

## **Landstingsstyrelsens rapport**

### **Motioner under beredning**

Motioner under beredning.....	1
-------------------------------	---

### **Ur landstingsdirektörens rapport till styrelsen 2 februari 2012**

Tillgänglighet och vårdgaranti.....	2
Förekomst av vårdskador .....	6
Punktprevalensmätning av trycksår .....	9
Patientnämnden 2011 .....	12
Ogynnsam ökning av antibiotikaförskrivningen .....	13
Vaccination mot HPV i Norrbotten .....	14
Införande av I väntan på ambulans (IVPA).....	15
Hälsosamtal .....	16
Användning av 2011 års ram för folkhälsoarbete .....	17
Överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) 2012 .....	18
Kultur.....	26
Utbildning .....	28
Politiker från NSPA mötte Dirk Ahner .....	28
Framtidens gränslösa vård – Open Days seminarium .....	29
Ågarsamråd och försenad trafikstart för Norrtåg .....	30
Almi Företagspartner och Innovationsbron föreslås gå samman .....	30

### **Ur landstingsstyrelsens protokoll den 1 december 2011**

Förutsättningar för att införa ultraljudsundersökning för att spåra upptäckta pulsåderbräck.....	31
Överenskommelse om politisk samverkan inom folkhälsa, hälso- och sjukvård, skola och omsorg .....	32
Uppdrag att bilda Folkhälsocentrum .....	36
Vårdval Norrbotten – införande av prestationsbaserad ersättning inom området levnadsvanor .....	37

### **Ur landstingsstyrelsens protokoll den 2 februari 2012**

Vårdval Norrbotten – komplettering/revidering av ersättningssystemet .....	39
Vård- och omsorgscollege i Norrbotten .....	40



## Motioner under beredning

- Nr 8/11 om moratorium för neddragningar i närsjukvården (Stefan Tornberg, C och Jens Sundström, FP)

Motioner under beredning samt behandlade motioner finns att läsa via [www.nll.se/fullmaktige](http://www.nll.se/fullmaktige)

## Ur landstingsdirektörens rapport till landstingsstyrelsen den 2 februari 2011

### Tillgänglighet och vårdgaranti

#### Nationellt

#### Måluppfyllelse för Kömiljarden 2011

Regeringen och Sveriges kommuner och landsting (SKL) har överenskommit om villkoren för de prestationsbaserade ersättningarna avseende tillgänglighetsarbetet i hälso- och sjukvården som ska gälla för 2011.

Kraven har skärpts i årets överenskommelse och förutsättningarna för att få ta del av medlen är att minst 70 procent av patienterna i landstinget har väntat 60 dagar eller kortare på besök hos specialist respektive på behandling inom planerad specialiserad vård. Till de landsting som klarar minst 70 procent måluppfyllelse fördelas 800 miljoner kr i förhållande till landstingens storlek. Medel fördelas i två lika delar för besök respektive behandling inom den planerade specialiserade vården.

Årstaånda 200 miljoner kr fördelas till de landsting/regioner som når målet att minst 80 procent av patienterna i landstinget har väntat 60 dagar eller kortare på besök respektive behandling.

Utfallet för perioderna januari–april, maj–augusti samt september–december 2011 för besök ser ut på följande sätt:

	Januari	Februari	Mars	April
Antal landsting som klarat minst 70 %	6 av 21	17 av 21	21 av 21	21 av 21
Antal landsting som klarat minst 80 %	2 av 21	3 av 21	10 av 21	8 av 21
Norrbottens resultat	68,1 %	76,1 %	84,3 %	85,2 %
Pengar för 70 %	0 kr	997 000 kr	880 000 kr	880 000 kr
Pengar för 80 %	0 kr	0 kr	433 000 kr	606 000 kr
<b>Pengar totalt:</b>	<b>0 kr</b>	<b>997 000 kr</b>	<b>1 313 000 kr</b>	<b>1 486 000 kr</b>

	Maj	Juni	Juli	Augusti
Antal landsting som klarat minst 70 %	20 av 21	17 av 21	4 av 21	4 av 21
Antal landsting som klarat minst 80 %	8 av 21	6 av 21	0 av 21	1 av 21
Norrbottens resultat	87 %	85 %	66,4 %	62,0 %
Pengar för 70 %	907 000 kr	991 000 kr	0 kr	0 kr
Pengar för 80 %	606 000 kr	734 000 kr	0 kr	0 kr
<b>Pengar totalt:</b>	<b>1 513 000 kr</b>	<b>1 725 000 kr</b>	<b>0 kr</b>	<b>0 kr</b>

LANDSTINGSSTYRELSEN DEN 2 FEBRUARI 2012

	September	Oktober	November	December*
Antal landsting som klarat minst 70 %	12 av 21	17 av 21	18 av 21	*
Antal landsting som klarat minst 80 %	5 av 21	10 av 21	10 av 21	*
Norbottens resultat	79 %	84,3 %	87,6 %	87,6 %
Pengar för 70 %	1 150 000 kr	983 000 kr	972 000 kr	*
Pengar för 80 %	0 kr	530 000 kr	348 000 kr	*
<b>Pengar totalt:</b>	<b>1 1150 000 kr</b>	<b>1 513 000 kr</b>	<b>1 320 000 kr</b>	*

\* Resultatet för december finns ännu inte tillgängligt.

Utfallet för perioderna januari–april, maj–augusti samt september–december 2011 för operation/behandling ser ut på följande sätt:

	Januari	Februari	Mars	April
Antal landsting som klarat minst 70 %	4 av 21	8 av 21	12 av 21	13 av 21
Antal landsting som klarat minst 80 %	1 av 21	2 av 21	5 av 21	6 av 21
Norbottens resultat	63,5 %	80,1 %	89,1 %	87,6 %
Pengar för 70 %	0 kr	2 621 000 kr	1 649 000 kr	1 546 000 kr
Pengar för 80 %	0 kr	3 780 000 kr	1 556 000 kr	1 492 000 kr
<b>Pengar totalt:</b>	<b>0 kr</b>	<b>6 401 000 kr</b>	<b>3 205 000 kr</b>	<b>3 038 000 kr</b>

	Maj	Juni	Juli	Augusti
Antal landsting som klarat minst 70 %	14 av 21	11 av 21	2 av 21	1 av 21
Antal landsting som klarat minst 80 %	6 av 21	3 av 21	0 av 21	0 av 21-
Norbottens resultat	88 %	85 %	60 %	65 %
Pengar för 70 %	1 458 000 kr	1 665 000 kr	0 kr	0 kr
Pengar för 80 %	1 492 000 kr	3 422 000 kr	0 kr	0 kr
<b>Pengar totalt:</b>	<b>2 950 000 kr</b>	<b>5 087 000 kr</b>	<b>0 kr</b>	<b>0 kr</b>

	September	Oktober	November	December*
Antal landsting som klarat minst 70 %	9 av 21	14 av 21	15 av 21	*
Antal landsting som klarat minst 80 %	2 av 21	7 av 21	10 av 21	*
Norbottens resultat	84 %	89,2 %	91,2 %	86,7 %
Pengar för 70 %	2 441 000 kr	1 431 000 kr	1 394 000 kr	*
Pengar för 80 %	3 780 000 kr	1 270 000 kr	521 000 kr	*
<b>Pengar totalt:</b>	<b>6 221 000 kr</b>	<b>2 701 000 kr</b>	<b>1 915 000 kr</b>	*

\* Resultatet för december finns ännu inte tillgängligt.

Avstämningar görs månadsvis hela året och medlen kommer att fördelas utifrån resultaten vid varje månadsavstämning, d v s landstingen tävlar om 1/12 varje månad. Medel kommer att utbetalas efter regeringens beslut under januari 2012.

De landsting som når 70 procent, för besök respektive operation/behandling, får dela på 33,3 miljoner kr per månad och de som når 80 procent får dela på 8,3 miljoner kr per månad.

Månadsbeloppet fördelas efter befolkningsandel. Detta innebär att befolkningen för alla landsting som klarar nivån summeras, sedan får dessa landsting ersättning utifrån hur stor andel befolkning de har av totalen. Om t ex tio landsting, varav Norrbotten är ett, klarar målet om 70 procent för besök och dessa har en total befolkning av 2,5 miljoner blir Norrbottens andel 10 procent, eftersom antal invånare i Norrbotten är 250 000.

Måluppfyllelse för stimulansmedel, barn och unga med psykisk ohälsa  
Enligt villkoren för stimulansmedlen 2011 för den förstärkta vårdgarantin gällande insatser till barn och unga med psykisk ohälsa är det den faktiska väntetiden som ligger till grund för utdelningen av stimulansmedel. Fördelningen görs utifrån det genomsnittliga resultatet 1 september–31 oktober.

Måluppfyllelsen för dessa medel innebär att väntetiden till behandling/fördjupad utredning inte får överstiga 30 dagar för minst 80 procent av patienterna. För tid till första besök gäller att minst 90 procent av patienterna har fått en första bedömning inom 30 dagar.

Norrbotten klarade måluppfyllelsen för både båda målen och har för detta erhållit drygt 7,2 miljoner kr.

### Norrbotten

#### Besök inom specialiserade vården (90)

I december fanns det totalt 5 596 väntande patienter till ett första besök. Av dessa hade 77 patienter själva valt att vänta längre än 90 dagar.

Något fler patienter, jämfört med föregående månad, fick sitt första besök inom vårdgarantins 90 dagar (95,2 procent i december jämfört med 92,3 procent i november). Andelen som väntat kortare än 60 dagar var i december 82,7 procent vilket något sämre än föregående månad (87,6 procent).

#### Besök i Norrbotten, specialiserad vård, januari-december 2011

Månad	Totalt antal väntande (exkl PvV och MoV*)	Andel väntat 90 dgr och kortare (måluppfyllelse vårdgaranti)	Totalt antal väntande (inkl PvV, exkl MoV*)	Andel väntat 60 dgr och kortare (måluppfyllelse kömiljard, minst 70 %)
Januari	5 564	89,8 %	5 689	68,1 %
Februari	5 323	91,8 %	5 466	76,1 %
Mars	5 446	94,2 %	5 563	84,3 %
April	5 376	94,5 %	5 475	85,2 %
Maj	5 004	95,9 %	5 065	87,1 %
Juni	5 218	95,2 %	5 289	85,2 %
Juli	5 764	91,8 %	5 884	66,4 %
Augusti	5 658	83,4 %	5 865	61,9 %
September	5 264	89,5 %	5 422	78,7 %
Oktober	5 236	94,8 %	5 352	84,3 %
November	5 551	92,3 %	5 609	87,6 %
December	5 496	95,2 %	5 573	82,7 %

\*PvV = Patientvald väntan, MoV = Medicinskt orsakad väntan

I tabellen nedan redovisas tillgängligheten för besök per den 31 december 2011 uppdelat på olika verksamhetsområden och specialiteter (föregående månads resultat inom parentes).

