar i förbättringsarbeten och att även aktiviteter och beslut på alla nivåer genomförs för att projektens resultat ska vidmakthållas.”

Den samlade bilden av vården av sjuka äldre med mer komplexa problem kan beskrivas så här: Mycket görs och mycket är bra men samtidigt krävs det ännu mycket mer. Inte minst viktigt är att utnyttja tiden från och med nu fram till år 2020 då antalet i åldersgruppen 80+ börjar öka kraftigt. Annars är risken stor att det blir stora svårigheter för såväl landsting som kommuner att klara ett tillfredsställande omhändertagande av dessa patienter.

Tänkbara utvecklingsområden

Här är några exempel på tänkbara utvecklingsområden.

- Fortsatt arbete med att använda information från Senior Alert för att systematiskt identifiera ”riskpatienter” och vidta förebyggande åtgärder.
- Följa erfarenheterna av så kallade virtuella vårdavdelningar och överväga försöksverksamhet för att testa metodens förmåga att förebygga att patientens sjukdomstillstånd försämras så att sjukhusvård blir nödvändig (se bilaga 5).
- Ett ökat nyttjande av distansöverbyggande teknik kan göra att inte minst många äldre slipper långa och ansträngande resor till mer specialiserade sjukhus (till exempel Gällivare, Sunderbyn eller Norrlands Universitetssjukhus i Umeå).
- Höja kvaliteten i det akuta omhändertagandet, bland annat genom möjlighet för specialister i allmänmedicin att skriva in äldre patienter i sluten vård utan att dessa ska behöva vänta på akuten. Systemet med AT-läkare som i praktiken fungerar som ”första linjen” på sjukhusens akutmottagningar är en riskfaktor för framför allt de mest sjuka äldre och kan inte anses förenligt med basala krav på god vård.
- Systemet med fast vårdkontakt skapar från och med 1 juli 2010 nya möjligheter för att samordna vården bättre. Den fasta vårdkontakten innebär att patienten får en tydligt utpekad person som ska bistå patienten i kontakterna med vården och hjälpa till att samordna vårdinsatserna. Ingenting hindrar att kommun och landsting utser en gemensam fast vårdkontakt. Verksamhetscheferna har att fastställa rutiner för systemet med fast vårdkontakt.
- Fortsatt stöd till anhöriga, som redan idag står för en stor del av omsorgsarbetet för äldre. Engagerade och välinformerade anhöriga kan vara en viktig trygghetsfaktor för patienten men förutsätter samtidigt ett aktivt stöd från kommun och landsting.
- Jämfört med många andra länder har frivilligorganisationer en undanskymd roll inom den svenska vården. Att vi får allt fler äldre i samhället med god hälsa kan tala för att intresset för frivilliginsatser ökar. Landsting och fackliga organisationer har den gemensamma uppfattningen att frivilliga inte ska svara för sådana uppgifter som ingår i vårdpersonalens ordinarie arbete. I ett mer långsiktigt perspektiv kan det inte uteslutas att det ibland uppstår så allvarliga personalbristsituationer att det kan bli svårt att upprätthålla denna gräns.
- Inom ramen för översynen av landstingets rehabiliteringsorganisation har redovisats följande förslag som, om de genomförs, skulle ge en tydligare struktur och högre kvalitet i vården av de mest sjuka äldre:
 - Ett geriatriskt centrum inrättas vid Sunderby sjukhus som svarar för FoU och kunskapsspridning. Centret ska även svara för vården av de svårast sjuka patienterna (länspecialitet).

- En översyn bör ske av vårdplatsstrukturen vid Sunderby sjukhus som innebär en omfördelning av vårdplatser för att bättre kunna tillgodose behoven hos de mest sjuka äldre .
- Inom varje sjukhusområde ska resurser finnas för vård och rehabilitering i slutet och öppen vård inom akutgeriatrik, geriatrisk rehabilitering, strokevård och palliativ vård.
- Utvecklingen till förmån för rehabilitering i öppen vård ska fortsätta.

10. Att förebygga sjukdom och ohälsa

Folkhälsoinstitutet konstaterar i ”*Folkhälsopolitisk rapport 2010*” att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser kan innebära stora samhälleliga och individuella vinster. Hälso- och sjukvården behöver utveckla sitt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete ytterligare, och införliva den hälsofrämjande dimensionen på ett tydligare sätt. Institutet efterlyser ersättningssystem som ”premierar hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser, samt åtgärder för att minska skillnaderna i hälsa mellan olika grupper.”

Inom delar av vården har förebyggande insatser länge varit väl etablerade. Inte minst verksamheten inom mödra- och barnhälsovården (MVC, BVC med mera) har väckt internationell uppmärksamhet och beundran. När sjukvårdslagen för snart 30 år sedan blev en *hälso-* och sjukvårdslag var detta ett uttryck för samhällets strävan att förebyggande insatser skulle få en mer framträdande roll också inom andra delar av vården.

Idag diskuteras behovet av mer hälsofrämjande insatser lika intensivt som för tre decennier sedan, vilket visar att hälsobetoningen inte fick det starka genomslag som riksdagen förväntade sig. En bidragande faktor har sannolikt varit avsaknaden av kunskap – evidens - om vilka åtgärder som faktiskt fungerar. En vanlig invändning från vårdens sida har varit argument som ”varför ska jag avsätta tid för förebyggande insatser som jag inte vet om de har någon effekt när väntrummet är fullt med patienter som är sjuka och som behöver vård här och nu?”

Nationella riktlinjer på gång

Mot den bakgrunden är det synnerligen välkommet att Socialstyrelsen under hösten 2010 har presenterat en preliminär version av ”*Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder*”. Riktlinjerna innehåller totalt 132 rekommendationer som tar sikte på evidensbaserade metoder inom hälso- och sjukvården för att förebygga sjukdom genom att påverka levnadsvanor. De levnadsvanor som omfattas av riktlinjerna är:

- tobaksbruk
- riskbruk av alkohol
- otillräcklig fysisk aktivitet
- ohälsosamma levnadsvanor

Enligt Socialstyrelsens bedömningar har varannan kvinna och två av tre män minst en ohälsosam levnadsvana. Här är några exempel på hur vanliga ohälsosamma levnadsvanor är i befolkningen.

- 13 procent röker dagligen
- 14 procent har ett riskbruk av alkohol
- 20 procent har ohälsosamma matvanor
- 35 procent är otillräckligt fysiskt aktiva

Ohälsosamma levnadsvanor medför ökad risk för bland annat högt blodtryck, övervikt/fetma, diabetes, hjärt-/kärlsjukdom, cancer, leverskador, olycksfall, psykisk ohälsa och alkoholberoende. Enligt Socialstyrelsens bedömningar skulle minst två tredjedelar av alla hjärtinfarkter kunna förebyggas genom hälsosammare levnadsvanor. På motsvarande sätt skulle vart tredje fall av de tolv vanligaste cancersjukdomarna kunna förebyggas. Totalt uppskattas att levnadsvanorna kan tillskrivas cirka en femtedel av den samlade sjukdomsburden.

Olika former av rådgivning

Riktlinjernas rekommendationer omfattar tre nivåer av rådgivning; *kort rådgivning*, *rådgivning* och *kvalificerad rådgivning*. Med kort rådgivning avses korta, standardiserade råd eller rekommendationer om maximalt 10 minuter. Rådgivning är mer patientcentrerad än kort rådgivning, och innebär ett 10-30 minuters samtal i dialog med individen där råden ska vara anpassade efter ålder, hälsa och risknivåer. Kvalificerad rådgivning är i allmänhet tidsmässigt mer omfattande och förutsätter att personalen som utför åtgärden är utbildad i metoden. Kvalificerad rådgivning kan ske individuellt eller i grupp. Generellt visar riktlinjerna bättre effekt med högre nivå på rådgivningen.

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna som helhet kommer att medföra en kostnadsökning för hälso- och sjukvården i form av tid som personalen behöver avsätta samt insatser som kompetenshöjning och fortbildning. Kostnadsökningen blir störst för mat och rökning, mindre för alkohol och fysisk aktivitet. På längre sikt bedömer Socialstyrelsen att åtgärderna kommer att leda till kostnadsminskningar tack vare minskad sjuklighet. Storleken på minskningarna är dock osäker, men över en längre period täcker troligen besparingarna i vårdkostnader de ökade kostnaderna för de olika typerna av rådgivning. Samtidigt konstateras att de långsiktiga besparingarna ”har ingen praktisk betydelse för de närmaste årens finansiering och organisation av vården. Dessa förväntade kostnadsminskningars storleksordning är osäkra.”

Så här ligger Norrbotten till

Landstinget i Norrbotten har gjort en analys av i vilken utsträckning de föreslagna riktlinjerna redan är uppfyllda - med följande slutsatser.

- *Tobak*; utbildade tobaksavvänjare finns på alla vårdcentraler, men saknas inom specialistsjukvården. Tillgången till tobaksavvänjare är begränsad och tobaksavvänjarna har lite tid avsatt. Mer resurser och mer avsatt tid krävs för att uppfylla rekommendationerna.
- *Alkohol*; inom primärvården har kompetensen om alkohol höjts via riskbruksprojektet. Rådgivning om alkohol ges av olika professioner och inom mödra- och barnhälsovården, men varierar i länet. Det är oklart i vilken omfattning rådgivning om alkohol ges i specialistsjukvården. Mer utbildning behövs för att upprätthålla kompetensen.
- *Fysisk aktivitet*: rådgivning med tillägg och särskild uppföljning vid otillräcklig fysisk aktivitet ges i mindre omfattning. År 2009 förskrevs totalt 501 FaR-recept¹⁵. FaR-samordnare finns på 28 av 32 vårdcentraler och inom specialistsjukvården via sjukgymnastiklinikerna. Hur FaR-samordnarna nyttjas på enheterna varierar och lokala rutiner för arbete med FaR saknas på många enheter. Fortsatta utbildningsinsatser krävs samt upprättande av lokala rutiner.
- *Ohälsosamma matvanor*; kvalificerad rådgivning av dietist erbjuds patienter med manifest sjukdom eller vissa riskgrupper, till exempel gravida med graviditetsdiabetes. Omfattningen är otillräcklig eftersom dietistresurserna i landstinget är begränsade. För att uppfylla rekommendationerna krävs tillskott av dietister och utbildningsinsatser för andra vårdgivare.

Socialstyrelsens riktlinjer omfattar vuxna personer som är 18 år och äldre. Det innebär att de inte ger någon vägledning för ett annat uppmärksammat problem; hur ska övervikt och fetma hos barn och ungdomar kunna förebyggas och motverkas? Andelen överviktiga barn har

¹⁵ FaR = Fysisk aktivitet på recept

fördubblats under 2000-talet och det har blivit fyra till fem gånger vanligare med feta barn under de två senaste decennierna. Ökningstakten var enligt folkhälsorapporten 2009 snabbast under första halvan av 1990-talet. 13 procent av alla kvinnor 16-24 år har antingen övervikt eller fetma liksom 20 procent av männen. Samtidigt har undervikt blivit vanligare bland unga kvinnor, något som kan ha samband med ökningen av den psykiska ohälsan (se kapitel 11).

Arbete på flera fronter

Landstinget arbetar på flera fronter för en bättre folkhälsa i Norrbotten. I divisionerna pågår ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete som en integrerad del av ordinarie verksamhet. Landstinget samverkar också med andra aktörer för att främja folkhälsan i länet. Samverkan sker till exempel med länsstyrelsen i frågor om alkohol och droger och med de lokala folkhälsoråden i kommunerna i olika konkreta aktiviteter.

Kommuner och landsting är motorer i det breda lokala och regionala arbetet och viktiga aktörer för att intentionerna i målen i den nationella folkhälsopolitiken ska kunna uppnås. Landstinget och Kommunförbundet Norrbotten har arbetat fram en gemensam strategi för det folkhälsopolitiska arbetet i Norrbotten som samtliga länets kommuner ställt sig bakom. Strategin ska fungera som inspirationskälla i det konkreta folkhälsoarbetet men också bidra till att hälsoaspekterna vägs in i beslut på alla nivåer.

Två prioriterade områden i genomförandet är tobak och övervikt/fetma. Tillsammans med landstinget i Västerbotten bedriver landstinget projektet *Tobaksfri Duo*, som genom kontraktsskrivning mellan vuxna och ungdomar ska stimulera till tobaksfrihet. Projektet kommer att avslutas under 2011 och därefter övergå i ordinarie verksamhet.