Verksamhets- område: - Specialitet	Totalt antal väntande exkl PvV*och MoV*	Andel väntat 90 dgr och kortare (måluppfyllelse vårdgaranti)	Totalt antal väntande inkl PvV*, exkl MoV*	Andel väntat 60 dgr och kortare (måluppfyllelse kömiljard, minst 70 %)
<b>Kirurgi totalt</b>	<b>4 010 (4 062)</b>	<b>96 % (97,9 %)</b>	<b>4 048 (4 089)</b>	<b>83,3 % (88,9 %)</b>
- Allmän kirurgi	875 (855)	99 % (99 %)	883 (861)	92,3 % (90,7 %)
- Kvinnosjukvård	492 (575)	98 % (98,8 %)	495 (577)	91,7 % (94,8 %)
- Ortopedi	925 (1 043)	96,9 % (96,9 %)	930 (1 046)	81 % (86,5 %)
- Urologi	270 (242)	97,8 % (99,2 %)	270 (243)	88,9 % (94,7 %)
- Ögonsjukvård	942 (784)	89,6 % (97,1 %)	955 (795)	68,4 % (81 %)
- Öron-näsa- hals	506 (563)	98,2 % (98,1 %)	515 (567)	89,1 % (93,3 %)
<b>Medicin totalt</b>	<b>1 316 (1 325)</b>	<b>92 % (94,2 %)</b>	<b>1 353 (1 356)</b>	<b>79,4 % (82,3 %)</b>
- Allmän intern- medicin	300 (335)	98,7 % (98,8 %)	303 (335)	94,1 % (91,3 %)
-Barn- och ung- domsmedicin	213 (196)	97,7 % (98 %)	214 (197)	92,5 % (92,9 %)
- Endokrinologi	25 (22)	96 % (95,5 %)	25 (22)	84 % (90,9 %)
- Hematologi	10 (9)	100 % (100 %)	10 (9)	90 % (88,9 %)
- Hjärtsjukvård	85 (66)	69,4 % (74,2 %)	88 (70)	48,9 % (51,4 %)
- Hudsjukvård	177 (201)	100 % (100 %)	179 (202)	89,4 % (98 %)
- Lungsjukvård	205 (88)	75,1 % (75,7 %)	226 (190)	54,4 % (55,8 %)
- Mag- och tarmsjukvård	99 (88)	93,9 % (95,5 %)	99 (88)	86,9 % (85,2 %)
- Neurologi	84 (102)	89,3 % (100 %)	90 (105)	56,7 % (70,5 %)
- Njurmedicin	18 (20)	88,9 % (75 %)	18 (21)	66,7 % (57,1 %)
- Reumatisk sjukvård	92 (105)	100 % (99,1 %)	93 (105)	87,1 % (84,8 %)
- Spec smärt- mottagning	8 (12)	87,5 % (100 %)	8 (12)	62,5 % (75 %)
<b>Psykiatri - barn</b>	<b>45 (41)</b>	<b>100 % (100 %)</b>	<b>45 (41)</b>	<b>100 % (100 %)</b>
<b>Psykiatri - vux- na</b>	<b>125 (123)</b>	<b>100 % (100 %)</b>	<b>127 (123)</b>	<b>91,3 % (97,6 %)</b>
<b>Totalt</b>	<b>5 496 (5 551)</b>	<b>95,2 % (97,1 %)</b>	<b>5 573 (5 609)</b>	<b>82,7 % (87,6 %)</b>

\* PvV = Patientvald väntan, MoV = Medicinskt orsakad väntan

Tillgänglighetsresultatet när det gäller besök har försämrats något från november till december, en anledning till detta kan vara det faktum att det varit jul- och nyårshelger vilket innebär färre produktionsdagar under december månad.

Hematologin, hudsjukvården, barn- och ungdomspsykiatrin samt vuxenpsykiatrin klarade trots detta av att erbjuda alla sina patienter ett första besök i december inom vårdgarantins tidsgräns.

Hjärt- och lungsjukvården, neurologin, njurmedicin samt den specialiserade smärtmottagningen nådde inte upp till kömiljardens mål om att minst 70 procent av patienterna får ett besök inom 60 dagar eller kortare, övriga mottagningar klarar målet.

#### Operationer/behandling inom specialiserade vården (90)

Totala antalet väntande till behandling ökade något från november (1 910) till december (2 073). I december var det totalt 26 patienter som själva hade valt att vänta längre än 90 dagar.

Ungefär lika många patienter fick sin behandling inom vårdgarantins 90 dagar (98,0 procent i december jämfört med 98,8 procent i november).

Andelen patienter som väntat 60 dagar eller kortare på behandling minskade dock något, från 91,2 procent i november till 86,7 procent i december.

Operation/åtgärd, inklusive övriga, i Norrbotten januari-december 2011

Månad	Totalt antal väntande (exkl PvV och MoV*)	Andel väntat 90 dgr och kortare (måluppfyllelse vårdgaranti)	Totalt antal väntande (inkl PvV*, exkl MoV)	Andel väntat 60 dgr och kortare (måluppfyllelse kömiljard, minst 70 %)
Januari	2 284	94,1 %	2 345	63,5 %
Februari	1 953	94,4 %	1 993	80,1 %
Mars	1 912	98,0 %	1 948	89,1 %
April	1 872	97,6 %	1 920	87,6 %
Maj	1 503	98,1 %	1 525	88,3 %
Juni	1 545	94,9 %	1 557	85,2 %
Juli	1 715	88,6 %	1 738	60 %
Augusti	1 977	82,0 %	2 032	64,9 %
September	1 946	90,6 %	1 995	83,6 %
Oktober	1 795	97,3 %	1 826	89,2 %
November	1 860	98,8 %	1 877	91,2 %
December	2 025	98 %	2 051	86,7 %

\*PvV = Patientvald väntan, MoV = Medicinskt orsakad väntan

I tabellen nedan redovisas tillgängligheten för behandlingar per den 31 december 2011 uppdelat på olika verksamhetsområden och specialiteter (föregående månads resultat inom parentes).

Verksamhetsområde	Totalt antal väntande (exkl PvV och MoV*)	Andel väntat 90 dgr och kortare (måluppfyllelse vårdgaranti)	Totalt antal väntande (inkl PvV*, exkl MoV)	Andel väntat 60 dgr och kortare (måluppfyllelse kömiljard, minst 70 %)
Gynekologi	177 (128)	99,4 % (99,2%)	185 (134)	88,6 % (89,6%)
Handkirurgi	123 (103)	92,7 % (98,1 %)	123 (104)	83,7 % (86,5 %)
Kirurgi	266 (231)	99,3 % (99,6 %)	268 (232)	84 % (91,8 %)
Ortopedi	576 (513)	97,6 % (97,9 %)	580 (517)	84 % (85,9 %)
Plastikkirurgi	23 (23)	95,7 % (100 %)	27 (24)	66,7 % (70,8 %)
Ryggkirurgi	34 (27)	94,1 % (92,6 %)	34 (27)	70,6 % (88,9%)
Thoraxkirurgi	4 (10)	100 % (100 %)	5 (11)	80 % (81,8%)
Urologi	133 (111)	98,5 % (99,1 %)	135 (111)	83 % (93,7 %)
Ögonsjukvård	311 (330)	100 % (99,7 %)	312 (332)	97,4 % (97,9 %)
Öron-näsa-hals	378 (384)	97,6 % (99,2 %)	382 (385)	88,2 % (95,1 %)
<b>Totalt</b>	<b>2 025 (1 860)</b>	<b>98 % (98,8 %)</b>	<b>2 051 (1 877)</b>	<b>86,7 % (91,2 %)</b>

\* PvV = Patientvald väntan, MoV = Medicinskt orsakad väntan

Så gott som samtliga patienter får sin behandling inom vårdgarantins 90 dagar (98 procent i december).

Samtliga verksamheter, utom plastikkirurgin, når i december kömiljardens mål om att minst 70 procent av patienterna får sin behandling inom 60 dagar.

## Förekomst av vårdskador

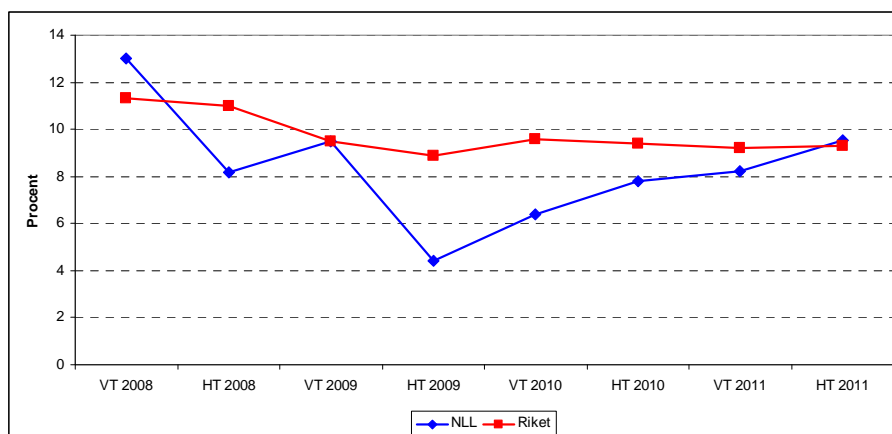
### Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Socialstyrelsens definition av vårdrelaterade infektioner är: "Varje infektionstillstånd som drabbar patienter till följd av sjukhusvistelse eller behandling i öppen vård, oavsett om det sjukdomsframkallande ämnet tillförts i

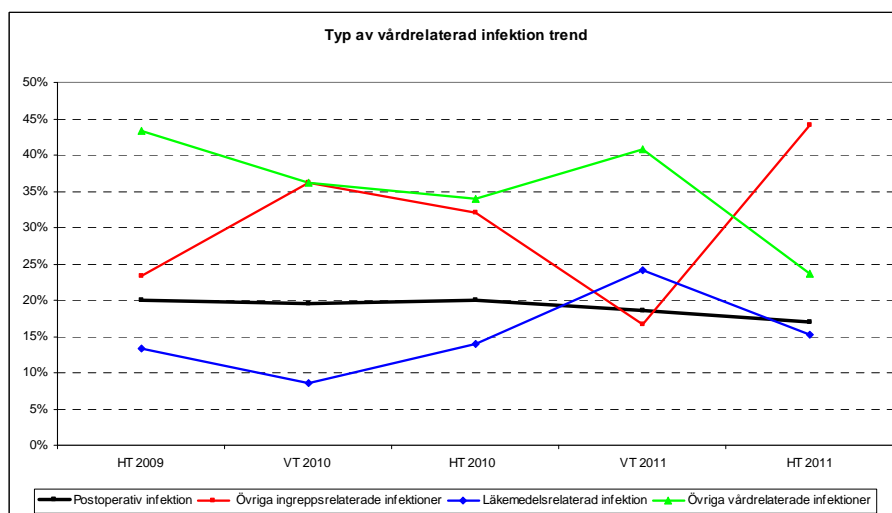
samband med vården eller härrör från patienten själv, samt oavsett om infektionstillståndet yppas under eller efter vården.”

Andelen vårdrelaterade infektioner mäts i landstinget sedan 2008 vid två tillfällen per år och ingår i Sveriges Kommuner och Landstings (SKL:s) nationella mätning. Senaste mätningen genomfördes i oktober 2011. I mätningen ingår somatisk och vuxenpsykiatrisk slutenvård samt primärvårdens OBS-platser. Mätningen omfattar 22 700 patienter i Sverige och 618 i Norrbotten.

I följande diagram redovisas andelen vårdrelaterade infektioner sedan 2008.

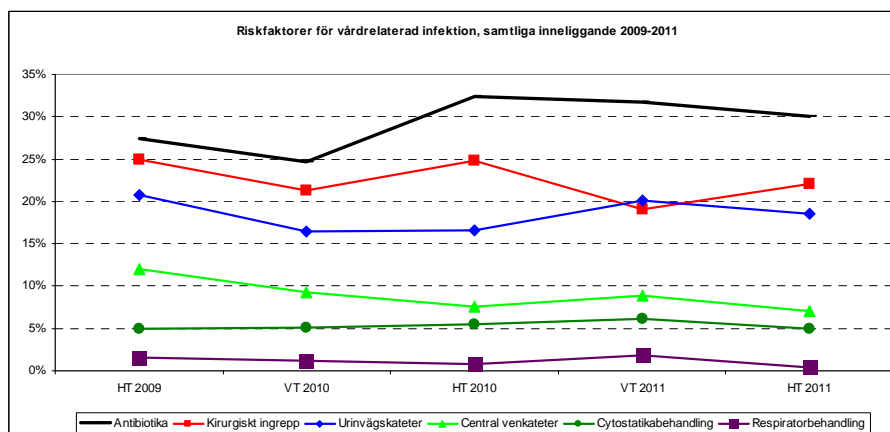


Andelen vårdrelaterade infektioner har sedan hösten 2009 ökat vid varje mätning i Norrbotten.