Pilotprojektet Livsviktigt

Landstinget har, tillsammans med landstingen i Kalmar och Jönköping, påbörjat ett samarbete för att förbättra hälsan hos befolkningen. Målen är friskare invånare, nöjdare patienter och lägre kostnader. Arbetet utgår från varje invånares eget ansvar att tillsammans med sina närstående ta ansvar för sin livssituation och sin hälsa. Hälso- och sjukvården ska stödja med förebyggande insatser och rätt vård och rätt stöd i rätt tid utifrån individens behov.

De tre landstingen har valt olika inriktning för sina satsningar utifrån det egna länets behovsbild. Jönköping har valt att fokusera på hjärtsvikt, Kalmar på diabetes och Norrbotten på förebyggande av övervikt och fetma. Norrbottens satsning *Livsviktigt* pågår i pilotkommunerna Piteå och Gällivare under perioden 2010–2012. I *Livsviktigt* samarbetar landstinget med kommunernas folkhälsoråd och andra lokala aktörer. Vidare provar landstinget en ny funktion vid vårdcentralerna i pilotkommunerna. En hälsokoordinator med fördjupade kunskaper i hälsofrämjande arbetssätt utför hälsosamtal, och utgör stöd för övrig personal inom området levnadsvanor.

Landstinget har tillsammans med andra aktörer, bland annat kommunerna, tagit en rad initiativ för öka vårdens hälsoorientering. Socialstyrelsens nationella riktlinjer kommer i sin slutgiltiga utformning ge stöd för vilka kunskapsbaserade metoder som bör tillämpas. Landstinget måste ta ställning till ambitionsnivån för det förebyggande området och hur detta ska finansieras. Särskilda medel måste avsättas för fortbildning och kompetenshöjning.

En översyn bör göras av landstingets ersättningssystem mot bakgrund av Folkhälsoinstitutets förslag att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser i hela hälso- och sjukvården bör premieras. Denna möjlighet bör prövas dels vad avser regelverket för Vårdval Norrbotten, dels också vad avser den mer specialiserade vården.

Erfarenheterna från projektet Livsviktigt bör fungera som en inspirationskälla för länet i övrigt.

Division Primärvård har föreslagit att ett särskilt kunskapscentrum inrättas i länet. Landstinget bör ta initiativ till överläggningar med länets kommuner om att inrätta en gemensamt finansierad ”motor” för folkhälsoarbetet innefattande bland annat spridning av evidensbaserade metoder.

11. Psykisk ohälsa

Även om folkhälsan generellt sett utvecklats positivt i Sverige finns det oroande undantag. Ett sådant är förhållandet att allt fler ungdomar har ett nedsatt psykiskt välbefinnande.

Utvecklingen kan avläsas dels genom självrapporterade besvär, dels i statistiken över antalet ungdomar som behandlats inom den psykiatriska slutenvården. I åldern 16-19 år är det stor skillnad mellan kvinnor och män till de unga kvinnornas nackdel. Bland de ungdomar som studerar uppger 28 procent av kvinnorna att de har besvär med oro, ångslan och ångest medan bara 8 procent av männen uppger samma sak ("Folkhälsorapport 2009").

I rapporten "Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn" (SBU¹⁶; 2010) konstateras att de flesta svenska skolbarn i enkäter uppger att de känner sig fysiskt och psykiskt friska. "Men, andelen skolbarn som uttrycker att de har symptom på psykisk ohälsa, som nedstämdhet, huvudvärk och sömnsvårigheter har ökat kontinuerligt sedan 1980-talet."

Allvarlig psykisk ohälsa förekommer enligt SBU oftare hos barn som lever under sämre psykosociala förhållanden än hos barn som lever under bättre omständigheter. Enstaka, självrapporterade psykiska symtom hos barn och ungdomar i åldrarna 10–18 år förekommer däremot i ungefär samma utsträckning oberoende av social miljö.

Mot bakgrund av den negativa utvecklingen har det blivit allt vanligare med strukturerade insatser för att komma till rätta med problemen såväl inom kommunal verksamhet som inom hälso- och sjukvården. Tyvärr är resultatet av SBU:s granskning av det vetenskapliga underlaget för den här typen av åtgärder tämligen nedslående.

Få program med vetenskapligt stöd

SBU:s granskning visar att "få program har vetenskapligt stöd som preventiv insats. Även om många program minskar problemen på kort sikt så är det osäkert hur länge effekten varar. I vissa fall är det klarlagt att effekten faktiskt avklingar men när det gäller andra program är långtidseffekterna inte studerade. Ett fåtal långtidsuppföljningar tyder dock på att framgångsrika preventiva insatser kan minska psykisk ohälsa i många år."

På grund av det bristande kunskapsläget "finns det stor risk att barn och deras familjer utsätts för ineffektiva program". Avslutningsvis konstateras att "betydande nationella resurser läggs idag på program vars effekter vi vet mycket litet om. Det vore rimligt att en del av dessa resurser öronmärktes till nationellt samordnade randomiserade studier."

I ett pressmeddelande från cheferna för Socialstyrelsen, SBU och Statens Folkhälsoinstitut (juni 2010) meddelas att de tre myndigheterna har "enats om att det behövs större tydlighet om i vilken utsträckning metoderna är avsedda för riktad eller generell prevention." Folkhälsoinstitutet kommer att informera på sin webbplats om vilka metoder som har evidens för förebyggande effekt i minst sex månader.

Det bristande vetenskapliga underlaget får inte tas till intäkt för att inget ska göras! Däremot är det angeläget att i samarbete med kommuner och andra landsting medverka i fristående vetenskapliga studier av olika insatsers resultat. Vidare är det viktigt att noga följa den information som lämnas av Folkhälsoinstitutet. En skeptisk inställning bör intas till metoder eller program som utlovar goda resultat utan att ha varit föremål för myndighetsgranskning.

¹⁶ SBU = Statens beredning för medicinsk utvärdering

Vem tar hand om barn med psykisk ohälsa?

I december 2010 presenterade Socialstyrelsen en slutrapport av en nationell granskning av hälso- och sjukvårdens insatser för barn och ungdomars psykiska ohälsa ("*Barn och ungdomar med psykisk ohälsa – Vem tar hand om dem?*").

Sammantaget konstaterar styrelsen att det finns allvarliga brister och att det krävs kraftfulla åtgärder för att stärka patientsäkerheten. Granskningen visar bland annat att:

- det är oklart vilka uppgifter som ska utföras i den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri och vilka patienter som ska vårdas där,
- det råder brist på läkarmedverkan i specialistvården,
- det brister i samverkan med angränsande verksamheter,
- uppdrag från vårdgivarna till verksamheterna saknas eller är otydliga,
- BVC tar ett primärt ansvar för barnens samlade hälsa upp till 6 års ålder,
- det är oklart vem som ska ansvara för insatser mot psykisk ohälsa hos unga och barn över 6 år,
- många vårdcentraler inte anser sig ha något ansvar för barn och ungdomar mellan 6 och 18 år med psykisk ohälsa samt
- majoriteten av de inspekterade verksamheterna inte har någon organiserad, övergripande samverkan.

Granskningen visar att "det på många håll inte finns någon icke specialiserad vård för psykisk ohälsa hos ungdomar och barn över 6 år, eller att den är mycket oklar. Detta beror på att *merparten av vårdgivarna inte har formulerat några uppdrag till verksamheterna, eller att uppdragen är otydliga*, när det gäller det primära omhändertagandet av barn och ungdomar med psykisk ohälsa. Skolhälsovården har främst ett förebyggande ansvar, och har i många fall inte heller fått något uppdrag att arbeta med psykisk ohälsa. De otydliga uppdragen innebär risker som ökar med den *konstaterade bristen på samverkan* mellan olika vårdnivåer, verksamheter och vårdgivare."

Samverkan inom ramen för Norrbus

Barn- och ungdomars hälsa – såväl fysiskt som psykiskt – är ett prioriterat verksamhetsområde inom landstinget. Ett exempel på detta är den överenskommelse som 2008 träffades mellan landstinget och Kommunförbundet Norrbotten i form av gemensamma riktlinjer för att samordna olika aktörers insatser kring barn och unga och deras familjer (*Norrbus*). Här kan också nämnas att östra Norrbotten är ett modellområde för samarbete mellan barn- och ungdomssjukvården, primärvården och kommunerna när det gäller psykisk ohälsa hos barn och unga.

Sedan 2005 genomförs undersökningen *Hälsosamtal på webben*, ursprungligen på initiativ av skolsköterskor i Luleå kommun. En enkät med hälso- och livsstilsfrågor kopplas till skolsköterskornas hälsosamtal med elever i förskoleklass, årskurs 4, 7 och gymnasiet första år. Skolsköterskorna registrerar de avidentifierade svaren i en databas som förvaltas av landstinget. Antalet deltagande kommuner har successivt ökat och i rapporten för läsåret 2009/2010 redovisas uppgift från 13 av länets 14 kommuner ("*Skolbarns hälsa och levnadsvanor i Norrbotten*": december 2010).

De allra flesta av barnen i Norrbotten, oavsett ålder, mår för det mesta bra, sover bra och har någon vuxen att prata med om det som är viktigt. Det könsmönster som har konstaterats nationellt för psykiska besvär och värk bland ungdomar, finns också i Norrbotten. Det är

särskilt bland flickorna som allt färre mår bra med ökande ålder. Bland flickor i gymnasiet svarar 13 procent att de under de senaste tre månaderna ”ofta eller alltid” känt sig ledsna eller nedstämda, vilket är tre gånger så mycket som bland pojkarna i samma ålder.

Kost- och motionsvanor behöver förändras

Undersökningen ger även information om hälsosituation och levnadsvillkor i övrigt. Fortfarande är ungefär var tredje pojke och var femte flicka i gymnasiet första år överviktig eller fet. Över de år undersökningen gjorts finns ingen tendens till att andelen skulle minska. Snarare tycks andelen överviktiga eller feta barn fortfarande öka i länet, oavsett kön. Rapporten konstaterar att ”utvecklingen är oroande med tanke på den ökade risk för allvarliga sjukdomar som fetma leder till, exv diabetes och hjärt- kärlsjukdom. Utvecklingen pekar på ett behov av att ändra kost- och motionsvanor.”

Undersökningen visar vidare att de flesta är fysiskt aktiva minst tre gånger i veckan på fritiden, men andelen inaktiva ökar med ökande ålder. ”I årskurs sju är det 14 procent av flickorna och 18 procent av pojkarna som är fysiskt inaktiva på sin fritid, och i gymnasiet 22 procent av flickorna och 25 procent av pojkarna. En oroande utveckling ses över tid, med stadigt ökande andel som är så pass inaktiva att frekvensen understiger en gång i veckan på fritiden.”

Framtidens närsjukvård har en central roll i hälso- och sjukvårdens arbete med att förebygga psykisk ohälsa i hela befolkningen, oavsett ålder. Den uttalat negativa utvecklingen avseende ungdomar i allmänhet och unga kvinnor i synnerhet utgör dock en särskild utmaning. Stora krav ställs på samarbete med såväl länets kommuner som barn- och ungdomspsykiatri. De brister som Socialstyrelsen uppmärksammat i sin granskning bör analyseras för att ligga till grund för åtgärder.

Projektet Livsviktigt (se kapitel 10) kommer att ge ett kunskapsbaserat underlag för hur ett framgångsrikt förebyggande arbete med barn och ungdomar som målgrupp kan utvecklas i Norrbotten med närsjukvården som en viktig aktör.

12. Närsjukvård i teori och praktik

Utredningens direktiv anger att det inledningsvis bör definieras ”vad begreppet närsjukvård ska stå för inom den Norrbottniska sjukvården.” Även under kommundialogen våren 2010 var det många som ställde frågan ”Vad menas egentligen med närsjukvård?”

För att kunna ge ett svar på frågan har utredningen inhämtat kunskap om andras erfarenheter av närsjukvård eller närvård som det ibland kallas. Ett av närsjukvårdsutredningen öppna mötena hade just temat ”Andras erfarenheter”. Vidare har studiebesök genomförts i fyra landsting (Värmland, Västmanland, Stockholm [Norrtälje] samt Västerbotten).

En mer utförlig beskrivning av närsjukvårdens/närvårdens utveckling återfinns i en rapport som skrivits av Maj Rom för SKL (”*Närvård i Sverige*”; 2005). Rapporten är ett av resultaten av det närvårdsprojekt som SKL bedrev under 2005. Till grund för rapporten ligger främst erfarenheter från Landstinget Dalarna, Närsjukvården i Kungsbacka kommun, Region Skåne, Landstinget Sörmland, Landstinget Värmland samt Västerbottens läns landsting. Maj Rom var en av föreläsarna vid ovannämnda öppna möte.