I Norrbotten har gruppen övriga vårdrelaterade infektioner, d v s infektioner som debuterat > 48 timmar efter inskrivning på sjukhus minskat men ligger högt i förhållande till de andra grupperna.

Ingreppsorsakade infektioner vid urin- eller kärlkateter, skalldränage, lunginflammation orsakad av respiratorbehandling eller lungdrän är den grupp som haft en nedåtgående trend, men nu ökat. Denna trend ses även i det nationella resultatet. Postoperativa infektioner minskar sakta, de flesta återfinns inom allmänkirurgisk verksamhet. Läkemedelsrelaterade infektioner, som diarréer vid antibiotikabehandling eller cystostatiska medel som ger infektioner ökade vid förra mätningen för att nu åter minskar.

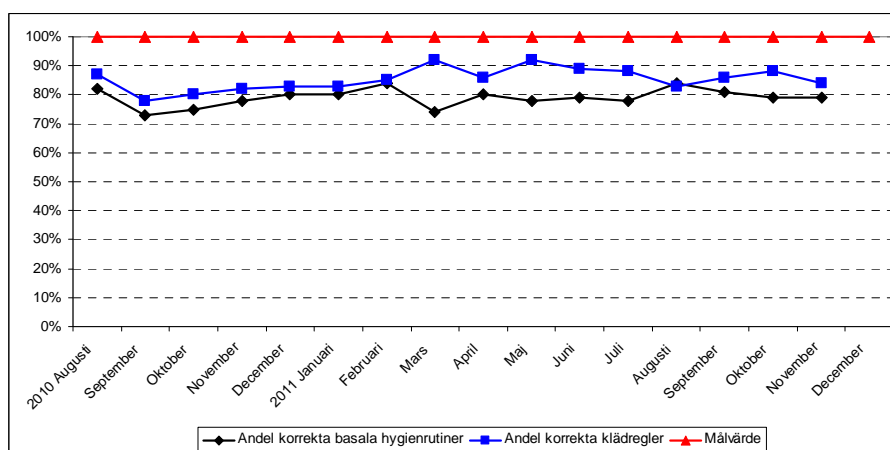


Varje faktor utgör en risk att få en vårdrelaterad infektion och ökar ju fler risker patienten är utsatt för. Att följa rutiner för antibiotikaproylax och behandlingar, noggrant utvärdera behovet av kirurgi, urinvägskateter, central venkateter och respiratorvård ökar patientsäkerheten.

### Följsamhet till hygienpolicy

Under 2011 följer 87 procent av landstingets medarbetare samtliga klädregler: kortärmad arbetsdräkt, inga ringar, klockor eller armband och kort eller uppsatt hår. Hygienreglerna kräver att personalen spritar händerna före och efter kontakt med patienten, använder handskar och plastförkläde. Det har 80 procent gjort under året. Mätningen av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler är avsedd att vara ett stöd i arbetet med att uppnå hög följsamhet. Ökad följsamhet leder till en minskning av vårdrelaterade infektioner utifrån att evidensbaserade åtgärder tillämpas som beskrivs i "Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvården m.m." (SOSFS 2007:19).

Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler i Norrbotten under 2010–2011 framgår av diagrammet.



### Vårdskadepanoramats 2011

I den nationella satsningen för ökad patientsäkerhet och i överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ställs ännu högre krav på att vården ska ha kontroll över vårdskadepanoramats. I en organisation med hög patientsäkerhetskultur är detta en självklarhet. År 2011 är för Norrbottens del första året som statistik för vårdskador presenteras.



Med vårdskada avses enligt patientsäkerhetslagen lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som är bestående och inte ringa, eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

Vårdskador	Antal
Dödsfall	15
Behandlingskrävande skada med bestående men	12
Behandlingskrävande skada utan bestående men	90
Ej behandlingskrävande skada som medfört obehag	135
<b>Totalt</b>	<b>252</b>

Källa; Landstingets databas för avvikelser, Synergi 2011

Resultat kräver naturligtvis stora insatser i det förebyggande arbetet. Det är särskilt viktigt med hög följsamhet till riktlinjer och rutiner, men det krävs även stor lyhördhet och förståelse till patienternas behov. Några läkare och sjuksköterskor kommer under februari/mars att utbildas i metoden för strukturerad journalgranskning. Det är en systematisk metod som syftar till att upptäcka vårdskador så att rätt åtgärder kan förebygga att liknande händelser inte uppstår igen.

### **Större patientmedverkan**

Enligt överenskommelsen och patientsäkerhetslagen ska patienter och närstående ska ges möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet. Till exempel ska de erbjudas att medverka i händelse- och riskanalysarbetet och vid inträffad vårdskada ska patient och/eller närstående informeras om inträffad vårdskada. För att underlätta detta arbete finns handledningar, vägledningar och patientinformation framtaget och implementeringsarbete pågår i all patientnära verksamhet.

### **Säker läkemedelshantering**

Säker läkemedelshantering syftar till att patienten behandlas med rätt läkemedel, i rätt mängd och vid rätt tidpunkt. Avvikelser och incidenter inom läkemedelshanteringen är en vanlig säkerhetsrisk. Flest avvikelser finns inom ordination, administration och dokumentation. För att höja patientsäkerheten har apotekares kompetensstöd i läkemedelsprocessen på försök tillförts några verksamheter. Utvärderingen visar att förskrivningen av olämpliga, riskabla läkemedel och risken för akuta inläggningar orsakade av läkemedel och risk för vårdskador minskar. Läkemedelskostnaderna reduceras och är därmed är angreppssättet kostnadseffektivt. Arbetet med att skapa förutsättningar för att fler verksamheter ska ha tillgång till apotekares kompetens i verksamheten fortsätter.

### **Punkprevalensmätning av trycksår**

I den nationella satsningen för ökad patientsäkerhet ingår att bekämpa förekomsten av trycksår. Den 4 oktober 2011 genomfördes den andra nationella mätningen där 14 landsting/regioner deltog. För Norrbottens del var detta den fjärde mätningen.

Syftet är att resultatet från mätningen ska ligga till grund för förbättringsarbetet på varje enhet för att förebygga trycksår. Målet är att ingen patient under vård och behandling ska få trycksår.

Vid identifierad risk ska evidensbaserade åtgärder omedelbart sättas in. Landstinget följer Sveriges Kommuner och Landstings åtgärds paket/kunskapsunderlag där följande obligatoriska åtgärder ingår:

- Riskbedömning.
- Hudbedömning.
- Planering, genomförande och uppföljning av omvårdnadsåtgärder.
- Information till patient och närstående och eventuell överrapportering till annan vårdenhet eller vårdnivå, t ex kommunens äldreboenden.

Punktprevalensmätningen visar endast förekomst av trycksår vid ett givet tillfälle, d v s under en dag och inte när och var det uppstått.

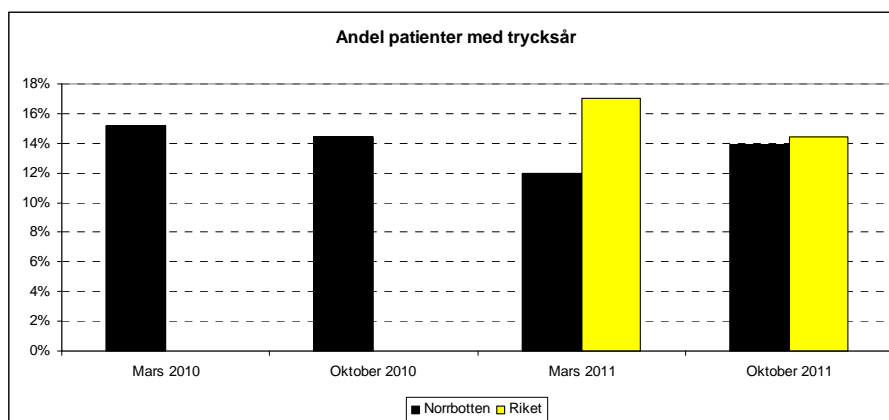
För Norrbottens del omfattar mätningarna 2011 alla inskrivna patienter som är 18 år och äldre inom divisionerna Primärvård (OBS-platserna), Opererande specialiteter, Medicinska specialiteter och Vuxenpsykiatri (utom två enheter).

I mätningen ingår det också att journalgranska om riskbedömningar, hudbedömningar och förekomsten av trycksår var dokumenterade i patientens journal inom 24 timmar efter inskrivning på avdelning

### Resultat

I denna mätning deltog totalt 541 patienter fördelade på 28 inom primärvård, 136 inom opererande specialiteter, 344 inom medicinska specialiteter och 33 inom vuxenpsykiatri.

Vid de tidigare mätningarna har följande antal patienter deltagit: 533 (mars 2010), 571 (oktober 2010) och 569 (mars 2011).

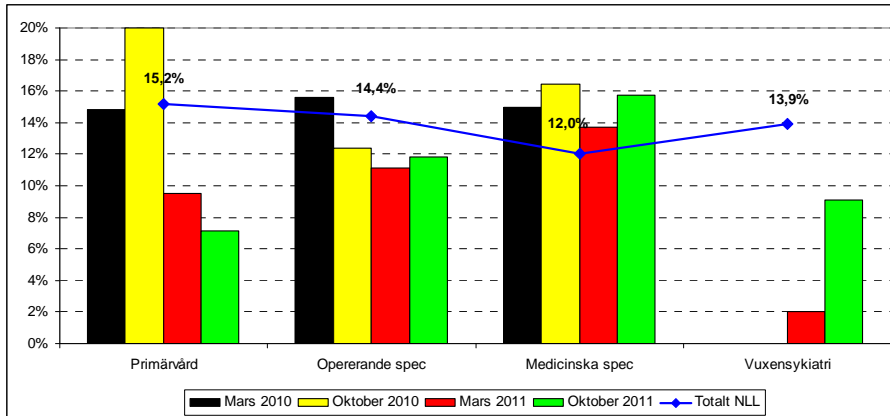


Förekomsten av trycksår i Norrbotten har ökat mellan de två senaste mätningarna. Förekomsten i riket här däremot minskat. En förklaring till detta kan vara att endast 14 landsting/regioner deltog i denna mätning mot 21 i mätningen i mars.

Andelen kvinnor och män med trycksår i Norrbotten framgår av tabellen:

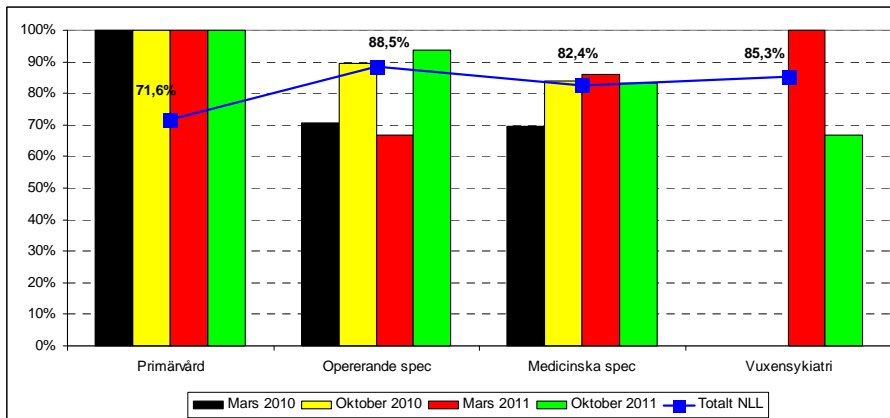
Tidpunkt	Kvinnor	Män
Mars 2010	15,4 %	14,9 %
Oktober 2010	16,0 %	12,4 %
Mars 2011	11,2 %	12,8 %
Oktober 2011	12,6 %	15,3 %

Andel patienter med trycksår fördelade per division framgår av följande diagram.