Närsjukvård inget enhetligt begrepp

Rapporten slår fast att vare sig närsjukvård eller närvård är några enhetliga begrepp. Den gemensamma kärnan beskrivs dock som ”att patientens/brukarens behov är utgångspunkt för vården. Svaga grupper med stora vårdbehov prioriteras”. Närsjukvård/närvård ”är i första hand ett funktionellt begrepp som avser gränsöverskridande vårdssamverkan. Ett lokalt vårdssystem där primärvård, sjukhusvård och kommunal vård och omsorg tillsammans ansvarar för helheten och kan bidra till att skapa trygghet i befolkningen.” Begreppet närsjukvård används ofta inom landstingen medan begreppet närvård är bredare och vanligen inkluderar flera samverkande aktörer där landsting och kommuner är de största.

Avsaknaden av enhetlig definition till trots har Rom identifierat ett antal gemensamma drag i samtliga studerade koncept.

- Patientens/brukarens behov ska vara i centrum.
- Svaga patientgrupper med stora vårdbehov prioriteras.
- Samverkan mellan landsting och kommun ska vara grunden i det lokala vårdssystemet med ett helhetsperspektiv på såväl vårdens verksamhetsinnehåll som det sammanhang som patienten/brukaren lever i.
- Önskan att förbättra kvaliteten och höja säkerheten inom vården.
- Bättre hushållning genom en effektivare användning av de gemensamma resurserna.
- På befolkningsnivå skapa trygghet och tillit till vårdssystemet.

För vissa är närsjukvård/närvård starkt positivt värdeladdat och står för ambitionen att utveckla en hälso- och sjukvård som bland annat på ett bättre sätt kan tillgodose behoven hos äldre patienter. Andra däremot är kritiska och menar att närsjukvård/närvård är termer utan tydlig innebörd som bidrar till att skapa oklarhet. Ett exempel på det senare är Distriktsläkarföreningen som ger uttryck för sina invändningar under rubriken ”*Närsjukvård – en kameleont i sjukvården*” (Distriktsläkaren 2003:8):

”En viktig orsak till den förvirring som finns kring begreppet närsjukvård är att politiker och tjänstemän blandar ihop tankar om funktion och organisation. Till och med kan man i enskilda

landsting skifta mellan dessa två aspekter på begreppet närsjukvård från gång till annan. Ibland avses med närsjukvård en organisatorisk nivå med vissa sjukvårdsresurser, både primärvård annan öppenvård och ibland också sjukhusverksamhet. Andra gånger talas om att olika funktionella delar utgör närsjukvård, ibland också inbegripet kommunens hälso- och sjukvård”. Enligt artikeln finns det ”ingen mening med att fortsätta använda ordet närsjukvård när det inte är möjligt att förstå, än mindre tillför något mervärde för befolkningen eller för dem som arbetar i sjukvården.”

Forskningsrapport med kritiska synpunkter

Kritiska synpunkter framkommer även i en rapport från Forskningsplattformen för utveckling av Närsjukvård (*”Närsjukvård: bakgrund, erfarenheter och pilotstudie”*; 2006). Plattformen är ett samarbetsprojekt mellan Region Skåne, högskolan Kristianstad och sex kommuner i nordöstra Skåne. I rapporten konstateras att ”motstridiga tolkningar av begreppet [...] genomsyrar också offentliga handlingar och rapporter. Olika begrepp med anknytning till närsjukvård används på liknande sätt, t ex närvård, primärvård, vård nära, nära vård samt patientcentrerad verksamhet. I samma dokument används ibland samma begrepp men med olika betydelser”.

Vidare heter det att ”idén om närsjukvård och de uttryck den fått inte är helt nya. Man skulle kunna hävda att den bara är gammalt vin i en ny flaska och avspeglar hur tidigare försök att förbättra hälso- och sjukvården genom inriktningar liknande närsjukvård bara har lett till små förändringar i praktiken.”

Inom ramen för forskningen har även en studie gjorts av hur begreppet uppfattades och användes av yrkesverksamma respektive medborgare. ”Ett vanligt svar bland de yrkesverksamma, med undantag för dem i beslutande ställning med ansvar för att organisera vården, var att de hört talas om termen närsjukvård men inte visste eller kände sig osäkra om dess exakta betydelse. För dem var termen tvetydig, oklar och kunde förstås på olika sätt. Avsaknaden av en klar definition framstod därmed som ett problem”.

En ofta använd definition har utarbetats av det dåvarande Landstingsförbundets projekt Beställarnätverket. Den beskriver närsjukvårdens uppgifter som de sjukvårdsbehov som är:

- vanligt förekommande i befolkningen
- ofta återkommande för individen
- samhällsekonomiskt rimliga att bedriva lokalt

SKL-rapporten citerar även en något snävare definition från Stockholms läns landsting. ”Närsjukvård innebär att invånarna i ett avgränsat geografiskt område ska kunna få sitt samlade behov av hälso- och sjukvård och social omvårdnad nära där de bor eller vistas – utom den vård som behöver akutsjukhusets specifika kompetens och resurser. Närsjukvårdens uppdrag omfattar hälsofrämjande, förebyggande, diagnostiserade, behandlande, rehabiliterande, omvårdande och stödjande insatser. För att kunna ge dessa samordnade insatser i närsjukvården är kommunal medverkan en förutsättning. Närsjukvården får då mer av karaktär av närvård”.

Så här bör närsjukvård definieras i Norrbotten

Den funktionella definition som gjorts av Beställarnätverket är väl avvägd och bör användas av Norrbottens läns landsting. Ett tillägg bör dock göras mot bakgrund av bedömningen att kompetensförsörjningen i framtiden väntas få en ökad betydelse för vilken verksamhet som i praktiken går att bedriva lokalt respektive måste centraliseras (se kapitel 6).

Utredningen föreslår följande definition:

Med närsjukvård inom Norrbottens läns landsting avses en verksamhet som bedrivs av eller på uppdrag av landstinget för att tillgodose eller förebygga sådana hälso- och sjukvårdsbehov som är

- vanligt förekommande i befolkningen
- ofta återkommande för individen
- ekonomiskt rimliga och kompetensmässigt möjliga att bedriva lokalt

Den föreslagna definitionen tar enbart sikte på den verksamhet som landstinget bedriver eller ansvarar för. För många patienter är det dock inte tillräckligt att landstingets närsjukvård är bra, det krävs också en väl fungerande kommunal vård samt samverkan mellan de två huvudmännen. Ingenting hindrar att också kommunerna använder sig av begreppet närsjukvård som då får en vidare innebörd. Det måste dock vara en fråga som respektive kommun själv avgör.

Skulle samtliga länets 14 kommuner välja att ansluta sig till begreppet bör definitionen utvidgas till att avse all den hälso- och sjukvård som landstinget och kommunen lokalt erbjuder patienter/brukare. Närsjukvården skulle i så fall kunna ses som den samverkansplattform som byggs upp av olika aktörer och som dels spänner över legala, organisatoriska och ansvarsmässiga gränser, dels omfattar verksamheter som utförs av olika professionella grupper.

En stor del av närsjukvården utgörs *för närvarande* av den verksamhet som bedrivs inom primärvården respektive den breda allmänna internmedicinen vid samtliga länets sjukhus ("länsdelssjukvård"). Närsjukvårdens innehåll är inte statiskt utan kommer att förändras över tiden som följd av medicinska framsteg. Ett bra exempel på den utvecklingen är dialysverksamheten som för några decennier sedan bedrevs på ett sjukhus i länet men som numera kan ses som en naturlig del av närsjukvården.

Såväl öppen som sluten vård inom närsjukvården

Närsjukvården disponerar resurser för såväl öppen som sluten vård samt diagnostik. Rehabilitering, vård i livets slutskede men också förebyggande och hälsofrämjande insatser är andra delar av närsjukvården. Detsamma gäller psykisk ohälsa hos patienter med mindre allvarliga sjukdomar, som inte kräver tillgång till den specialiserade psykiatrins kunskaper.

Vården av de mest sjuka äldre ställer stora krav på teamarbete, där insatser av och samverkan mellan flera olika professionella kompetenser är avgörande för ett gott resultat.

Allmänkirurgi, barnmedicin, barnpsykiatri, förlossningsvård, ortopedi, gynekologi, ögonsjukvård, öron-, näs- och halssjukvård och den verksamhet som bedrivs vid länets vuxenpsykiatriska kliniker är exempel på vad som *inte* är en del av närsjukvården. Inte heller den mer specialiserade internmedicinska verksamheten som bedrivs vid sjukhusen i Sunderbyn och, i viss mån, Gällivare omfattas av närsjukvårdsbegreppet.

Detta utesluter inte att det av tillgänglighetsskäl eller för att minska patienternas resor till/från sjukhus är angeläget att vissa specialiserade verksamheter bedrivs på flera håll i länet, till

exempel i form av konsultmottagningar eller öppenvårdsteam. Sådan decentraliserad verksamhet kan ses som en del av närsjukvården.

Närsjukvården består *i huvudsak* sammanfattningsvis av sådan hälso- och sjukvård som landstinget bedriver vid länets vårdcentraler (det vill säga primärvården) och/eller vid *samtliga* länets sjukhus. Detta gäller oavsett vilken kompetens som krävs för verksamheten eller inom vilken enhet (division) som den bedrivs.

Ska organisationen ändras?

I vissa landsting är närsjukvård inte bara ett funktionellt utan också ett organisatoriskt begrepp. I exempelvis Västmanland och Västerbotten har närsjukvården samlats i en egen division. Utredningen har analyserat för- och nackdelar med en sådan lösning.

Starka argument för bildandet av en Division Närsjukvård inom Norrbottens läns landsting skulle vara att detta kan lägga grunden för en kraftsamling och tydlighet i förhållande till andra aktörer, inte minst kommunerna. En samlad ledning skulle dessutom skapa förutsättningar för en mer enhetlig verksamhet i hela länet, på samma sätt som skett inom den nuvarande divisionsorganisationen för vissa verksamheter. I SKL:s närsjukvårdsrapport sägs fördelen vara ”att närvårdens frågor hamnar i fokus för arbetet och att den nya organisationen faktiskt kan få bättre möjligheter att stödja närvårdens utveckling”.

Samma rapport innehåller också kraftfulla argument *mot* en sådan lösning. En av slutsatserna är att utvecklingen av närsjukvård inte nödvändigtvis behöver innebära några stora förändringar i organisation, resurser eller tillgängliga kompetenser. Det ”handlar istället om att koppla ihop resurserna på nya sätt för att få till stånd en fungerande helhet”. Det finns en risk för att ”organisationsförändringar stjälar kraft från verksamheten” och att ”fokus hamnar på revirbevakning och egenintressen istället för att läggas på att göra vården bättre, säkrare och mer tillgänglig för befolkningen. Organisationsförändringar i landsting och kommuner bör därför föregås av noggrann eftertanke där för- och nackdelar övervägs noga.”

Ytterligare en tänkbar nackdel är att det kan bli förvirring kring begreppet om det ska vara både funktionellt och organisatoriskt. ”Om närvården/närsjukvården, som skall stå för helhetssyn, placeras i en division finns risk att hela tanken med begreppet går om intet. De medarbetare som står utanför och tillhör andra divisioner kan lätt abdikera från frågorna kring samverkan och slå sig till ro med att samverkan sköts inom närvården/närsjukvården. En sådan utveckling vore olycklig och måste förebyggas.”

I nuläget föreslår utredningen inga organisatoriska förändringar. Behovet av eventuella sådana kommer istället att övervägas i det fortsatta utredningsarbetet.

Varierande åsikter om samverkan

Behovet av samverkan mellan huvudmännen är stort och bedöms bli av ännu större betydelse som en följd av den demografiska utvecklingen. Analyser från bland annat landstinget i Gävleborg (se kapitel 9) visar att kommuner och landsting var för sig satsar betydande resurser på vården av de mest sjuka äldre. Brist på samordning och koordinering förefaller vara ett större problem än brist på resurser. Inte minst skulle ett aktivt och samordnat förebyggande arbete kunna bidra till färre akuta, onödiga och kostsamma inläggningar i slutenvård.

I samband med kommundialogen i Norrbotten våren 2010 framfördes en hel del synpunkter på hur samverkan inom landstingets hälso- och sjukvård som mellan landstinget och

kommunerna fungerar på olika nivåer. Bilden var ingalunda entydig, samtidigt som vissa var mycket kritiska fanns det andra som menade att samarbetet i flertalet fall fungerar väl och att bristerna trots allt var undantag snarare än regel.

Under alla förhållanden kan konstateras att det satsas både tid och resurser för samarbete med kommunerna såväl på verksamhetsnivå som på ledningsnivå (regelbundna politiska överläggningar samt bland tjänstemän inom ramen för länsstyrgruppen och andra konstellationer). Prioriterade samverkansområden har identifierats och det bedrivs också en rad projekt där landstinget och kommunerna bidrar gemensamt. Ett aktuellt exempel är överenskommelsen om långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete riktat mot de mest sjuka äldre som redovisats i kapitel 9.

I sammanhanget kan också nämnas det gemensamma IT-stödet för vårdplanering (Meddix) liksom överenskomna samverkansriktlinjer för barn och ungdomar med särskilda behov och problematik (Norrbus). Även östra Norrbotten kan framhållas som ett modellområde för samarbete mellan barn- och ungdomssjukvården, primärvården och kommunerna när det gäller psykisk ohälsa hos barn och unga.

Alla dessa insatser till trots är förutsättningarna för en fortsatt och fördjupad samverkan mellan landstinget och kommunerna i nuläget inte optimala. Att parterna för ett par år sedan inte kunde komma överens om en kommunalisering av hemsjukvården var ett bakslag. I slutet av 2010 har dessutom förhandlingarna om egenvård/enklare sjukvård inte resulterat i någon överenskommelse. Detta tillsammans med vissa andra gränsdragningsproblem gör att det, om inte trenden bryts, kan bli svårt för parterna att hitta konstruktiva lösningar i de kommuner och på de orter där personalförsörjningen blir ett allt mer påtagligt problem. Resultatet kan bli att ingen av huvudmännen på sikt klarar det grundläggande vård- och omsorgsuppdraget på ett acceptabelt sätt.

Utredningen konstaterar vidare att det inte är möjligt att identifiera en viss organisationsform eller någon specifik modell som säkerställer en optimal samverkan vare sig internt inom landstinget eller i förhållande till kommunerna. Snarare handlar det om olika aktörers intresse och förmåga att verka för att överbrygga administrativa, juridiska, ekonomiska och professionella hinder för att på bästa sätt tillgodose patientens/brukarens samlade, individuella behov.

För mycket av det goda?

Till sist kan det vara på sin plats att framhålla att det även kan finnas en risk för att alltför mycket tid och resurser avsätts på samverkan. Alla problem kan inte lösas med samverkan! I Boken *”Samverkan i kommuner och landsting – en kunskapsöversikt”* (Anders Anell & Ola Mattsson; 2009) citeras forskningsrapporten *”Managing to Collaborate”* (Huxham & Vagnen, 2005). ”Den viktigaste slutsatsen av vår forskning är att ambitionen att uppnå fördelar genom samverkan är en så resurskrävande verksamhet att den endast bör vara aktuell där fördelarna verkligen gör det värt besväret. Vårt budskap till kliniker och beslutsfattare är; gör det inte om det inte är absolut nödvändigt.”

13. Strategier för att sänka hälso- och sjukvårdens kostnader

Landstingsstyrelsen anger i utredningens direktiv att

det är ”nödvändigt att åtgärder genomförs inom hälso- och sjukvården för att uthålligt sänka kostnadsnivån med ca 400 miljoner kronor.” Enligt beräkningar av landstingets ekonomienhet är en mer aktuell siffra för närvarande cirka 250 miljoner kronor med år 2013 som utgångspunkt. Kalkylen bygger på förutsättningen att verksamheten fullt ut klarar kravet på kostnadssänkande åtgärder under perioden 2010-2012. Förhållandet att divisionerna till och med oktober 2010 redovisar ett resultat som är 85 miljoner kronor sämre än budget kan tala för att det blir svårt att uppnå det målet.

En fortsatt negativ befolkningsutveckling bidrar inte till att förbättra kalkylen. En befolkningsminskning på i genomsnitt 1000 personer per år motsvarar ett inkomstbortfall på 20 miljoner kronor årligen vilket på 5 år försämrar landstingets ekonomi med 100 miljoner kronor. Blir WSP:s basscenario verklighet (se kapitel 9) rör det sig om bortfall på cirka 130 miljoner kronor till år 2020 och med ytterligare drygt 160 miljoner kronor till år 2030. I förhållande till 2010 skulle det alltså röra sig om en minuspost på totalt nästan 300 miljoner.

Självfallet är osäkerheten i dessa siffror stor och de ska ses som illustrativa räkneexempel och absolut inte prognoser. Däremot bidrar beräkningarna till att understryka den slutsats som dragits i kapitel 5. Det vill säga att gapet mellan vad som är möjligt att göra och vad pengarna räcker till tenderar successivt att öka.

Från rationalisering och effektivisering till prioritering

I detta kapitel diskuteras därför vilka möjligheterna är att mer påtagligt sänka hälso- och sjukvårdens kostnader. Rent principiellt görs skillnad på följande åtgärder:

- *Rationalisering*; till exempel genom kritisk granskning av metoder och för diagnos och behandling liksom att utmönstra onödiga undersökningar och överksamma behandlingar eller insatser i övrigt som inte tillför patienten något mervärde.
- *Effektivisering*; genom organisatoriska och/eller strukturella förändringar utan att driva dem så långt att kvaliteten försämras.
- *Målprecisering*; att avgränsa hälso- och sjukvårdens ansvar snävare, till exempel genom att bedöma att vissa åtgärder inte är medicinskt motiverade.
- *Prioritering*; att av resursskäl avstå från medicinskt motiverade utredningar eller behandlingar.

Gränserna mellan de olika åtgärderna är flytande och många gånger går de hand i hand. I en idealisk situation skulle prioriteringar göras först när alla andra utvägar är uttömda. I praktiken går det dock aldrig att driva en verksamhet som alltid och i alla lägen är maximalt rationell och effektiv. Målet måste istället vara att i största möjliga utsträckning arbeta på ett sätt som leder till att resurserna används så optimalt som möjligt för att därigenom reducera behovet av prioriteringar och undvika kvalitetsförsämringar.

Få torde göra gällande att det skulle vara möjligt att genom någon enstaka åtgärd åstadkomma de kostnadssänkningar som är nödvändiga. Samtidigt är större organisatoriska eller strukturella förändringar ofta förknippade med genomförandeproblem och medför inte sällan

omställningskostnader som gör att det tar tid innan en positiv ekonomisk effekt uppnås. Exempel på sådana kostnader är avveckling av personal, omflyttning av personal, utbildning och kompetensutveckling, ombyggnad av lokaler och/eller investering i ny teknik som ska möjliggöra att driva verksamheten med färre anställda. Även förhållandet att det många gånger är svårt att göra säkra kalkyler för större förändringar verkar i samma riktning. Av dess anledningar är det naturligt att så kallade vardagsrationaliseringar är den metod som i allmänhet tillämpas. Till dess nackdelar hör å andra sidan att det ofta blir tal om ”osthyvel” vilket kan resultera i att verksamhetens kvalitet successivt och smygande tunnas ut. Detta arbetssätt kan dessutom ha ganska slumpmässiga effekter eftersom förutsättningarna kan vara högst varierande mellan olika verksamheter/enheter.

Gärna bättre kvalitet till en lägre kostnad

Ingen torde motsätta sig åtgärder som medför att kvaliteten blir bättre samtidigt som kostnaderna blir lägre. I Stockholms läns landstings ”*Långtidsutredning*” (2009) hävdas att ”det finns studier som visar att vårdkostnaderna till 20 procent består av kostnader som är en följd av kvalitetsbrister i vården. Om man antar att hälften av dessa brister går att rätta till skulle kostnaderna för hälso- och sjukvården kunna reduceras med tio procent.”

I samma utredning refereras en genomlysning av verksamheten vid Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm som gjorts av konsultföretaget McKinsey & Company och som redovisades i oktober 2007. Nedanstående citat från rapporter ger en intressant och tankväckande bild av förutsättningarna för att effektivisera hälso- och sjukvården.

”Sjukvården har genomgått en fantastisk utveckling när det gäller innehållet i den vård man levererar. När det gäller att strömlinjeforma processer, modernisera hur man leder verksamheten, eller att organisera sig mer efter kundernas eller patientens behov, framstår sjukvården dock som betydligt mer konservativ. Vad som idag skulle vara oacceptabelt i ett industriföretag i termer av variationer i tillvägagångssätt och prestation upplevs som högst normalt på många sjukhus. Inom många områden är produktiviteten klart låg jämfört med vad man skulle kunna förvänta sig baserat på realistiska antaganden. Det finns ofta mycket stora och oförklarliga skillnader i prestation mellan individer och mellan olika avdelningar.”

Vidare slås fast att ”kapacitetsutnyttjandet är inte optimerat för kritiska resurser som vårdplatser, operationssalar eller dyr utrustning. Personalen är ofta fragmenterad mellan olika aktiviteter och medarbetare ägnar sig åt flera saker samtidigt. Denna avsaknad av fokus och arbetsro leder till låg produktivitet. Avsaknaden av kontroll och uppföljning av grundläggande produktivetsmått bidrar till att detta förhållande inte utmanas eller åtgärdas. Exempel från genomlysningen av Karolinska Universitetssjukhuset på skillnader i prestation inom vårdproduktionen är stora skillnader i medeloperationstid mellan olika kirurger, antal öppenvårdsbesök hanterade av olika läkare, lågt utnyttjande av operationssalar och vårdplatser.”

I en enkät i samband med genomlysningen till 600 chefer på sjukhuset gav dessa ett lågt betyg på effektiviteten i den egna verksamheten.

Hur långt räcker vardagsrationaliseringarna?

I vilken utsträckning är det då sannolikt att hälso- och sjukvården i Norrbotten kan klara de ekonomiska kraven utan att behöva vidta mera drastiska åtgärder? Annorlunda uttryckt – räcker det med ständiga vardagsrationaliseringar eller krävs det effektivisering i form av mer omfattande organisatoriska och strukturella åtgärder?

Åtgärder som minskar kostnaderna genom att förebygga för patienterna negativa bieffekter av vården, till exempel sjukhusinläggning på grund av undvikbara läkemedelsbiverkningar eller vårdrelaterade infektioner har självfallet högsta prioritet. Detta ligger också helt i linje med landstingets ansträngningar att förbättra patientsäkerheten.

På samma sätt är det angeläget att minska slöseri och dubbelarbete och att effektivisera processer och flöden för att utmönstra åtgärder som inte tillför patientnytta. Även en del av de faktorer som McKinsey & Company pekar på torde existera i det norrbottniska sjukvårdssystemet. Ett uppenbart exempel på detta är den omfattande jour- och beredskapsverksamheten i förhållande till det relativt begränsade patientunderlaget.

Vissa hyser förhoppningar att ett mer framgångsrikt förebyggande arbete ska bidra till att sjukdomsbördan och behovet av sjukvård minskar. Det tar dock lång tid innan effekterna av sådana insatser kan avläsas. Som framgår av kapitel 10 räknar Socialstyrelsen med att ett förverkligande av de föreslagna riktlinjerna för sjukdomsförebyggande åtgärder på kort sikt snarare medför ökade kostnader. Mot den bakgrunden är det inte realistiskt att räkna med att en förbättrad hälsoorientering av vården nämnvärt skulle bidra till att minska landstingets sjukvårdskostnader fram till 2020.

Jämförelser stimulerar effektiviteten

Jämförelser av kostnader mellan olika verksamheter med hjälp av KPP och DRG kan stimulera utvecklingen av mer effektiva vårdprocesser. Redan idag används materialet på det sättet inom landstinget. För att ytterligare understödja en sådan utveckling skulle landstingets nuvarande ersättningssystem kunna kombineras med mål- och resultatansättningar. Det råder dock stor osäkerhet om hur sådana system ska utformas för att uppnå sitt syfte. Alltför stora ekonomiska växlar bör därför inte dras på denna möjlighet.

Distansöverbyggande lösningar kan bidra till att verksamheter decentraliseras samtidigt som kompetensen finns samlad på ett ställe och därmed utnyttjas effektivare. Det råder dock stor brist på hälsoekonomiska studier inom området. Även i detta avseende är det därför klokt att inte dra alltför långtgående slutsatser om påtagliga positiva effekter på landstingets ekonomi. Detta får dock inte undanskymma förhållandet att e-hälsa inklusive diagnos och vård på distans (telemedicin) i framtiden med all säkerhet kommer att få en allt mer framträdande roll inom Norrbottens sjukvård – inte minst inom närsjukvården.

Andra sätt att begränsa kostnadsutvecklingen är tydligare mål och prioriteringar. Exempel på målpreciseringar är att vissa operativa ingrepp för det som anses vara bagatellartade åkommor inte längre utförs inom den offentligt finansierade vården. Även utvecklingen av läkemedelsförmånen, där vissa läkemedel inte längre subventioneras av det offentliga, kan sägas vara en form av målprecisering.