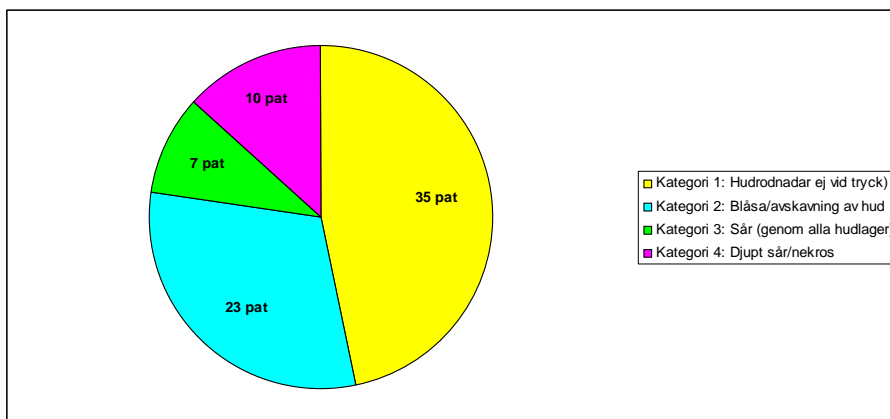
Förekomsten av trycksår varierar generellt sett mindre i divisionerna Opererande specialiteter och Medicinska specialiteter.

Målet är att alla patienter som har ett trycksår ska ha fått minst en åtgärd insatt. Diagrammet visar andelen patienter som fått åtgärd insatt per division.



Primärvården redovisar 100 procent insatta åtgärder vid varje mätning. Mellan de senaste mätningarna har det skett en ökning med 2,9 procentenheter. Det tyder på att arbetet med att förebygga trycksår haft en viss effekt.

Trycksåren indelas i fyra kategorier. Antalet patienter som har trycksår i olika kategorier ser ut på följande sätt:



Resultaten av mätningarna ska användas i det förebyggande patientsäkerhetsarbetet för uppnå det övergripande målet: Ingen patient ska drabbas av trycksår i samband med vård. Det återstår en del arbete för att nå målet, bl a måste arbetet med att utföra hudinspektion, riskbedöma, sätta in förebyggande åtgärder och utvärdera systematiseras för att minska vårdskadorna. Alla verksamheter ska analysera sina resultat för att identifiera brister och sätta in förbättringsåtgärder.

Divisionerna Primärvård, Opererande specialiteter och Medicinska specialiteter ska delta i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.

## Patientnämnden 2011

Patientnämnden avslutade 569 ärenden under 2011 jämfört med 580 ärenden under samma period 2010. Därutöver kontaktades nämnden av en stor mängd patienter och medborgare som önskade vägledning i problem inom hälso- och sjukvården samt folktandvården.

Av tabellen framgår antal ärenden under 2010 respektive 2011.

Division	Bemötande, kommunikation		Organisation, regler och resurser		Vård och behandlingsfrågor		Totalt	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Primärvård	63	60	43	29	47	49	153	138
Opererande spec	59	73	51	33	87	88	197	194
Medicinska spec	27	44	29	18	36	36	92	98
Vuxenpsykiatri	16	16	13	19	29	26	58	61
Diagnostik	3	3	15	8	6	3	24	14
Folktandvård	11	7	5	9	12	6	28	22
Service	1	1	7	2	2	1	10	4
Landst gemens	0	3	0	10	0	0	0	13
Kommuner	2	4	0	2	9	9	11	15
Privat primärv o vårdverksamhet	2	5	3	0	2	5	7	10
<b>Totalt</b>	<b>184</b>	<b>216</b>	<b>166</b>	<b>130</b>	<b>230</b>	<b>223</b>	<b>580</b>	<b>569</b>
Varav								
Kvinnor	100	123	93	70	145	125	338	318
Män	84	93	73	60	85	98	242	251

Det totala antalet ärenden har minskat med 11 eller 1,9 procent under 2011 jämfört med 2010, varav Bemötande, kommunikation ökade med 32 ärenden eller 17 procent, Organisation, regler och resurser minskade med 36 ärenden (22 procent) och Vård och behandlingsfrågor minskade med 7 ärenden (3 procent).

Av det totala antalet anmälningar gällde 56 procent kvinnor, vilket är en minskning från 58 procent år 2010.

## Ogynnsam ökning av antibiotikaförskrivningen

I senaste numret av Smittsant (4-2011) framkommer att en låg kunskap och ett litet intresse för frågorna om antibiotikaförskrivning bland delar av läkarkåren i Norrbotten är sannolikt ett hot mot den framtida patientsäkerheten.

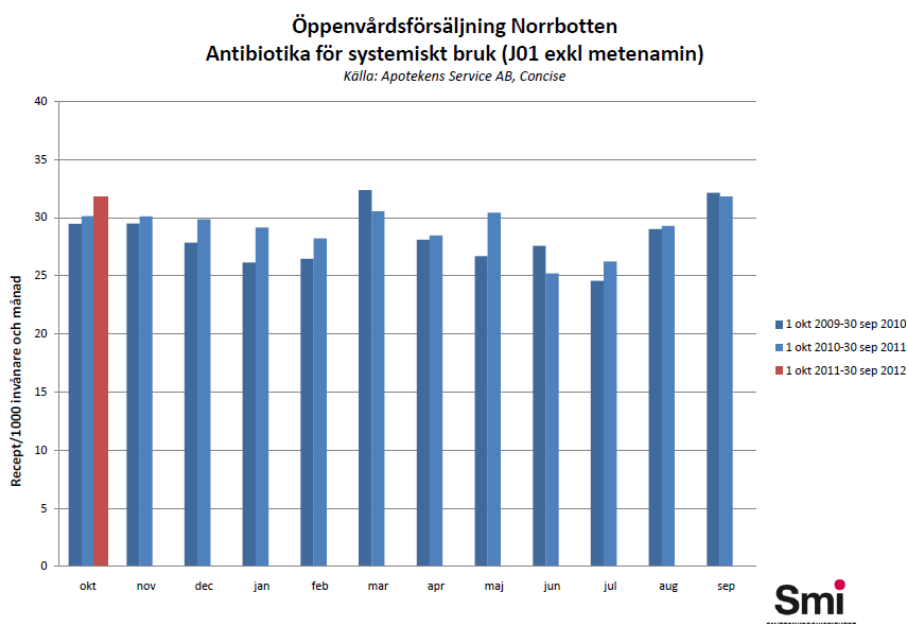
Problemen med antibiotikaresistenta bakterier, som sprider sig snabbt i världen, kommer att bli ett hot mot patientsäkerheten även i Sverige om inte utvecklingen hejdas. Det stora antalet patienter, som dör i infektioner med resistent bakterier (uppskattningsvis 9 000 per år i Europa), borde fungera som en väckarklocka för oss i Norrbotten trots att problemen här uppe ännu inte är så omfattande. Om situationen, som föreligger i södra Europa, importeras kommer förmodligen flera hundra svenskar årligen att dö i onödan p g a vad som tidigare varit fullt behandlingsbara bakteriella infektioner.

Det finns två huvudspår i arbetet med att förhindra spridning av antibiotikaresistens:

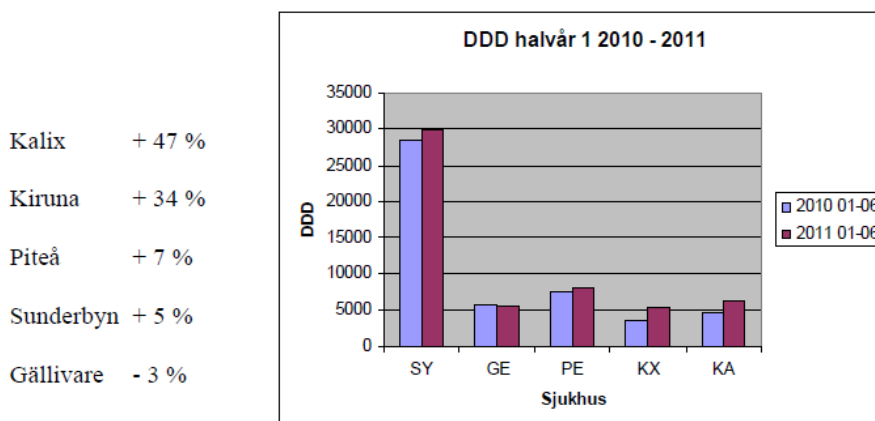
- Basala hygienrutiner ska alltid följas i samband med patientvård.
- Antibiotika ska enbart förskrivas på strikt indikation.

Det finns tyvärr anledning att anta, att det ibland slarvas vad gäller stringens i antibiotikaanvändandet. Trots den pågående patientsäkerhetsinsatsningen inklusive ”250-målet” (250 recept per 1 000 invånare) och trots att trenden i Sverige i övrigt visar på minskade förskrivningssiffror tenderar förbrukningen i Norrbotten att öka både i öppen- och slutenvården, se nedan. Från att tidigare ha kunna skryta med att vi varit i toppskiktet bland landets landsting halkar Norrbotten nu nedåt på listan. I slutenvården ses dessutom en fortsatt överförskrivning av för resistensspridning ogynnsamma antibiotikasorter, framförallt Extended Spectrum Beta-Lactamase (ESBL); ämnen som bryter ned vissa antibiotika.

### Antibiotikaförbrukning Norrbotten – öppenvård



### Antibiotikaförbrukning Norrbotten – slutenvård



Procentuellt sett är ökningen i Kalix och Kiruna högst. En skärpning av antibiotikaförskrivningsrutinerna kommer våra framtida patienter till gagn!

### Mycket oroande antibiotikaresistens i södra Europa

En nyligen publicerad rapport I European Centre for Disease Prevention and Control är en skrämmande läsning om hur antibiotikaresistensen breder ut sig i framför allt södra och östra Europa. Resistensutvecklingen under de senaste fem åren för vanliga Escherichia coli (tarmbakterie) hos patienter med septikemi (innebär att kroppen reagerar på en så kallad allmän bakterieinfektion, vilket i praktiken betyder att det finns bakterier i blodet) åskådliggörs i tabellen nedan. De länder som har en andel bakterier under fem procent som isolerats från blod hos personer med sepsis (allmän blodförgiftning) där bakterien i fråga varit resistent mot antibiotikasorten i fråga, i Europa blir allt färre.

Antibiotika	<5 procent 2005	<5 procent 2010
Tredje generationens cefalosporiner	Island, Norge, Sverige, Finland, Danmark, Irland, Frankrike inkl Korsika, Luxemburg, Belgien, Nederländerna, Tyskland, Tjeckien, Österrike, Slovenien, Polen, Ungern	Island, Norge, Sverige och Finland.
Aminoglykosider	Island, Norge, Sverige, Finland, Danmark, Frankrike, Belgien och Nederländerna	Island, Norge, Sverige och Finland
Kinoloner	Island, Norge och Danmark	Inget land

Länderna med högst andel bakterier ökar.

Antibiotika	25–<50 procent 2005	25–<50 procent 2010
Kinoloner	Portugal, Spanien, Italien inkl Sardinien och Bulgarien	Spanien, Luxemburg, Italien inkl Sardinien, Polen, Ungern, Bulgarien och Cypern

### Vaccination mot HPV i Norrbotten

Den 1 januari 2010 beslutade Socialstyrelsen att införa en vaccination mot HPV i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn, gällande flickor i årskurserna 5 och 6. Vaccinet som ger ett bra skydd mot virus som kan orsaka livmoderhalscancer. Virus kallas HPV, en förkortning för humant papill-

lomvirus. Till följd av överklaganden av de nationella upphandlingarna av HPV-vaccin så har inte landstinget tidigare kunnat köpa in vaccinet.