Striktare tillämpning av vilka patienter som ska ha tillgång till den mer specialiserade vårdens resurser eller skärpta indikationer för vissa behandlingar är tänkbara prioriteringsmetoder. De nationella riktlinjer inom olika områden som tas fram av Socialstyrelsen skulle kunna användas som ett instrument för sådana beslut. Rekommendationerna är rangordnade i en skala från ett till tio efter angelägenhetsgrad. Siffran ett anger åtgärder med högst prioritet. Riktlinjerna ska ge väl underbyggda rekommendationer som stöd för huvudmännens beslut om resursfördelning och prioriteringar. Däremot anges ingen miniminivå som alla huvudmän måste uppnå. Samtidigt kan konstateras att det åtminstone hittills varit mycket svårt att få

medborgare och patienter att acceptera den här typen av lösningar. Landsting som valt att arbeta med öppna prioriteringar har inte sällan mött starkt motstånd.

Strukturella åtgärder möter ofta motstånd

En annan tänkbar åtgärd är centralisering av vissa behandlingar som gör att befintliga resurser nyttjas effektivare. Som exempel kan nämnas de bedömningar som togs fram i underlaget till 2011 års divisionsplan för Division Opererande specialiteter.

- En koncentration av operationsverksamheten till Gällivare sjukhus för Malmfälten samt till Piteå och Sunderbyn i kusten beräknades medföra en nettobesparing för divisionen på 13 miljoner kronor.
- En koncentration av intensivvården till Gällivare och Sunderbyn beräknades medföra en nettobesparing för divisionen på 7 miljoner kronor.

Även om 20 miljoner kronor är ett betydande belopp är det ändå uppenbart att åtgärder av det här slaget inte ensamt utgör skillnaden mellan ekonomi i balans respektive obalans för landstinget. Förslagen medförde dessutom starka reaktioner i massmedia vilket väl illustrerar svårigheten att sänka landstingets kostnader med strukturella åtgärder.

Höjd skatt att vänta?

Utredningens bedömning är att det erfarenhetsmässigt är svårt att få allmänhetens stöd för åtgärder som mer påtaligt bidrar till att sänka hälso- och sjukvårdens kostnader. Mot den bakgrunden förefaller det inte osannolikt att successiva skattehöjningar blir den metod som används för att anpassa intäkterna till kostnadsutvecklingen.

En komplicerande faktor är att många kommuner på sikt riskerar att hamna i samma situation som en följd av den demografiska utvecklingen. Hur stora skattehöjningar som kan vara rimliga är självfallet ytterst en politisk fråga. Förr eller senare uppstår dock en situation då detta inte är en möjlig utväg.

En positiv befolkningsutveckling i kombination med en bibehållen nivå på utjämningsystemet samt en fortsatt och uthålligt mycket hög tillväxt i svensk ekonomi skulle i och för sig göra att gapet mellan kostnader och intäkter kan bli överkomligt. Sannolikheten för en sådan utveckling förefaller dock liten och har klara drag av önsketänkande över sig.

14. Alternativt utvecklingsscenario

Hälso- och sjukvården i Norrbotten står inför stora utmaningar och svåra vägval. Av den omvärldsanalys som redovisas i rapporten drar utredningen följande grundläggande slutsatser.

- Medicinska och medicinsk-tekniska framsteg medför att allt fler sjukdomar kan behandlas framgångsrikt – till en allt högre kostnad. Den demografiska utvecklingen med allt fler äldre (särskilt 80+) bidrar till att förstärka denna utveckling, som blir mycket påtaglig i början av nästa decennium.
- Specialiseringen inom sjukvården och nationella riktlinjer för patientsäkerhet och medicinsk kvalitet ställer inom vissa verksamheter krav på ett allt större patientunderlag. Behovet av centralisering kan då komma i konflikt med önskemålet om geografisk närhet. För ett så stort län som Norrbotten utgör detta ett ofrånkomligt och återkommande dilemma.
- Stora pensionsavgångar och en därmed hårdnande konkurrens om välutbildad arbetskraft gör att personal- och kompetensförsörjningen blir än mer gränssättande i framtiden. Det blir allt svårare att rekrytera såväl specialistkompetenta läkare som vissa andra yrkesgrupper.
- En fortsatt utflyttning från länet av framför allt personer i arbetsför ålder ger minskade skatteintäkter. Samtidigt genomförs för närvarande på nationell nivå en översyn av skatteutjämningsystemet som kan väntas leda till försämringar för Norrbotten. Sammantaget innebär detta att gapet mellan landstingets intäkter respektive kostnader för att på ett rimligt sätt tillgodose norrbottningarnas behov av hälso- och sjukvård successivt växer.

I landstingsstyrelsens direktiv anges att ”närsjukvård ska införas i en nära framtid men översynens uppdrag är att utforma lösningar som är hållbara i ett perspektiv till åtminstone år 2020.” *En avgörande fråga är mot den bakgrunden följande: I vilken utsträckning kan hälso- och sjukvården bedömas vara långsiktigt hållbar i förhållande till de utmaningar som landstinget står inför?*

Vården i Norrbotten är inte långsiktigt hållbar

Utredningens samlade bedömning är att hälso- och sjukvården i Norrbotten med sin nuvarande utformning inte är långsiktigt hållbar i perspektivet år 2020 vare sig vad gäller:

- ambitionen att trygga en god vård till en allt äldre befolkning med växande och mer sammansatta vårdbehov (mest sjuka äldre) *eller*
- sannolikheten att landstingets intäkter ska stiga i takt med kostnadsökningarna *eller*
- möjligheterna att klara kompetensförsörjningen till en verksamhet som dels ska upprätthålla nuvarande organisation och struktur, dels möta framtidens krav på specialisering och medicinsk kvalitet.

Utredningens slutsats är därför att landstinget förr eller senare hamnar i en situation som nödvändiggör mer långtgående och ingripande åtgärder som inte kan hanteras vare sig genom skattehöjningar, eller enbart inom ramen för de krav på verksamhetsförändringar, bland annat så kallade vardagsrationaliseringar, som regleras i de årliga divisionsplanerna.

När i tiden landstinget riskerar att hamna i en sådan situation är omöjligt att säga med säkerhet. Utlösande faktorer skulle kunna vara mer dramatiska händelser som:

- en plötslig försämring av landstingets ekonomi, till exempel på grund av kraftigt vikande skatteintäkter som följd av en förnyad finanskris, eller
- akuta bemanningsproblem som tvingar fram en snabb nedläggning av hela verksamheter (till exempel vissa vårdcentraler, klinker eller något sjukhus), eller
- att belastningen på sjukhusens akutmottagningar och vårdplatser blir uppenbart orimlig som en följd av bristande omhändertagande av de mest sjuka äldre inom primärvård och kommunal vård.

Vid en krisartad händelseutveckling av ett sådant slag är det sannolikt betydligt lättare att få brett stöd för att omedelbara och kraftfulla åtgärder måste vidtas. En mer trolig utveckling är dock att det kommer att handla om ett utdraget förlopp där tillfälliga åtgärder och ”brandkårsutryckningar” bidrar till att skyla över problemen, något som gör att värdefull planerings- och utredningstid går förlorad innan det blir uppenbart att situationen är ohållbar.

Utredningens uppfattning är att den senare beskrivningen väl karaktäriserar den situation som såväl landstinget i Norrbotten som även andra landsting liksom många kommuner i varierande utsträckning befinner sig i. Det är en uppgift för landstingets förtroendevalda att göra den strategiska bedömning *om* och i så fall *när* och *vilka* åtgärder som bör vidtas för att i tid möta och motverka en sådan utveckling.

Alternativt scenario med kraftfull satsning på primärvården

Mot bakgrund av dessa slutsatser föreslår utredningen att landstinget att *snarast* gör en risk- och konsekvensanalys av ett alternativt utvecklingsscenarios för- och nackdelar. Arbetet bör bedrivas så att eventuella politiska beslut med anledning av analysen kan fattas före utgången av 2011. Utredningen bör framför allt belysa:

- patient- och behovsperspektivet inklusive medicinsk kvalitet och patientsäkerhet
- ekonomi
- kompetens- och personalförsörjning
- möjligheten att stödja närsjukvårdens utveckling med hjälp av distansöverbyggande teknik
- hur förändrade yrkesroller kan bidra till ett så rationellt utnyttjande av personalens kompetens som möjligt inom närsjukvården

Det måste understrykas att scenariot *inte* ska ses vare sig som en vision (en beskrivning av ett framtida önskvärt tillstånd) eller ett förslag som ska antas eller förkastas. Avsikten är istället att skapa handlingsberedskap inför framtiden och att göra det möjligt för landstinget att möta hot och utmaningar på ett tidigt stadium.

Utredningen bör bedöma i vilken utsträckning utvecklingsscenariot tillgodoser landstingsstyrelsens krav på en långsiktigt hållbar utveckling av hälso- och sjukvården i perspektivet år 2020. Det ska vidare stå utredningen fritt att presentera andra förslag till lösningar om dessa bättre tillgodoser kravet på långsiktigt hållbarhet.

Scenariot bygger på direktivens starka betoning av primärvårdens roll inom närsjukvården, vilket framgår av landstingsstyrelsens formulering att primärvården ska ”ges ett ökat ansvar för det samlade sjukvårdssystemet”. Att det rör sig om en påtalig omläggning av den norrbottniska sjukvårdsstrukturen markeras av målet att ”*antalet patienter som hänvisas till*

den specialiserade vården minimeras.” Möjligheterna till en sådan utveckling diskuteras inte bara i Norrbotten.

Socialstyrelsen gör i ”*Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*” bedömningen att ”en väl fungerande primärvård och närsjukvård kan bidra till bättre folkhälsa och på sikt minska de totala sjukvårdskostnaderna”. Det heter också att ”i ett vidare perspektiv framstår behovet av en tyngdpunktsförskjutning från specialiserad sjukhusvård till hälsoinriktad primärvård och närvård vara allmängiltig. Världshälsoorganisationen (WHO) pekar på att en oproportionerlig fokusering på specialiserad vård ger dålig valuta för pengarna. Ineffektiva sätt att hantera hälsoproblem tränger ut effektivare, mer ändamålsenliga och rättvisa sätt att organisera vården och förbättra hälsan.”

Argument för ett förändrat synsätt återfinns även i SNS Välfärdsrapport 2010 (”*Vårdens utmaningar*”). Professor Anders Anell hänvisar till att studier ”baserade på data från Medicare i USA pekar mot att hälso- och sjukvårdssystem med relativt sett fler primärvårdsläkare samvarierar med både lägre kostnader och högre kvalitet.” Professor Carl Hampus Lyttkens bidrar med följande slutsats. ”Om besparingar ska göras finns det måhända skäl att särskilt fokusera på sjukhussektorn. Liksom i Holland och Turkiet steg kostnaderna för sjukhusvård snabbt i Sverige 1995-2006 och sjukhusvård är betydligt dyrare i Sverige än i Finland (OECD 2009)”.

Tidskriften Euro Observer redovisar (nummer 3:210) resultatet av en jämförande studie baserat på uppgifter från OECD om sjukhuskostnadernas andel av de totala sjukvårdskostnaderna i 21 europeiska länder år 2008. Sjukhusens kostnader uppgick i genomsnitt till cirka en tredjedel av de totala sjukvårdskostnaderna. Den lägsta siffran redovisades för Slovakien (26,7 procent) och den högsta för Sverige (46,9 procent). Motsvarande siffror för våra nordiska grannländer var 46,2 procent för Danmark, 35,3 procent för Finland och 38,2 procent för Norge.

Med utgångspunkt från internationella erfarenheter och bedömningar blir slutsatsen att det i Sverige, liksom i Norrbotten, borde finnas en betydande potential för kostnadseffektivisering genom att resurser och patienter omfördelas från specialiserad sjukhusvård till primärvård.

Scenariot innehåller följande beskrivning av hur vården är organiserad år 2020.

- Det har skett en omfördelning av patienter och resurser - inklusive läkartjänster - från sjukhusvård till primärvård.
- Närsjukvårdens bas utgörs av planerad och akut verksamhet som fullgörs med allmänmedicinsk kompetens dygnet runt, året runt även på sjukhusorterna.
- Det finns fortfarande fem sjukhus i Norrbotten som behandlar patienter planerat respektive akut, i såväl öppen som sluten vård.
- Sjukhusen i Kalix, Kiruna och Piteå är närsjukhus med vårdplatser för akut och planerad vård för patienter som i första hand kan behandlas av specialister i allmänmedicin.
- Även sjukhusen i Sunderbyn och Gällivare fungerar som närsjukhus för det lokala upptagningsområdet. Vid dessa sjukhus har primärvården antingen ha tillgång till egna vårdplatser eller kan lägga in patienter direkt utan att dessa behöver bedömas på akutmottagningen.
- Sjukvård som ställer krav på mer specialiserade resurser bedrivs vid sjukhusen i Sunderbyn och Gällivare.

Samma vård i Luleå som i Pajala

Scenariot förutsätter att patienterna vårdas inom närsjukvården på lika villkor. Det innebär att samma typ av patienter behandlas inom primärvården i hela länet oavsett avstånd eller tillgång till sjukhusens mer specialiserade resurser och kompetens eller tillgång till övriga specialister i öppen vård. Oberoende av om patienten är bosatt i Pajala eller Luleå, för att ta två exempel, har primärvården samma åtagande i såväl öppen som slutenvård, året runt och dygnet runt. Det som skiljer är alltså inte innehållet i verksamheten utan att resurserna är dimensionerade i förhållande till sjuklighet och befolkningsunderlag.

År 2020 kommer det fortfarande att finnas fem sjukhus i Norrbotten som behandlar patienter planerat respektive akut, i såväl öppen som slutenvård. Däremot kommer sådan sjukvård som ställer krav på tillgång dygnet runt till andra specialister än de i allmänmedicin att bedrivas vid sjukhusen i Sunderbyn och Gällivare. Sjukhusen i Kalix, Kiruna och Piteå har då omvandlats till närsjukhus med specialister i allmänmedicin som basal kompetens. Också sjukhusen i Sunderbyn och Gällivare är närsjukhus, förutom den verksamhet i övrigt som bedrivs vid dessa specialiserade sjukhus.

Även eftervård och rehabilitering bedrivs vid sjukhusen, ibland med stöd av konsultinsatser från Sunderby sjukhus och/eller med hjälp av distansöverbyggande lösningar. Dimensioneringen av vårdplatser vid närsjukhusen utgår från antagandet att utvecklingen till förmån för öppna vårdformer för rehabilitering och eftervård fortsätter.

Bilaga 1 Direktiv

Norrbottens läns landsting

Utdrag ur protokoll från sammanträde med landstingsstyrelsen

Den 28 april 2009

§ 76

Direktiv för utredning avseende införande av närsjukvård

Dnr 1011-09

Ärendebeskrivning

Landstingsstyrelsen anser att det av en mängd olika skäl är nödvändigt att genomföra en utredning avseende den framtida hälso- och sjukvården i länet.

Landstingsstyrelsens inriktning är att patienterna även fortsättningsvis erbjuds en trygg och säker vård i hela länet med hög kvalitet och tillgänglighet. Verksamheterna ska, med utgångspunkt från den lokala, nära nivån, ur ett patientperspektiv kunna erbjuda god hälso- och sjukvård till hela människan – hela livet.

Inledningsvis redovisar styrelsen vilka faktorer som ligger bakom behovet av en utredning av hälso- och sjukvården i länet. Därefter övergår styrelsen till att formulera direktiv för utredningen.

Bakgrund

Vårdpolitisk inriktning

Av den vårdpolitiska inriktningen i landstingsplanen 2009 – 2011 framgår bland annat att:

”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 utifrån behov 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, liksom behoven 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, behandlingar och läkemedel, som ofta är kostnadskrävande. Samtidigt är det lika viktigt att kontinuerligt utmönstra gamla förlegade 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”.

I konkreta termer innebär den vårdpolitiska inriktningen att:

”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 basala insatser avseende psykisk hälsa.

Primärvårdens basuppgifter är att svara för läkarmottagning samt distriktssköterskemottagning liksom mödra- och barnhälsovård. I uppdraget för primärvården ingår även ett aktivt förebyggande uppdrag i enlighet med de folkhälsopolitiska målen och den folkhälsopolitiska strategi som landstinget och kommunerna gemensamt tagit fram.

Primärvården ska vara tillgänglig i hela länet och kunna svara för ett tryggt och säkert akut omhändertagande dygnet och året runt. Vissa vårdcentraler i extrem glesbygd har tillgång till observationsplatser. I uppdraget för vissa vårdcentraler ingår även att svara för driften av ambulansverksamheten i området liksom att vissa vårdcentraler har tillgång till basal röntgenverksamhet. Primärvården ska även säkerställa tillgång till planerade vårdinsatser i extrem glesbygd.

Primärvården ska bedrivas 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. Särskilt angeläget är att tillgodose behovet av barnhälsovårdspsykologer.

Samverkan med såväl den specialiserade vården som den kommunala hälso- och sjukvården ska förbättras. Samverkan med kommunerna bör även utvecklas avseende det verksamhetsmässiga perspektivet avseende familjecentraler. I det ingår även att gemensamt med kommunerna utveckla stödet till mammor i samband med och efter graviditeten. Förutsättningarna för samverkan med kommunerna för att i extrem glesbygd öka tryggheten vid akuta sjukdomstillstånd ska prövas.

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 med flera) 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”.

I landstingsplanen anges ett antal strategier för att utveckla hälso- och sjukvården i länet. Strategierna innebär bland annat att:

- ”Samverkan ska 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 bland annat att verksamheten i allt högre grad ska utföras i öppen vård och att distansöverbyggande teknik, t ex videokonferens i vård- och behandlingsarbetet, ska utvecklas och nyttjas. Möjligheterna att göra specialistkompetens tillgänglig i länets perifera delar med stöd av distansöverbyggande teknik ska prövas.
- 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”.

Sedan början av 2000-talet har hälso- och sjukvården i länet utvecklats och förändrats i den angivna riktningen. Takten i förändringarna har varit olika inom skilda delar av verksamheterna vilket innebär att genomförandet inte varit systematiskt i hela länet. Enligt styrelsens mening finns det fortfarande kvarvarande potential att genomföra ytterligare åtgärder för att uppfylla de krav som landstingsfullmäktige beslutat om.

Befolkningsutveckling och demografi

Som redovisats ovan så har länets befolkning minskat allt sedan år 1995. Då uppgick länets befolkning till drygt 267 000 personer. Vid utgången av år 2008 uppgick befolkningen till knappt 250 000 personer. Således har befolkningen minskat med ca 7 procent på mindre än 15 år.

Minskningen har också skett på ett sätt som innebär att länets befolkning åldras allt mer. Den utvecklingen kan även iakttas i ett nationellt perspektiv men utvecklingen är än mer allvarig i

Norrbottnen eftersom det är främst unga personer som lämnar länet. Ett ytterligare förhållande är att det är främst de små inlandskommunerna som tappar befolkning och drabbas av en ogynnsam åldersstruktur, en utveckling som tenderar att accelerera. På längre sikt kommer vissa kommuner med stor sannolikhet att få stora svårigheter att upprätthålla sitt välfärdsuppdrag till följd av försämrade ekonomi och brist på kompetent personal. Samma förhållande kan även komma att drabba landstinget om den negativa befolkningsutvecklingen fortsätter.

Kompetensförsörjning

Redan nu kan ökade svårigheter att rekrytera nyckelpersonal iakttas. I vilken mån detta är kopplat till ovan redovisad befolkningsminskning är inte klarlagt men ett samband kan inte uteslutas. Entydigt är även att pensionsavgångarna ökar markant de närmaste åren. År 2005 var det 54 personer som lämnade landstinget med pension. År 2008 var det 106 och år 2012 beräknas 207 personer avgå med pension. Avgångarna beräknas kulminera år 2013 då 267 personer går i pension. Detta innebär att verksamheterna behöver arbeta aktivt redan nu för att hantera den kompetensväxling som är pågående och tilltagande i volym.

Behov av hälso- och sjukvård

En tydlig utveckling är att befolkningen blir allt friskare och att allt fler sjukdomar kan botas eller åtminstone lindras med effekt att människor lever ett längre liv. Samtidigt innebär utvecklingen även att fler människor kommer att behöva ökade sjukvårdsinsatser i ett senare skede av livet. Detta kommer att ytterligare öka kraven på både landstingets och kommunernas insatser för äldre och sjuka. Samtidigt som behoven successivt bedöms komma att öka sker en fortsatt och snabb utveckling av möjligheterna att framgångsrikt behandla olika sjukdomstillstånd med läkemedel eller med ny medicinsk teknik. Detta medför att utmaningarna att kunna erbjuda länets befolkning dessa nya läkemedel och teknologier också ökar.

Valfrihetssystem

Riksdagen har nyligen beslutat att obligatoriska valfrihetssystem med fri etableringsrätt ska införas inom primärvården senast den 1 januari 2010. Ett intensivt förberedelsearbete pågår för att klara detta. När åtgärder utreds och planeras inom den övriga hälso- och sjukvården måste hänsyn tas till de konsekvenser som valfrihetssystemet kan komma att ha. Det måste därför ske en nära samverkan i förberedelsearbetet för valfrihetssystemet och det arbete som blir en följd av följande direktiv.

Ekonomi

Landstinget befinner sig i en ekonomiskt utsatt situation. Ekonomin har successivt urholkats under lång tid dels till följd av att befolkningen i länet minskat i antal och dels till följd av försämringar i statsbidragssystemen. De samlade effekterna av dessa försämringar kan beräknas till cirka 400 mkr årligen. Det säger sig självt att detta påverkar förutsättningarna för att finansiera verksamheterna. Detta förstärks av det faktum att kostnadsutvecklingen för centrala kostnadsslag, t ex medicinsk-teknisk utrustning och läkemedel, ökar betydligt snabbare än kostnader i övrigt och särskilt mycket i förhållande till utvecklingen av landstingets intäkter.

Det senaste halvåret har också läget på den internationella finansmarknaden och de effekter den har på den svenska ekonomin ytterligare försämrat de ekonomiska förutsättningarna. Hittills är det ingen som med säkerhet kan uttala sig om när den negativa ekonomiska spiralen kommer att brytas. Det mesta talar för att Sveriges ekonomi utsätts för ytterligare påfrestningar som kommer att leda till ökad arbetslöshet och därmed ytterligare försämringar av skatteintäkterna. Detta sätter i sin tur ytterligare press på den offentliga ekonomin. Landsting och kommuner kommer att ställas inför behovet av att vidta ytterligare åtgärder för att klara en ekonomi i balans.

Trots att landstingsfullmäktige i november 2008 beslutade om en skattehöjning om 98 öre från 1 januari 2009 samt att fullmäktige vid samma tillfälle även antog en åtgärdsplan för ekonomi i balans med krav på kostnadsreduceringar på drygt 300 mkr pekar prognoserna för utfallet av år 2009 på att det kommer att bli svårt att nå ett positivt resultat. Detta trots att skattehöjningen ger ökade intäkter på

mer än 400 mkr på årsbasis. Om förutsägelseerna om ytterligare försämringar av den svenska ekonomin slår in under året så försvåras givetvis möjligheterna att nå ett positivt ekonomiskt resultat.

Oavsett vilket ekonomiskt resultat som kan uppnås under år 2009 så står det klart att det finns ett behov av att genomföra kostnadsminskningar på ca 400 mkr de närmaste två åren. Det står även klart att detta kräver att kraftfulla åtgärder vidtas inom samtliga landstingets verksamhetsområden.

Direktiv

Uppdrag

Mot den redovisade bakgrunden konstaterar landstingsstyrelsen att hälso- och sjukvården är landstingets huvuduppgift och att det är inom detta område som den övervägande delen av resurserna förbrukas. Det är därför nödvändigt att åtgärder genomförs inom hälso- och sjukvården för att uthålligt sänka kostnadsnivån med ca 400 mkr.

Landstingsstyrelsen lämnar följande direktiv för en utredning av hälso- och sjukvården i länet:

Översynen inriktas på att införa närsjukvård i Norrbotten. Det ska ske med beaktande av att det även fortsättningsvis ska finnas fem sjukhus i länet. Däremot kan översynen komma att innebära att det verksamhetsmässiga innehållet inom och mellan sjukhusen kan förändras. Huvudinriktningen är att ofta förekommande sjukdomstillstånd ska kunna tas om hand inom närsjukvården medan sådana sjukvårdsinsatser som är sällan förekommande kan komma att koncentreras ytterligare.

Närsjukvård ska införas i en nära framtid men översynens uppdrag är att utforma lösningar som är hållbara i ett perspektiv till åtminstone år 2020. Landstingsstyrelsen anser att utredningen inledningsvis bör definiera vad begreppet närsjukvård ska stå för inom den Norrbottniska sjukvården. Detta är också viktigt för att klarlägga relationen till det valfritetssystem som ska införas inom primärvården. I denna inledande fas ingår även att kartlägga befintliga närsjukvårdsverksamheter i landet och dra lärdom och slutsatser av erfarenheter av dessa.