I början av januari blev dock upphandlingen klar och därför inleder länets vårdcentraler under januari 2012 kostnadsfri vaccination med HPV-vaccin till unga flickor i åldersgrupperna 1993 t o m 1998. Eftersom det råder begränsad tillgång på vaccin under första kvartalet 2012 kommer de första vaccinationerna endast att genomföras på flickor födda 1993 och 1994. När tillgången på vaccin ökar kommer övriga åldersgrupper 1995–1998 samt de åldersgrupper som vaccineras via skolhälsovården, i det allmänna vaccinationsprogrammet 1999 t o m 2001, att vaccineras. Årlig vaccination kommer framöver att erbjudas till flickor i årskurserna 5 och 6, via skolhälsovårdens försorg.

## **Införande av I väntan på ambulans (IVPA)**

Landstingsfullmäktige beslöt på sammanträdet den 16–17 juni 2010 (§ 56) att införa IVPA på utvalda orter i några kommuner i länet.

En arbetsgrupp bestående av företrädare för akutsjukvården och primärvården, räddningschefen i Boden samt en projektledare har ansvarat för planläggning av utbildning, inköp av utrustning, rutiner och larminstruktioner.

### **Införandet**

En utbildningsansvarig projektledare anställdes på halvtid för samordning av utbildningen av brandmännen vid berörda orter. Tillsammans med 20 lokala instruktörer från ambulanssjukvården har utbildningssamordnaren genomfört utbildning av sammanlagt 150 brandmän.

Införandet skedde i två etapper:

Start	Ort
1 juni 2011	Markbygden, Vidsel, Harads, Gunnarsbyn, Töre, Råneå
1 november 2011	Porjus, Ullatti, Soppero/Lannavaara, Abisko, Karesuando, Kuttainen, Junosuando

### **Ekonomi**

Kostnaderna för landstinget har under införandet uppgått till ca 550 000 kr.

### **Uppföljning**

I december genomförde arbetsgruppen tillsammans med SOS Alarm en första uppföljning av IVPA-verksamheten. Den visade på stora svårigheter att få en överblick över antalet larm per ort utifrån de rapporter som ska skickas in. Det fanns även brister i dokumentationen från Räddningstjänsten vilket gjorde det svårt att bedöma tidsvinster och medicinska åtgärder.

SOS Alarm hade däremot uppgifter på 42 IVPA-larm från starten i juni men majoriteten av dessa hade skett på andra sjukdomstillstånd än vad som anges i larmplanen.

Med anledning av ovanstående har ett antal förbättringsåtgärder vidtagits.

### **Information och medias rapportering**

Reportage om införandet av IVPA har förekommit i dagstidningar, i TV och i landstingets informationskanaler som annonser, webbplatsen nll.se och Landstingstidningen.

Dagstidningarna rapporterade i somras om några händelser i bl a Vidsel där inte IVPA larmades. Anledningen till det var i ett fall att en ambulans hade kortare insatstid till den skadade, i ett annat att telefonsamtalet till SOS inte indikerade att den drabbade uppfyllde de medicinska kriterierna för IVPA-larm.

I slutet av året rapporterades det i tidningar och TV att räddningstjänsten inte får larmas vid hjärtstopp i tätorter. Landstinget anklagades för att ha tackat nej till en tjänst som var gratis och även att ha förbjudit SOS Alarm att larma räddningstjänsten vid hjärtstopp.

Fakta är att berörda räddningschefer visserligen önskat denna verksamhet, men att man i samförstånd med landstinget kommit överens om att först utvärdera IVPA i glesbygd innan någon utvidgning sker. I dessa samtal har något erbjudande om en gratis tjänst inte förekommit. Landstinget har inte heller förbjudit SOS Alarm att larma räddningstjänsten - frågan har aldrig kommunicerats med dem.

Det påtalades vidare att ambulanserna ofta är flera mil bort medan räddningstjänsten alltid finns redo för utryckning. Det kan säkert förekomma i något enstaka fall, men är generellt en felaktig beskrivning av verkligheten. Jämförelsen med Stockholm är orimlig - Norrbotten har närmare tre gånger fler ambulanser per 100 000 invånare. I Stockholm kan därför långa väntetider på ambulans förekomma.

Mitt i denna rapportering kom en rapport från Sveriges Kommuner och Landsting som visade att Norrbotten är bäst i landet när det gäller överlevnad vid hjärtstopp utanför sjukhus - alltså tvärt emot vad företrädare för räddningstjänsten påstått.

## Hälsosamtal

Läsåret 2010/2011 deltog samtliga länets kommuner i den årliga undersökning om skolbarns hälsa och levnadsvanor som länets skolsköterskor gör i samarbete med landstinget. Sammantaget deltog detta år över 8 000 elever i förskoleklass, årskurs fyra, sju och gymnasiet första år, vilket är fler än något tidigare år.

Liksom föregående läsår är det glädjande att se att de allra flesta av barnen i Norrbotten, oavsett ålder, för det mesta mår bra. De flesta sov också bra och mer än nio av tio hade tillgång till en vuxen att prata med om det som är viktigt för dem, oavsett ålder. Samtidigt som den övergripande bilden är mycket positiv, finns skillnader mellan könen som är synliga redan i årskurs sju, där flickor oftare har psykiska besvär och värk än pojkar i samma ålder. Skillnaden mellan könen visar ännu inga tydliga tecken på att minska i länet.

Majoriteten av eleverna i länet äter frukost, lunch och middag varje skoldag. Det finns dock en oroväckande utveckling av matvanorna; det blir allt mindre vanligt att äta frukost varje skoldag, och bland flickorna också att äta lunch varje skoldag. Det blir också stadigt vanligare att äta frukost så sällan som högst två skoldagar i veckan. Det var vanligare att kunna koncentrera sig i skolan bland dem som åt frukost varje skoldag, jämfört med dem som åt frukost högst två skoldagar i veckan. Bland dem som åt frukost sällan, var det också vanligt att äta lunch sällan, men att ofta dricka läsk.

Sedan 2007/2008 har läskdrickandet minskat något bland pojkar i gymnasiet. Under samma period har andelen med övervikt eller fetma ändå varit i det



närmaste oförändrad; fortfarande har nästan var tredje pojke i gymnasiet övervikt eller fetma i länet. Stillasittandet framför dator och/eller TV har inte minskat och den fysiska aktiviteten på fritiden har snarare minskat än ökat över den tid frågan ställts. För att få bukt med den ökande risken för sjukdomar som hjärt- kärlsjukdom och diabetes, som fetma innebär, behöver inte bara läskkonsumtionen minska, utan även övrigt energiintag och fysisk aktivitet behöver förändras.

Länsrapporten finns att läsa via [www.nll.se/folkhalsa](http://www.nll.se/folkhalsa)

## **Användning av 2011 års ram för folkhälsoarbete**

Landstingsfullmäktige beslutade den 27 november 2008 att avsätta 2 miljoner kr per år under perioden 2009–2011 till landstingets folkhälsoarbete. För år 2011 beslutade landstingsfullmäktige att denna särskilda ram för folkhälsoarbete skulle användas till samverkan för en bättre folkhälsa i Norrbotten, liksom till bidrag. Nedan följer en redovisning av hur ramen använts under året.

### **Samverkan för en bättre hälsa i Norrbotten**

Kommuner och landsting ställde sig år 2007 bakom en gemensam folkhälsopolitisk strategi för Norrbotten. Sedan dess pågår arbetet med att genomföra och förverkliga innehållet i praktiskt arbete. Detta görs med stort fokus på samverkan. Landstinget har under ett par år medfinansierat projektet Strategiskt folkhälsoarbete i Norrbotten för att stödja arbetet med att bygga upp ett resultatnriktat, långsiktigt och strategiskt folkhälsoarbete på lokal nivå. För att åstadkomma detta har landstinget och kommunerna under projektiden samfinansierat en resursperson. Med stöd av Statens Folkhälsoinstitut har rådgivnings- och utbildningsinsatser via webben genomförts, till personer som arbetar närmast folkhälsoråden. Projektet avslutades år 2011.

Två prioriterade områden i genomförandet var tobak och övervikt/fetma. Tillsammans med landstinget i Västerbotten har landstinget drivit projektet Tobaksfri Duo, som genom kontraktsskrivning mellan vuxna och ungdomar ska stimulera tobaksfrihet. Antalet dokumenterade skolor med kontraktsskrivning har ökat i länet, från 17 skolor år 2010 till 42 skolor år 2011. På dessa 42 skolor har ca 62 procent av barnen skrivit kontrakt. År 2011 var det totalt 2 456 elever i årskurs 6 totalt i länet av vilka ca 28 procent skrev kontrakt. Detta är en ökning från 8 procent av länets sjuåringar 2010. Antal elever som skrev kontrakt har ökat från 190 till 696 elever mellan 2010 och 2011. Projektet avslutades under 2011 och övergick i ordinarie verksamhet, i enlighet med plan.

Under 2010 startade landstinget tillsammans med två pilotkommuner satsningen Livsviktigt, en kraftsamling mot övervikt och fetma genom ett systematiskt förebyggande arbete på såväl lokal nivå som i landstingets egna verksamheter. Arbetet har även under 2011 bedrivits i lärandenätverk tillsammans med landstingen i Kalmar och Jönköping. Posten "Övrig samverkan" har möjliggjort delfinansiering av satsningen.

I Livsviktigt samarbetar landstinget med kommunernas folkhälsoråd och andra lokala aktörer. Samtidigt som kommunerna vidtagit olika hälsofrämjande förändringar i skolorna, har landstinget bidragit genom att utbilda skolsköterskor så att de kan skriva ut fysisk aktivitet på recept till gymnasieelever där behov finns. Hälso- och sjukvården provar i samma kommuner en

ny funktion vid vårdcentralerna, hälsokoordinatorn. Denna utför hälsosamtal, har fördjupande kunskaper i hälsofrämjande arbetssätt och utgör stöd för övrig personal inom levnadsvanor.

Samtliga vårdcentraler i pilotkommunerna deltar i Livsviktigt. Under året har samtliga 30-åringar bjudits in till ett kostnadsfritt hälsosamtal vid sin vårdcentral. Hittills har 142 personer genomgått ett sådant samtal, motsvarande ungefär var fjärde 30-åring. Process och resultat utvärderas och efter processtiden kommer de positiva erfarenheterna ur Livsviktigt att användas för breddning till hela länet.

För att ytterligare stärka verksamhetens hälsoorientering genom en tydligare målinriktning mot förbättrad hälsa för patienter, medarbetare och befolkning blev landstinget under året medlem i nätverket för Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer.

### Bidrag inom folkhälsa

Genom ramen stödjer landstinget projekt inom folkhälsa med en folkbildande inriktning. Av 23 inkomna ansökningar beviljades sex bidrag. De beviljade insatserna riktades till ungdomar, framförallt flickor med diagnos ADHD, liksom till personer med funktionsnedsättningar och synskadade. Projekten inbegrep också insatser med inriktning på fysisk aktivitet för hjärt- och lungsjuka, respektive flyktingar, liksom på bemötande av demenssjuka.

En ytterligare bidragsform är ”Snabba ryck folkhälsa”, som möjliggör bidrag till mindre folkhälsoinsatser som kräver snabbare handläggning. Bidraget har under 2011 stött åtta projekt. Bland dessa ingår genomförande av gruppträffar, bestående av aktiviteter och samtal för manliga flyktingar med traumatiska minnen, liksom motionsarrangemang, arrangemang för att motivera pensionärer till ett socialt aktivt liv, samt en temadag för att synliggöra unga tjejjers livssituation.