I avsaknad av en formell definition av begreppet i Norrbotten konstaterar styrelsen dock att närsjukvård allmänt uttryckt innebär att primärvården ges ett ökat ansvar för det samlade sjukvårdssystemet och att det sker en integrering med delar av den specialiserade somatiska och psykiatriska vården vid sjukhusen. Primärvården ges i viss utsträckning även ansvaret för vårdplatserna vid sjukhuset. Nyckelord i sammanhanget är att bedriva en verksamhet som kännetecknas av att vara tillgänglig för patienter som behöver hälso- och sjukvårdens resurser ofta med geografisk närhet och där behoven av trygghet är betydande.

Översynen ska även analysera och belysa följande:

- Införande av närsjukvård ska utgå från ett länsperspektiv på begreppet.
- Fokus ska vara på att tillgodose patientens behov ur ett helhetsperspektiv.
- Hur behoven ska tillgodoses framför allt för hos multisjuka äldre med omfattande behov av basala insatser.
- Hur besök och behandlingar, som inte kräver tillgång till särskild kompetens eller särskild utrustning, kan erbjudas så nära patientens hemort som möjligt.
- Närsjukvården ska ha jouransvar och erbjuda ett tryggt och säkert akut omhändertagande året och dygnet runt.
- Förutsättningarna att erbjuda konsultverksamhet dagtid av specialister lokalt.
- Möjligheterna att med stöd av telemedicin/distansöverbryggande teknik erbjuda avancerade hälso- och sjukvårdstjänster i länets olika delar. Specialistkompetens ska göras tillgänglig i hela länet
- Hälso- och sjukvården ska, inom ramen för en övergripande struktur, kunna anpassas till lokala behov/förutsättningar.
- Närsjukvårdens verksamhetsmässiga och organisatoriska ansvar inkl delar av den slutna vården.
- Samspelet primärvård – psykiatri (inkl barnpsykiatri)– somatisk specialiserad vård.
- Samverkan med kommuner och andra vårdgrannar.

- Konsekvenser för ekonomi, personal, kompetensbehov, lokaler och annan infrastruktur, transporter samt organisation.
- Behov av kompetens- och utbildningsinsatser för att etablera närsjukvård i länet.

Processen

Landstingsstyrelsen utgår från att översynen kommer att genomföras i former som innebär att en dialog kan föras med olika intressentgrupper: Politiker, anställda, fackliga organisationer, patient- och pensionärsorganisationer, näringsliv och andra intressenter.

Ett sådant arbetssätt ställer stora krav på öppenhet och framförhållning. Styrelsen anser därför att en informations- och förankringsplan ska tas fram på ett tidigt stadium i arbetet.

Tid

Arbetet ska inledas omgående. Delrapport ska lämnas till landstingsstyrelsens kvartalsvis. Det samlade arbetet ska vara slutfört senast den 31 mars 2010 så att resultatet kan inarbetas i landstingsplanen för år 2011 – 2013.

Förslag till beslut

Mot bakgrund av det redovisade föreslås landstingsstyrelsen fatta följande beslut:

- 1 Direktiven för utredning avseende införande av närsjukvård fastställs.
- 2 Landstingsdirektören ges i uppdrag att genomföra utredningen
- 3 Rapport ska lämnas till landstingsstyrelsen kvartalsvis. Utredningen ska vara slutförd senast den 31 mars 2010.

Yrkande och propositionsordning

Yrkande

Kent Ögren (s), Kenneth Backgård (ns), Bo Hultin (m), Hans Swedell (m), Erik Berg (c) och Jens Sundström (fp):

- Beslutsförslaget bifalls.

Propositionsordning

Ordföranden ställer proposition på yrkandet och finner att det vinner majoritet.

Beslut

Enligt beslutsförslaget.

Ur protokollet rätt utdraget intygar

**Inga Gustafsson
Landstingssekreterare**

Bilaga 2 Källförteckning

- *Barn och ungdomar med psykisk ohälsa – Vem tar hand om dem?;* Socialstyrelsen 2010
- *Bästa möjliga vård för de multisjuka äldre;* Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Svensk geriatrisk förening och Svensk internmedicinsk förening; policyprogram
- *Den ljusnande framtid är vård;* Socialdepartementet 2010
- *Ekonomirapport;* SKL december 2010
- *Folkhälsopolitisk rapport 2010;* Statens Folkhälsoinstitut
- *Framtidens utmaning;* SKL 2010
- *Från sjukhussäng till e-hälsa;* SKL 2010
- *Generationsväxlingen på arbetsmarknaden;* Arbetsförmedlingen 2009
- *Hälsa på lika villkor?;* Norrbottens läns landsting 2010
- *Hälso- och sjukvården till 2030. Om sjukvårdens samlade resursbehov på längre sikt;* SKL 2005
- *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009;* Socialstyrelsen
- *Hälso- och sjukvård ur olika perspektiv;* SKL 2009
- *Långtidsutredning;* Stockholms läns landstings 2009
- *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder – preliminär version;* Socialstyrelsen 2010
- *Norra Sverige 2030 – två framtidsbilder;* WSP 2009
- *Närsjukvård: bakgrund, erfarenheter och pilotstudie;* Forskningsplattformen för utveckling av Närsjukvård 2006
- *Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn;* SBU 2010
- *Samverkan i kommuner och landsting – en kunskapsöversikt;* Anders Anell & Ola Mattsson 2009
- *Skolbarns hälsa och levnadsvanor i Norrbotten;* Norrbottens läns landsting 2010
- *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling;* SKL 2009
- *Den framtida läkararbetsmarknaden i de nordiska länderna;* Läkarförbunden i de nordiska länderna 2010
- *Styckevis och delat;* Projektrapport nr 19/2005, Stockholms läns landsting, revisionskontoret
- *Svensk Närvård i Sverige;* SKL 2005
- *Svensk sjukvård i internationell jämförelse;* SKL 2009
- *Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård – struktur och arbetssätt för bättre resultat;* SKL 2009
- *Vårdens utmaningar;* SNS 2010
- *Årsrapport NPS 2010;* Socialstyrelsen
- *Äldres läkemedelsanvändning;* SBU 2009
- *Äldreteam – vision och verklighet;* Landstinget Gävleborg och Gävle kommun april 2010
- *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet;* SKL och Socialstyrelsen 2010
- *2008 års Långtidsutredning;* SOU 2008:15

Bilaga 3 Närsjukvårdsutredningens öppna möten hösten 2010

Möten med företrädare för divisionsledning

- Division diagnostik (22/9)
- Division vuxenpsykiatri (1/10)
- Division primärvård (19/10)
- Division opererande specialiteter (19/10)
- Division medicinska specialiteter (28/10)

Övriga möten

- Vård på distans (12/10)
- Framtida yrkesroller och arbetsfördelning (2/11)
- Medicinsk utveckling, specialisering och rekryteringsmöjligheter inom allmänmedicin, allmän internmedicin och geriatrik (3/11)
- Andras erfarenheter av närsjukvård (9/11)
- Rehabilitering i Norrbotten (10/11)
- Sjukresor ut patientens perspektiv (23/11)

Bilaga 4 Virtuella vårdavdelningar – utdrag ur rapporten ”Från sjukhussäng till e-hälsa” (SKL 2010)

Vård och behandling handlar i hög grad om att ta in, bearbeta och vidarebefordra information. Utvecklingen mot mobil hälsa ökar informationsmängden ytterligare. För att se till att de nya informationsmöjligheterna bidrar till mesta möjliga hälsa för befolkning och patienter har *virtuella vårdavdelningar* utvecklats. De har i princip samma organisation och samma bemanning som en avdelning vid ett vanligt sjukhus men utan den fysiska byggnaden. Den utför istället behandling och omvårdnad i patientens eget hem.

Den modell för virtuell vård som beskrivs här kommer från England. Där har en typisk virtuell vårdavdelning ett befolkningsunderlag på cirka 30 000 invånare som förfogar över ett hundratal ”sängar”. Avdelningen är ett virtuellt nav för kommunikation och samordning av insatser från alla inblandade i vården av patienter med komplexa behov. Det omfattar utredning, behandlingsplanering, remittering och uppföljning. Syftet är att förebygga att patientens sjukdomstillstånd försämras så att vanlig sjukhusvård blir nödvändig. En viktig uppgift är med andra ord att förutsäga och förebygga framtida vårdbehov. De ska dessutom erbjuda arbetssätt som är tilltalande för såväl patienter som personal.

Det framtida vårdbehovet förutsägs med hjälp av en modell som bygger på analys av sjukhus och öppenvårdsdata. Med hjälp av modellen kan man med god precision förutsäga framtida vårdbehov, inklusive behov av inläggning vid sjukhus. Denna predikativa del har stor betydelse för utvecklingen av virtuell vård. Inskrivningen till den virtuella vårdavdelningen sker med hjälp av modellen, eftersom poängen är att säkerställa att man verkligen skriver in de patienter som har störst nytta av den virtuella vårdavdelningen, de som annars löper stor risk att försämras och därmed akut behöva vård vid sjukhus.

När en patient läggs in vid en virtuell vårdavdelning upprättas en elektronisk journal där tidigare journalanteckningar förs in för att ge bakgrundsinformation och undvika dubbelarbete. Utifrån patientens behov bildas ett team runt patienten med läkare, sjuksköterska, undersköterska, dietist, socialarbetare med flera. En personlig vårdkontakt, ofta en sjuksköterska, har en central funktion för patienten. Denna person håller kontakt och följer patientens tillstånd dag för dag samt planerar och beställer adekvat vård för patienten. Vårdcentralen hålls underättad om alla väsentliga förändringar av patientens vård. Utskrivning från avdelningen sker när alla i teamet bedömer patienten som tillräckligt frisk. Denne lämnar då sin ”säng” och återförs till vård vid vårdcentralen. Uppföljning sker som regel kvartalsvis under två år.

Bilaga 5 Konsumtion av sluten vård i Norrbotten under 12 månader

Vårdkonsumtion av sluten vård

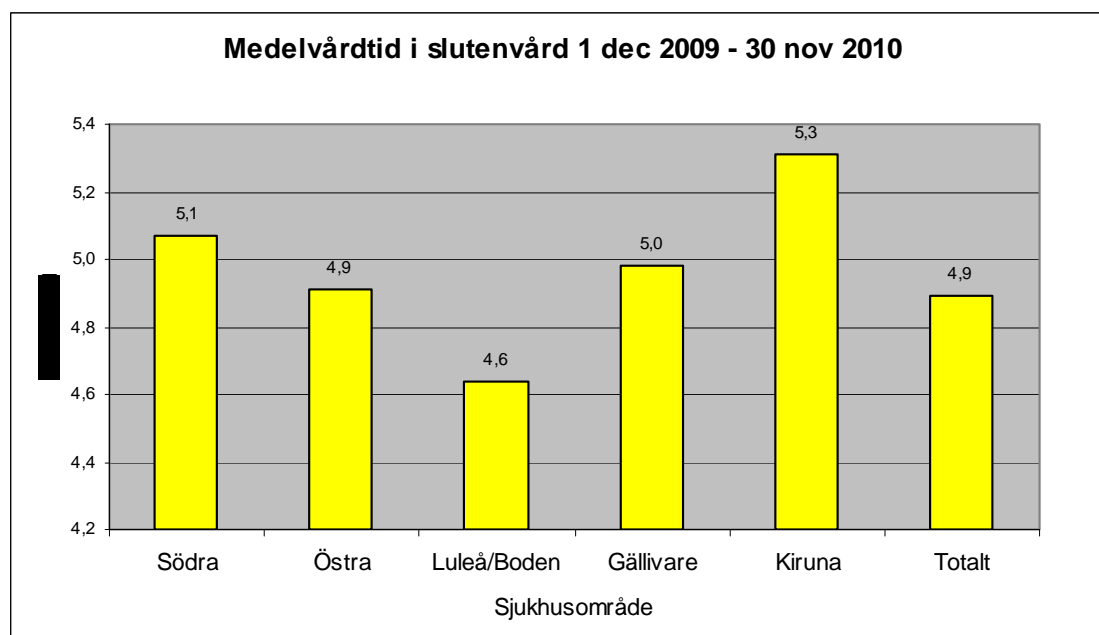
Vårdkonsumtionen under den senaste 12-månadersperioden

Under den senaste 12-månadersperioden, fram till den 30 november 2010, vårdades länets invånare inom somatisk slutenvård för vuxna¹⁷ sammanlagt vid 38 512 vårdtillfällen. Antalet vård dagar under samma period uppgick till 188 461 och medelvårdtiden under samma tidsperiod var 4,9 vård dagar. Fördelningen mellan boende per sjukhusområde framgår av nedanstående tabell.

	Sjukhusområde					
	Södra	Östra	Luleå/Boden	Gällivare	Kiruna	Total
Vård dagar	48 335	32 198	65 353	25 400	17 175	188 461
Vårdtillfällen	9 529	6 560	14 086	5 102	3 235	38 512
Medelvårdtid	5,1	4,9	4,6	5,0	5,3	4,9

Medelvårdtid

Medelvårdtiden är ett grovt mått som i någon mån beror på inskrivningstekniska detaljer men som ändå är intressant att jämföra utifrån ett vårdkonsumtionsperspektiv. Medelvårdtiden i länet varierar något beroende på vilket del av länet man bor vilket framgår av nedanstående diagram.



Den längsta medelvårdtiden har boende i Kiruna sjukhus upptagningsområde och den näst längsta har boende i södra Norrbotten, dvs. Piteå älvdals sjukhus upptagningsområde. Boende

¹⁷ Avser således inte barnmedicin, barnpsykiatri och vuxenpsykiatri

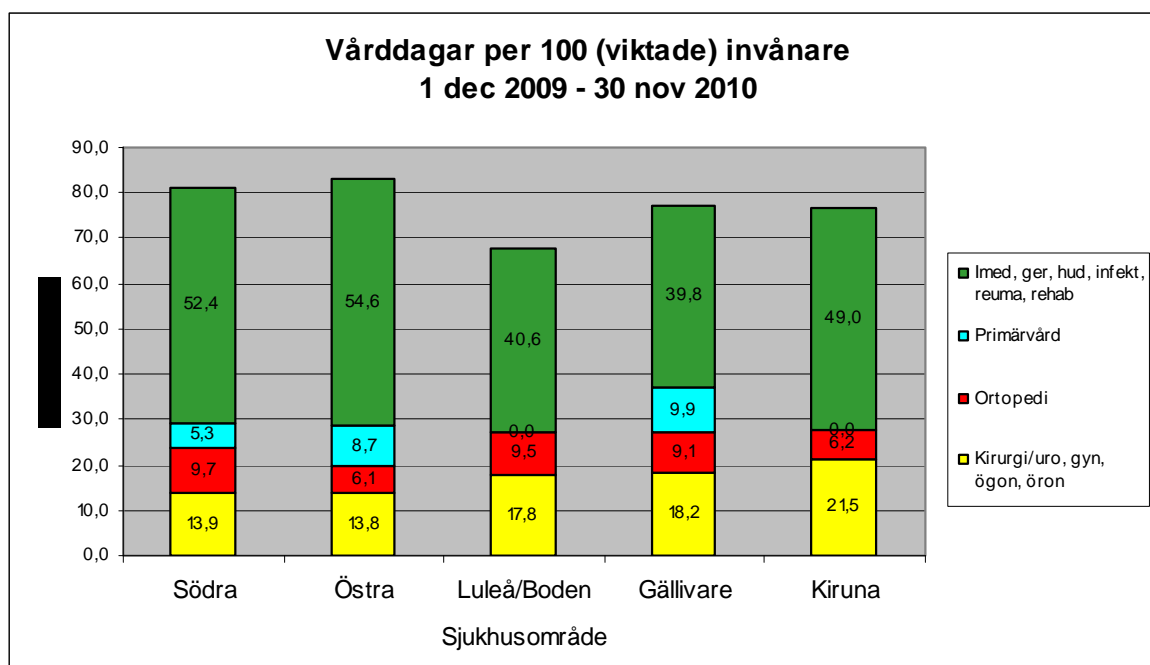
i Luleå/Bodenområdet har den kortaste medelvårdtiden. Skillnaderna kan delvis förklaras av att många utskrivningsklara patienter (med långa medelvårdtider) vårdas vid Kiruna och Piteå äldvads sjukhus eftersom vissa av kommunerna under det senaste året inte kunnat ta hem patienterna i den omfattning som behövs. Den ansträngda platsituationen vid Sunderby sjukhus under året kan antas ha bidragit till att hålla nere vårdtiderna.

Skillnaden är inte försumbar. Om exempelvis boende i Luleå/boden skulle ha lika lång medelvårdtid som länets genomsnitt skulle det innebära ca 3600 ytterligare vårdagar per år vilket i sin tur motsvarar exempelvis 11 vårdplatser med 90 % beläggningsgrad.

Vårdkonsumtion i dagar

Under den senaste 12-månadersperioden, fram till den 30 november 2010, vårdades länets invånare inom somatisk slutenvård för vuxna sammanlagt vid 38 512 vårdtillfällen under 188 461 dagar på länets sjukhus och på primärvårdens observationsplatser.

Antalet vård dagar per 100 invånare¹⁸ och sjukhusområde fördelat på några olika specialiteter framgår av nedanstående tabell.



Den gula¹⁹ delen av staplarna redovisar konsumtionen av slutenvård inom specialiteterna gynekologi, allmänkirurgi, urologi, ögonsjukvård, och öronsjukvård. Den röda delen redovisar slutenvård som registrerats som ortopedi. Den turkosa delen redovisar slutenvård vid de vårdcentraler som har så kallade observationsplatser. Traditionellt brukar denna vård definieras som internmedicinsk vård men bakgrunden till slutenvårdsbehovet kan variera.

Den gröna delen som är den i särklass mest omfattande redovisar slutenvård inom de medicinska specialiteterna: geriatrik, rehabiliteringsmedicin, reumatologi, hudsjukvård, infektion och internmedicin inklusive subspecialiteter som kardiologi, lungsjukvård, neurologi, nefrologi, endokrinologi, gastroenterologi och hematologi. Den specialiserade palliativa slutenvården i norrbotten ingår oftast i internmedicin/geriatrik.

¹⁸ Här har hänsyn tagits till befolkningens ålderssammansättning på grund av att äldre personer konsumerar mer vård än yngre. Befolkningen är "viktad" baserad på konsumtionen i länet under föregående år per åldersgrupp

¹⁹ I den tryckta versionen av rapporten framgår inte färgerna; dessa återges dock i den rapport som finns på www.nll.se/narsjukvard

Analys av vårdkonsumtionen

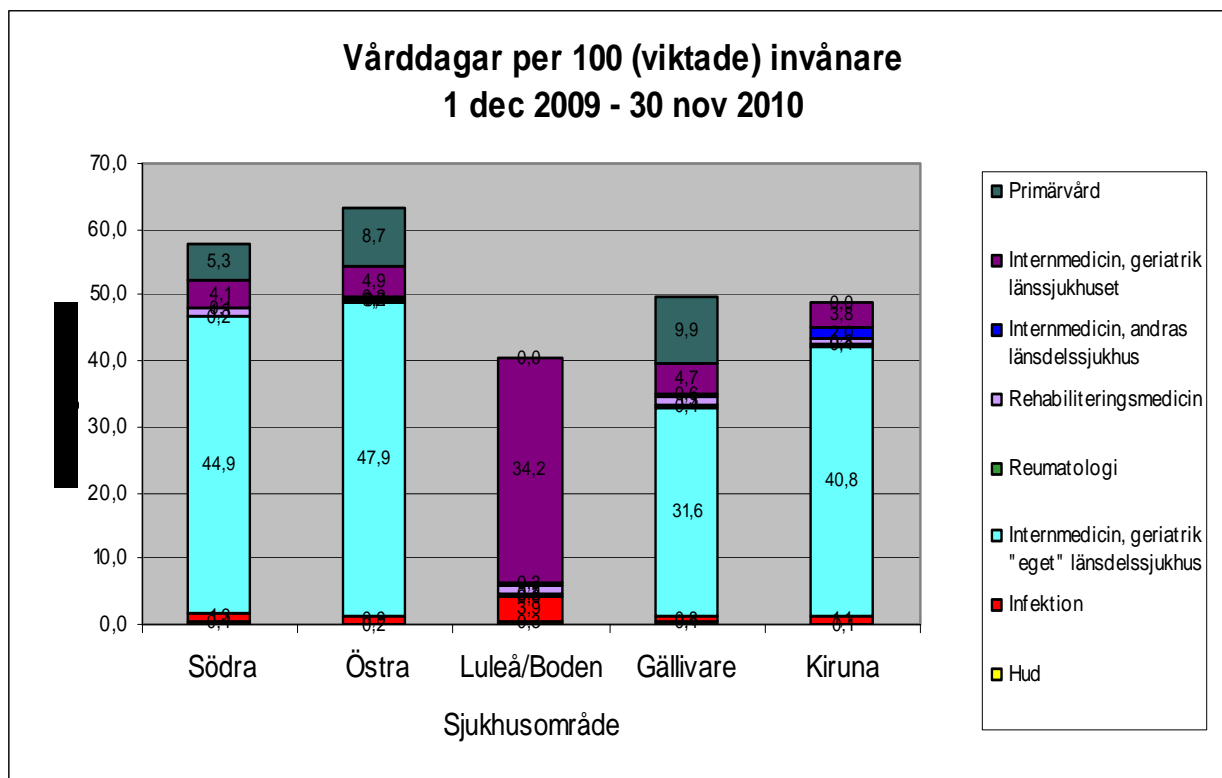
Som framgår av tabellen har boende inom Sunderby sjukhus primära upptagningsområde lägre vårdkonsumtion än länet i övrigt. Anledningarna härtill kan vara flera. Sannolikt har sjukhuset en lägre tillgång på vårdplatser vilket medför en ökad omsättning och därmed kortare medelvårdtider jämfört med länet i övrigt. En bidragande orsak är att upptagningsområdet, i likhet med Kiruna sjukhus upptagningsområde saknar observationsplatser i primärvård. Dessa driver sannolikt upp vårdkonsumtionen eftersom de, utifrån vad tidigare mätningar påvisat, ofta inrymmer vård där ansvaret egentligen borde åvila primärkommunerna. Andelen utskrivningsklara patienter är även mindre framförallt i jämförelse med boende i Kiruna sjukhusområde.

Det kan även finnas andra orsaker såsom skillnader mellan i konsumtionsmönster vad gäller öppen vård och slutenvård beroende på tillgång till specialiserad öppenvård och avståndet till specialistsjukvården.

Notabelt är även skillnaden mellan de olika specialiteterna vilken beror på att strukturen ser olika ut på de olika sjukhusen. Södra och östra Norrbotten får, på grund av avsaknaden av allmänkirurgisk verksamhet på sjukhusorten, en mindre konsumtion av allmänkirurgisk slutenvård och en ökad konsumtion av internmedicinsk vård. "Kirurgpatienten" blir med andra ord en "medicinpatient" om sjukhuset saknar allmänkirurgisk opererande verksamhet. Samma sak gäller för ortopedisk slutenvård. Konsumtionen av ortopedisk slutenvård verkar mindre för boende i Östra Norrbotten och Kiruna sjukhusområde (som saknar ortopedklinik på sjukhusorten) i jämförelse med boende på övriga sjukhusorter. Vid Kiruna och Kalix sjukhus registreras "ortopedpatienten" som "medicinpatient" i en högre omfattning än vid de övriga sjukhusen. Det är således mest relevant att jämföra den totala konsumtionen av slutenvård och inte dyka ner per specialitet.

Internmedicinsk slutenvård

Den ojämförligt största delen av patienterna registreras som internmedicinska, geriatriska eller som tillhörande angränsande specialiteter. V.g. se den gröna delen av staplarna i föregående tabell. Nedanstående tabell redovisar konsumtionen fördelat på de olika specialiteterna samt, vad gäller internmedicin/geriatrik, om vården konsumerats på det "egna länsdelssjukhuset", på Sunderby sjukhus = länssjukhuset, eller på något annat länsdelssjukhus:



Analys

Som framgår är andelen slutenvård inom de medicinska specialiteterna hud, infektion, reumatologi och rehabiliteringsmedicin (där vården sker på Sunderby sjukhus i samtliga fall) liten i förhållande till internmedicin/geriatrik. Den ojämförigt största delen av konsumtionen bedrivs i dagsläget på det egna länsdelssjukhuset (den turkosa delen av staplarna). Detta innebär exempelvis att boende i Gällivare sjukhusområde konsumerar största delen av sin internmedicinska vård på Gällivare sjukhus. Den lila delen av staplarna är konsumtionen av länssjukvård, dvs. den slutenvård som ges på Sunderby sjukhus. Sunderby sjukhus har dels ansvaret att ge vård till hela länet men har även det primära ansvaret att ge slutenvård till boende i Luleå/Boden.