#### Redovisning mot budgetramen för folkhälsa (kr)

Målområde	Budget 2011	Utfall
<b>Samverkan</b>		
Projekt Strategiskt folkhälsoarbete i Norrbotten	400 000	475 000*)
Tobaksfri Duo	400 000	384 000
Medlemskap Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer	50 000	50 000
Övrig samverkan	650 000	600 000
<b>Totalt samverkan</b>	<b>1 500 000</b>	<b>1 509 000</b>
<b>Bidrag</b>		
Snabba ryck	100 000	71 000
Förebyggande genom folkbildning	400 000	257 000
<b>Totalt bidrag</b>	<b>500 000</b>	<b>328 000</b>
<b>Totalt</b>	<b>2 000 000</b>	<b>1 837 000</b>

\*) På grund av periodiseringen mellan åren överskrider utfallet vad som budgeterats för 2011. Ingen budgetavvikelse finns dock för projektet som helhet.

## Överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) 2012

### Överenskommelse – tillgänglighet (kömiljard)

2012 års överenskommelse mellan regeringen och SKL innebär följande:

- 400 miljoner kr fördelas till landsting som når målet att minst 70 procent av patienterna har väntat 60 dagar eller kortare på ett specialistbesök inom planerad specialiserad vård.
- 100 miljoner kr fördelas till landsting som når målet att minst 80 procent av patienterna har väntat 60 dagar eller kortare på besök.
- 400 miljoner kr fördelas till landsting som når målet att minst 70 procent av patienterna har väntat 60 dagar eller kortare på beslutad behandling inom planerad specialiserad vård.
- 100 miljoner kr fördelas till landsting som når målet att minst 80 procent av patienterna har väntat 60 dagar eller kortare på behandling.

Samma förutsättningar gällde för 2011.

#### Beräkningsmodell

Avstämning ska göras månadsvis hela året och medel fördelas utifrån resultaten vid varje månadsavstämning. Resultatet för varje månad beräknas enligt följande.

- Antalet väntande 60 dagar eller kortare (0–60) per månad dividerat med totalt antal väntande per månad, inklusive patientvald väntan.

#### Särskilda villkor

SKL:s nationella projekt ”Ledtider för Bild- och funktionsmedicin, samt neurofysiologi” (där division Diagnostik från landstinget deltar) ska vid projektets slut den 15 juni 2012 resultera i en kvalitetssäkrad modell för uppföljning av ledtider inom detta område. Landstingen ska för december månad 2012 redovisa ledtider baserade på denna modell.

#### Kommande överenskommelser

Inför nästa års överenskommelse (2013) ska vårdgarantin utvecklas ytterligare så att den täcker en större del av patientens väg genom vården. Kortare tidsgränser kan också bli aktuella.

#### **Tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa**

Totalt 214 miljoner kr fördelas enligt följande:

- 107 miljoner kr fördelas till de landsting som når målet att minst 90 procent av patienterna med beslut om en första bedömning inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin, eller annan verksamhet med uppdrag kring psykisk ohälsa, har fått en första bedömning inom 30 dagar.
- 107 miljoner kr fördelas till de landsting som når målet att minst 80 procent av patienterna med beslut om en fördjupad utredning eller behandling inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin, eller annan verksamhet med uppdrag kring psykisk ohälsa, har påbörjat fördjupad utredning eller behandling inom 30 dagar.

Samma förutsättningar gäller som för 2011, nytt är dock att avstämningsperioden är längre.

#### Beräkningsmodell

Avstämningar görs månadsvis hela året och medlen fördelas utifrån det genomsnittliga resultatet för perioden januari–oktober 2012. Avstämning görs

den 31 oktober 2012. Medelsfördelningen görs utifrån mätningar av faktisk väntetid. Medlen fördelas enligt följande:

- Antalet genomförda förstabetesök respektive fördjupad utredning eller behandling inom 30 dagar eller kortare (0–30) för avstämningsperioden (1 januari–31 oktober 2012) dividerat med totalt antal genomförda förstabetesök respektive fördjupad utredning eller behandling för avstämningsperioden.

### **Patientsäkerhetsöverenskommelse**

Staten och SKL har enats om en prestationsbaserad ersättningsmodell för patientsäkerhetsarbete i landstingen. De landsting som åstadkommer förbättringar får dela på 400 miljoner kr. År 2011 slöts den första överenskommelsen och avsikten är att motsvarande överenskommelse ska ingå till och med 2014.

Överenskommelsen överensstämmer med intentionerna i patientsäkerhetslagen och ett syfte är att driva på arbetet med att öka patientsäkerheten. Den syftar även till att, genom ekonomiska incitament och med patientens behov i centrum, uppmuntra, stärka och intensifiera patientsäkerhetsarbetet i landstingen. Den prestationsbaserade ersättningen är ett erbjudande till landstingen i arbetet med att öka patientsäkerheten. För 2012 har 525 miljoner kr avsatts för överenskommelsen under förutsättning att riksdagen godkänner budgetpropositionen.

Utgångspunkten för satsningen är en nollvision när det gäller undvikbara skador, såsom vårdskador. Målet är att gradvis minska antalet vårdskador. Vidare är strävan att vården ska präglas av en patientsäkerhetskultur som kännetecknas av patientens delaktighet och medverkan. Vården ska även kännetecknas av förebyggande arbete. Ett led i att förbättra patientsäkerheten är att göra jämförelser av insatser och resultat, såväl regionalt, nationellt och internationellt. Detta kommer att bli en viktig del av satsningen.

När antalet vårdskador minskar ökar kvaliteten, resurser frigörs och tillgängligheten ökar. Målet är att det arbete som bedrivs inom överenskommelsen ska bli en integrerad del av landstingens ordinarie verksamhet.

Satsningen omfattar all vård som finansieras av landstingen, oavsett vem som utför vården. För Norrbottens del innebär detta att även primärvård inom vårdvalet samt verksamheter enligt de nationella taxorna ingår i överenskommelsen.

Utbetalning av 2012 års medel sker senast december 2012 baserat på uppnådda resultat under perioden 1 januari–30 september 2012.

### **Grundläggande krav**

A) Samtliga vårdgivare i landstinget ska ha upprättat en patientsäkerhetsberättelse enligt SFS 2010:659.

B) Följande steg för införande och användning av Nationell patientöversikt (NPÖ):

- Ha infört och använder tjänsterna Säker IT i hälso- och sjukvård (SITHS), NPÖ:s säkerhetstjänster, samt den nationella katalogtjänsten HSA.
- Ha anslutit sig till NPÖ.

- Kunna visa en bred användning av tjänsten i sin verksamhet. Detta innebär att landstinget ska kunna dela uppgifter, d v s både lämna ut och ta emot uppgifter från andra vårdgivare

C) Landstinget ska ha påbörjat arbetet med att införa IT-stödet Infektionsverktyget genom att ha tagit väsentliga steg till en organisation för införandet på samtliga sjukhus/divisioner. Landstinget ska skriftligt ha utsett ansvariga för arbetet och avsatt, kunna redovisa, budget samt tidsplan.

D) Landstinget ska systematiskt ha arbetat med strukturerad journalgranskning vid alla sjukhus. För att godkännas krävs att minst 20 slumpvis utvalda journaler ha granskats per månad vid varje sjukhus. Granskningen ska som minst avse januari–mars 2012 d v s tre månader. (d v s 60 journaler gånger fem = 300 journaler).

#### Indikatorer för specifika områden

- Handlingsplan med mål för att höja och stärka patientsäkerhetskulturen inkl påbörjat förbättringsarbete.
- Följsamhetsmätningar till basala hygienrutiner och klädregler på minst 80 procent av alla avdelningar på alla sjukhus inom slutenvården och uppnå ett resultat på minst 64 procents följsamhet.
- Handlingsplan med mål och påbörjat förbättringsarbete för att minska andelen trycksår.
- Ökad följsamhet till lokala behandlingsrekommendationer för vanligt förekommande infektioner i öppenvården enligt lokala STRAMA-gruppen.
- Minska antibiotikaförskrivningen under tiden 1 oktober 2011–30 september 2012 inom öppenvården med 10 procent av mellanskillnaden mellan antal förskrivna recept per 1 000 innevånare för perioden 1 oktober 2010–30 september 2011. Det långsiktiga målet till 2014 om 250 recept per 1 000 innevånare och år kvarstår
- Landstinget ska senast den 30 september 2012 mäta antalet överbeläggningar enligt fastställda definitioner på alla slutenvårdsavdelningar på alla sjukhus och rapportera in data till den nationella databasen.
- Den nationella patientenkäten för primärvården 2011 ska ha ett genomsnittligt värde på nedanstående frågor enligt ett index på minst 70:
  - 1 Frågade läkaren om andra läkemedel som du använder?
  - 2 Förklarade läkaren varför du ska ta de läkemedel du fått på ett sätt som du förstod?
  - 3 Berättade läkaren för dig om eventuella biverkningar av läkemedel som du skulle uppmärksamma?

Fördelningen av prestationsmedlen knyts till samtliga indikatorer och sker i relation till landstingets befolkningsandel vid tidpunkten när beräkningen av medel genomförs (oktober–december 2012).

Landstinget ska redovisa resultatet enligt fastställd uppföljning av Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet och SKL.

För 2013–2014 kommer överenskommelser att ytterligare utvecklas och ambitionsnivån höjas. T ex kommer kravet på brett införande av NPÖ, infek-

tionsverktyget och strukturerad journalgranskning. Den prestationsersättning som landstinget får för 2012 års prestation ska användas till fortsatt patientsäkerhetsarbete i syfte att öka patientsäkerheten.

### **Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre**

Genom ekonomiska incitament och med de mest sjuka äldres behov i centrum ska samverkan mellan kommuner och landsting uppmuntras, stärkas och intensifieras. Överenskommelsen omfattar totalt drygt 1,1 miljarder kr.

Den nya överenskommelsen innebär en övergång till ett prestationsbaserat ersättningssystem där landsting och kommuner i efterhand kan få ersättning utifrån målpuppfyllelse och prestation. Utbetalning av medel för 2012 sker senast i december 2012 baserat på uppnådda resultat under perioden september 2011–september 2012.

#### Norrbotten

Överenskommelsens intentioner stämmer väl överens med de prioriteringar som landstinget och länets 14 kommuner enats om för en långsiktig satsning inom äldreområdet. De av länsstyrgruppen prioriterade utvecklingsområdena är:

- Vård och omsorg vid stroke.
- Vård och omsorg vid demenssjukdom.
- Palliativ vård och omsorg.
- Samordnad individuell plan.
- Förebyggande insatser/vårdprevention.
- Evidensbaserad praktik.
- Kvalitativ uppföljning av situationen för multisjuka äldre.

Det handlingsprogram för kunskapsutveckling inom äldreområdet som antagits av landstingsstyrelsen och länets kommuner bygger på ovanstående prioriterade utvecklingsområden.

Det övergripande målet i samverkan mellan huvudmännen är att den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården och omsorgen ska tillgodoses. Den enskilde med behovsanpassade insatser ska få möjlighet att leva självständigt och under trygga förhållanden och bli bemött med respekt för sitt självbestämmande och sin integritet.

För att driva och samordna utvecklings- och förbättringsarbetet har landstinget och kommunerna anställt en utvecklingsledare vardera. En handlingsplan för ledning och styrning av utvecklingsarbetet kring mest sjuka äldre har antagits politiskt av respektive huvudman och är ett av de grundläggande kraven i överenskommelsen.

För att åstadkomma varaktig förändring och dra nytta av andras erfarenheter kommer landstinget och kommunerna att delta i det nationella utvecklingsprogrammet Ledningskraft som anordnas av SKL mellan februari och oktober 2012.

#### Grundläggande krav

Det ska finnas en struktur för ledning och styrning i samverkan i länet. Det ska finnas ett gemensamt politiskt förankrat beslut om en handlingsplan för

förbättringar i vård och omsorg om sjuka äldre med särskilt fokus på en sammanhållen vård- och omsorg om de mest sjuka äldre.

Huvudmännen ska ha fattat beslut om att införa ett ledningssystem för kvalitet som motsvarar kraven i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Stöd till ett långsiktigt förbättringsarbete (ej prestationsbaserat)  
(totalt 212 miljoner kr)

- Utvecklingsledare: 71 miljoner kr nationellt, varav 3 miljoner kr för Norrbotten och 1,5 miljoner kr till landstinget.
- Ledningskraft - att gå från ord till handling: 23 miljoner kr nationellt.
- Kvalitetssäkrad välfärd - kombinerad nätverks- och kunskapssatsning: 12 miljoner kr nationellt.
- Försöksverksamheter kring sammanhållen vård och omsorg: 70 miljoner kr nationellt.
- Stöd till förändrat arbetssätt med hjälp av kvalitetsregister: 27 miljoner kr nationellt.
- Nationell samordning: 9 miljoner kr nationellt.

Prestations/resultatersättning (860 miljoner kr totalt)

- God vård i livets slutskede - Svenska Palliativregistret:
  - 50 miljoner kr till de kommuner och landsting som registrerat minst 70 procent av dödsfallen i registret.
  - 20 miljoner kr till de kommuner och landsting som uppnått 70 procent enligt ovan om de i minst 60 procent av dödsfallen genomfört ett brytpunktssamtal.
- Preventivt arbetssätt - Senior alert:
  - 50 miljoner kr till de kommuner och landsting som har påbörjat registrering.
  - 20 miljoner kr till de kommuner där minst 90 procent av de som bor i särskilt boende fått en riskbedömning som registrerats..
- God vård vid demenssjukdom – Svenska Demensregistret (SveDem) och Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiatriska Symtom vid Demens (BPSD):
  - 50 miljoner kr till landsting i relation till antalet personer som nyinsjuknat i demenssjukdom och fått utredning med registrering i SveDem via primärvården (vårdcentralerna).
  - 20 miljoner kr till de kommuner som inför ett standardiserat arbetssätt vid BPSD-symptom och registrerar i BPSD-registret.
- God läkemedelsbehandling för äldre: 325 miljoner kr till de län som minskar indikatorerna Olämpliga läkemedel, Olämpliga läkemedelskombinationer och Läkemedel mot psykos i särskilda boenden för äldre med minst 10 procent i september 2012 jämfört med nivån i september 2011 sammanvägt som medelvärde för de tre indikatorerna. I de län (minst fem i landet) som uppnått målet utbetalas 30 procent till landsting-

en och 70 procent till kommunerna.

Är det färre än fem län som klarar det uppsatta målet får de dela på 200 miljoner kr.

- Sammanhållen vård och omsorg: 325 miljoner kr fördelas till de län som minskar indikatorerna Undvikbar sluten vård och Återinläggningar inom 30 dagar med 10 procent den 1 september 2012 jämfört med nivån den 1 september 2011 sammanvägt i ett index. I de län (minst fem i landet) som uppnått målet utbetalas 30 procent till landstingen och 70 procent till kommunerna.

Är det färre än fem län som klarar det uppsatta målet får de dela på 200 miljoner kr.

Utveckla ett lokalt och gemensamt analysarbete av undvikbar slutenvård.

Länsvis fördelas 86 miljoner kr efter befolkningsstorlek.

### **Sjukskrivningsmiljarden**

Sjukskrivningsmiljarden 2012 fördelas nationellt på följande sätt:

- Rörlig del: 288 miljoner kr.
- Jämställd vård: 50 miljoner kr.
- Kompetenssatsning försäkringsmedicin: 150 miljoner kr.
- Kvaliteten i läkarintyg: 200 miljoner kr.
- Utökat elektroniskt informationsutbyte: 57 miljoner kr.
- Fördjupade utredningar: 250 miljoner kr.
- Utvärdering: 5 miljoner kr.

#### **Rörlig del**

En utökad kvalitet och en effektiv sjukskrivningsprocess som ytterst leder till en låg och stabil sjukfrånvaro. Landstingens åtgärder ska påverka utfallet och de kan fritt välja åtgärder som de bedömer har effekt på sjukfrånvaron.

#### **Fasta delar**

Jämställd vård:

- Vård på lika villkor för befolkningen.
- Vården ska inte bidra till omotiverade skillnader mellan män och kvinnor.
- Minska omotiverade skillnader i mäns och kvinnors sjukskrivning.
- Rutiner och åtgärder kopplade till jämställdhet kan bidra till en mer kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess.

Kompetenssatsning försäkringsmedicin:

- Landstingen har ansvar för att säkra kompetensen för olika personalkategorier för att klara uppdraget med en långsiktig och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess inom hälso- och sjukvården.
- Utveckla och förbättra inom hälso- och sjukvården och i samverkan med berörda aktörer.
- Läkares arbete med sjukskrivning utgör en central del i sjukskrivningsprocessen.



- Arbetet med sjukskrivningsprocessen utgör en central arbetsuppgift för många läkare och en fråga som har stor betydelse för den enskilde.

Kvaliteten i läkarintyg:

- År 2008 = 28 procent bra intyg
- År 2010 = 45 procent i ett spann mellan 61 och 30 procent i landet.
- För att stödja denna positiva utveckling ser SKL och regeringen ett fortsatt behov av att stimulera med ekonomiska incitament.
- Respektive landstings resultat för 2012 kommer att jämföras med 2011.

Utökat elektroniskt informationsutbyte:

Villkoret 2012 är inte knutet till insatser för landstingen utan är fokuserat på de gemensamma nationella insatser som ska göras. Något eller några landsting kommer att involveras i de pilotprojekt som kan bli aktuella. Att göra för landstingen under 2012:

- Fortsätta införa elektroniska intyg och fråga/svar (klart för Norrbotten, förutom att procentsatsen inte är känd).
- Alla landsting ska ha erforderliga säkerhetstjänster igång.
- Några landsting blir involverade i aktuella pilotprojekt (intygstjänst i anslutning till motsvarande Mina Hälsotjänster/Mina sidor).

Fördjupade utredningar:

Ansvarig för dessa är Rehabiliteringsmedicin.

### **Rehabgarantin**

#### Multimodal rehabilitering (MMR)

- Här trycks på att teamet måste ha tillräckligt många patienter under ett år (minst 30), för att teammedlemmarna ska kunna upprätthålla en hög kunskapsnivå. Dock kan detta innebära problem i glesbygd, där det får handla om ett mindre antal, med eftersträvaransvärt minimum på 20 patienter.
- Ett alternativ för att få tillräckligt många patienter kan vara att flera vårdcentraler samarbetar och tillsammans bildar ett multimodalt team.
- Har teamen få patienter kan det också vara önskvärt att de har regelbunden handledning från team på nivå 2 (specialistvården).
- För att landstinget ska få ersättning krävs ett ökat arbete med fokus på arbetsåtergång efter sjukskrivning eller på att patienten delvis kan stanna kvar i arbete trots nedsatt arbetsförmåga.
- I samband med att en rehabplan görs ska patienten tillfrågas om - eller när - en kontakt ska tas med arbetsgivaren, företagshälsovården eller arbetsförmedlingen.
- För patienter som är fortsatt sjukskrivna efter behandling/rehabilitering är det önskvärt att landstinget informerar om dessa patienter till Försäkringskassan (FK) och eventuell arbetsgivare. FK har samordningsansvar och får då möjlighet att snabbare initiera andra rehabinsatser för dessa individer.
- Patienten behöver inte vara sjukskriven för att ta del av rehabiliteringen.

- Vårdgarantin gäller (patienten ska erbjudas behandling inom 3 månader)

#### Kognitiv beteendeterapi (KBT)

- Nytt här är att en behandlingsserie bör omfatta 10-15 behandlingstillfällen.

#### Ekonomi

- En miljard kr är avsatt för rehabgarantin 2012, varav 100 miljoner kr ska användas för forskning och utvärdering.
- Behandlingarna måste vara genomförda och avslutade för att få ersättning.
- 12 000 kr för genomförd KBT-behandlingsserie (tidigare 10 000 kr).
- 25 000 kr för genomförd MMR 1 (tidigare 40 000 kr).
- 45 000 kr för genomförd MMR 2 (tidigare 40 000 kr).
- Sedan tillkommer ytterligare 1 000 kr på varje behandling/rehabilitering (för att utveckla/förbättra insatserna så att dessa i högre grad bidrar till återgång i arbete). Tidigare gällde ett påslag på 15 procent.

## Kultur

### Kultursamverkansmodellen

Den 1 november 2011 hölls en studiedag för framförallt kommunala och regionala politiker om kultursamverkansmodellen och Norrbottens kulturplan. Medverkade gjorde Kerstin Brunnberg, Statens Kulturråd, Lars Nordström, Västra Götalandregionen och tidigare ordförande för kulturnämnden, Kent Ögren, Karl Petersen, ordförande Kommunförbundet, Elisabeth Lax samt Jerker Johansson, kulturansvarig Gällivare kommun och Kristina Nilsson, ny chef Norrbottensmusiken. Utbildningsdagen tillkom på gemensamt initiativ mellan landstinget och Kommunförbundet.

Den 5 december 2011 hade Sveriges Kommuner och Landsting och Swecult (centrumbildning vid Linköpings universitet) förlagt den andra av tre konferenser om uppföljning av kultursamverkansmodellen till Luleå. Förutom representanter från landstinget, Kent Ögren och Elisabeth Lax, framträdde bland andra Leif Nordström, kultur- och fritidschef Boden samt ett flertal forskare inom kulturområdet som Roger Blomqvist och Per Möller.

### Konstkonsulent

Ny konstkonsulent är Klas Hällerstrand som från den 1 januari 2012 efterträder Bengt Frank.

### Konstmuseet i Norr

Konstmuseet i Norr hade styrgruppsmöte den 8 december 2011. Vid mötet avhandlades ekonomi, nya projekt och viss förändring av organisationen föranledd av att två nya verksamheter ingår i Konstmuseet, nämligen Havremagasinet och Resurscentrum för konst.

### Rubus Arcticusstipendiater

En bok om 15 tidigare Rubus Arcticusstipendiater utkom i november månad. Bokens reportage är skrivna av Kjell Öberg och Anders Alm har fotografierat.

### **Kultur och Hälsa**

Etapp 2 i divisionens satsning på Kulturrentré på länets sjukhus genomfördes veckan 7–11 november 2011 på Piteå älvdals sjukhus med utställningar, musik och möjlighet att delta i slöjdarbete.

### **Norrbottnens länsbibliotek**

Förfrågningsunderlaget för upphandling av gemensamt bibliotekssystem har publicerats. Upphandlingen är ett steg i folkbibliotekens arbete med att skapa ett utökat mediebestånd för norrbottningarna.

Systemägare blir landstinget via Norrbottens länsbibliotek som också samordnar hela samarbetet mellan folkbiblioteken i länet.

### **Norrbottnensmusiken**

Kören Arctic Light medverkade, med tre egna stycken, vid World Child and Youth Forums en årlig global konferens om barns rättigheter. Kören bjöd också på lunchkonsert i Adolf Fredriks kyrka, samt improvisationsworkshops och repetitioner inför kommande TV- och radioinspelningar av körens julkonsert i början av december. Kören genomförde också en Master Class med Michael Mc Glynn, konstnärlig ledare för den irländska nationella kören Anuna.

Barn- och ungdomsoperan Sagan om Miranda, Filip och Hoppet (från Värmlandsoperan) har turnerat i länet vilket också gäller för barnproduktionerna Resväskan samt Musikens byggstenar.

Norrbotten NEO har under månaden genomfört två produktioner, varav en innehöll en konsert i Stockholm. I samband med denna konsert hölls också en workshop med musikstudenterna på Mälardalens högskola i Västerås samt en konsert i Skinnskatteberg.

20-årsjubilerande Norrbottens Kammarorkester har framfört ett Beethovenprogram tillsammans med Piteå Musikhögskolas Kammarkör och med Norrbotten NEO:s Mårten Landström som pianosolist.

I direkt anslutning till Kammarorkesterns turné genomförde Norrbotten NEO månadens andra produktion; ett kammarmusikaliskt Beethovenprogram.

Båda produktionerna ingick i en Beethovenfestival på Kulturens hus i Luleå. Ytterligare inslag i festivalen var en pianoafton med Bengt-Åke Lundin, en konsert arrangerad av Luleå Kammarmusikförening.

Piteå Kammaropera hade 1 november sin sista föreställning av Maria de Buenos Aires där publiktillströmningen har varit stor.

### **Norrbottnens museum**

Den traditionella julmarknaden genomfördes den 25 och 26 november 2011, utan snö, men med många besökare. Detta år var Norrbottens museum ensam arrangör av aktiviteten då Norrbottens Hushållningssällskap valt att inte delta.

Norrbottnens museums årsbok med temat Kommunikation kom ut den 24 november 2011.

Besiktning av de nya lokalerna för samlingar på Björkskatan har genomförts under november. Flytt av föremål från samlingarna på Trädgårdsgatan till Björkskatan, har inletts.

## Utbildning

### **Kalix Naturbruksgymnasium och Grans Naturbruksskola**

Representanter från Skolverket besökte Gran under november för att närmare beskriva innebörden i uppdraget som remisskola. Det kommer att pågå under tre år och syftet är att Skolverket närmare följer ett antal skolor i landet för att snabbt kunna dra erfarenheter om hur implementeringen av Gy 2011 går.

Grans engagemang i Gröna navet fortsätter även under 2012 och består i huvudsak av två delar; dels samordningen och genomförande av kurser och dels genomförandet av en grundkurs.

Det arbete som Gran har med samordningsförbundet ACTIVUS i Piteå fortsätter även under 2012. Eftersom landstinget har minskat sin del av finansieringen av samordningsförbundet gör de andra tre parterna lika stora neddragningar.

Två lärare från Grans har varit i Holland på ett förberedande besök för att tillsammans med tre andra länder ansöka om ett treårigt projekt där elever ska kunna praktisera i respektive land och skolornas lärare ska kunna utbyta erfarenheter hos varandra. Även Kalix Naturbruksgymnasium ingår i detta projekt.

Projektet Landsbygdsintroduktion som Grans haft tillsammans med Hushållningssällskapet avslutades under 2011 och nu pågår arbete med att hitta en fortsättning på detta. Det kan bli en specialkonstruerad grundkurs som riktar sig mot naturbruksintresserade utlandsfödda svenskar.

Uppdraget som Kalix Naturbruksgymnasium fått via Burträsk naturbruksgymnasium att utbilda skotar- och skördarförare fortsätter. Utbildningen finansieras av arbetsförmedlingen och är en arbetsmarknadsutbildning.

En informationsdag riktad till länets alla studie- och yrkesvägledare genomfördes tillsammans med representanter från den gröna näringen. Syftet med dagen var framför allt att näringens representanter skulle informera om behovet av välutbildad arbetskraft och att det är attraktiva yrken. Detta för att eleverna på högstadiet ska få så mycket kunskap som möjligt om näringens behov samt att skolorna presenterade utbildningsmöjligheterna.

Information till länets alla högstadiel elever har skickats ut med bl a inbjudan till öppet hus.

Öppet hus har genomförts på bägge skolorna och intresset för våra utbildningar verkar ligga på samma nivå som förra året, men i Kalix kan man notera en viss ökning av intresset.

### **Politiker från NSPA mötte Dirk Ahner**

Landstinget arbetar för att framföra sina synpunkter på den framtida sammanhållningspolitiken 2013–2020 genom flertalet nätverk och samarbetskonstellationer. Den 8 december träffade Nätverket Northern Sparsely Populated Areas (NSPA) Dirk Ahner, EU-kommissionens generaldirektör för re-

gionalpolitik. Detta för att diskutera och förklara hur det framtida sammanhållningsförslaget påverkar norra Sveriges regioner.

Från Sverige deltog Europaforum Norra Sveriges ordförande Erik Bergkvist och vice ordförande Åsa Möller vid mötet med Dirk Ahner och andra tjänstemän från generaldirektoratet för regionalpolitik.

NSPA:s representanter inledde mötet med att uttrycka uppskattning till dessa dialogmöten samt framföra att norra Norge, Sverige och Finland i stort ser att den framtida sammanhållningspolitiken, som den föreslagits, kommer att bidra till regional utveckling i norra Sverige. Därefter framfördes nätverkets synpunkter med särskilt fokus utifrån tre huvudpunkter:

- Positiva till den extra tilldelningen av medel till glesbefolkade regioner.
- Ökade möjligheter för NSPA att ta del av fonderna för territoriellt samarbete.
- Alla program fungerar inte för att arbeta med utmaningar för norra Sverige, speciellt Östersjöprogrammet.

De föreslagna tematiska prioriteringarna sammanfaller i stort med vad NSPA tycker att medlen gör störst nytta. Dock är tillgänglighet en extra viktig faktor i de glest befolkade områdena både för invånare och för företagen att kunna utvecklas och konkurrera på den europeiska marknaden. NSPA är alltså positiva till tematiska prioriteringar, men ser gärna mer flexibilitet för lokala och regionala förutsättningar.

Ahner uppmanade NSPA att kontinuerligt framhäva, utveckla och tydliggöra grunden till den extra tilldelningen till de glesbefolkade regionerna och hur medlen i fortsättningen nyttjas för att skapa mervärde för hela Europa.

## **Framtidens gränslösa vård – Open Days seminarium**

I november arrangerade landstinget tillsammans med Region Skåne seminariet Framtidens gränslösa vård i Luleå och Malmö. Syftet var att öka kunskapen om patientrörlighetsdirektivet i förberedelsearbetet inför direktivets implementering i nationell lagstiftning 2013.

Seminariedeltagarna fick en genomgång från EU-kommission om vad direktivet innebär, så att regionen kan vara förberedd och arbeta för att ge service till patienter och medborgare, samt kunna tillhandahålla information till verksamhet och medarbetare.

Representanter från Skåne och Norrbotten lyfte också fram ambitionen att som gränsregion ligga i framkanten i arbetet med den gränsöverskridande sjukvården. Kunskapsutbyte och gemensamma forskningsfält lyftes särskilt fram som exempel på aktiviteter inom ramen för arbetet med gränslös vård.

Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting gav en inblick i det förberedelsearbetet som pågår inför förslaget till ny lagstiftning, och beskrev också hur det ser ut när det gäller gränsöverskridande vård. I nuläget är antalet patienter lågt och kostnaderna därmed begränsade. De beskrev vidare i vilka delar det fortfarande finns frågor kvar att lösa, bl a ansvarsfördelningen mellan stat och landsting. En hel del frågor restes kring hur man ska lösa att det redan från början finns olikheter i det som landstingen erbjuder i vårdutbudet.

Nedan finns exempel på frågor som lyftes fram som angelägna frågor att lösa:

- Begriplig och transparent information till medborgare/patienter.
- Ansvarsfördelning stat och landsting.
- Hur möter vi patienter från andra länder.
- Arbeta för att öka rörligheten.
- Några saker lyftes fram som observanda:
  - Fördelar för patienten.
  - Svårigheter med finansiering och planering för den egna befolkningen.

Samtliga föreläsares presentationer, dokumentation och bilder från seminariet i Luleå finns på vår hemsida: [www.nll.se/opensdays](http://www.nll.se/opensdays)

## **Ägarsamråd och försenad trafikstart för Norrtåg**

Norrtågs trafikstart på bl a sträckorna Umeå-Luleå och Luleå-Kiruna var tidigare planerad till den 11 december 2011. Vid ett ägarsamråd i Umeå den 2 december 2011 fick Norrtågs finansierare en beskrivning av situationen.

Norrtåg har drabbats av sent upptäckta tekniska fel vilket gör att trafiken på de aktuella sträckorna inte kan starta som planerat. När trafiken kan komma igång är oklart då problemet utreds. Detta innebär att utökningen av trafik på Luleå-Kiruna, Östersund-Sundsvall samt ny trafik Umeå-Luleå skjuts på framtiden. Orsaken är tekniska problem med signalsystemet på tågen.

Vid ägarsamrådet beslutades att Per Wahlberg, landstingsstyrelseordförande i Västernorrland, sammankallar en förhandlingsgrupp för att förhandla med Trafikverket om ersättning för de kostnader som Norrtåg riskerar drabbas av med anledning av den försenade trafikstarten. Från Norrbotten utsågs Kent Ögren och Leif Hjalmarsson att ingå i denna förhandlingsgrupp.

Ägarsamrådet beslutade också att den ursprungliga finansieringsbudgeten för 2012 bibehålls trots den försenade trafikstarten och att en eventuell revidering av budgeten görs vid halvårsskiftet 2012.

## **Almi Företagspartner och Innovationsbron föreslås gå samman**

Konsultbolaget McKinsey & Company har på regeringens uppdrag genomfört en översyn av statliga riskkapitalaktörer (N2011/2462/ENT). Ett av förslagen i slutrapporten var att Innovationsbron läggs in i Almis verksamhet. I budgetpropositionen skriver regeringen: "Statens riskkapitalinsatser i tidiga skeden kan effektiviseras. De närmare förutsättningarna för hur inrättandet av en organisation omfattande Almi Företagspartner AB och Innovationsbron AB kan struktureras bör undersökas närmare."

Styrelserna i Almi Företagspartner AB och Innovationsbron AB har erbjudits att senast den 31 januari 2012 komma med konkreta förslag på hur en gemensam organisation kan etableras.

Syftet till förändringen är att:

- Att bättre ta tillvara möjligheter till tillväxt och innovation i hela landet.
- Att koncentrera statens insatser till skeden och segment där det finns ett tydligt behov av marknadskomplettering.
- Att öka kundnyttan genom ett tydligare och mer tillgängligt system för tidigt riskkapital.

Bland andra utgör dessa förutsättningar ramverk för det fortsatta arbetet:

- Förslaget syftar till att öka omfattningen på insatser inom tidig fas och särskilt vad gäller kunskapsintensivt företagande inom ramen för den nya organisationen.
- Förslaget ska landa i en konkret organisationsskiss som tydligt anger hur verksamheten hanteras i en koncern. Frågor beträffande nationellt respektive regionalt utförd verksamhet, koncernens kapitalstruktur och även produkt erbjudanden kommer att redovisas.
- Innovationsbrons mål att stärka den nationella konkurrenskraften och därmed skapa förutsättningar för jobb i fler och växande företag bör bibehållas men samtidigt dra fördel av Almis regionala struktur.

Regeringen avser återrapportera de närmare förutsättningarna för inrättandet av en gemensam organisation till riksdagen i samband med den ekonomiska vårproposition 2012.

---

## Ur landstingsstyrelsens protokoll den 1 december 2011

---

### Förutsättningar för att införa ultraljudsundersökning för att spåra oupptäckta pulsåderbräck

#### Tidigare behandling

Björn Lundqvist (NS) och Kenneth Backgård (NS) väckte under år 2007 en motion i rubricerade fråga och föreslog att landstingsstyrelsen skulle få i uppdrag att utreda förutsättningarna för att införa massscreening i länet av män och kvinnor över 65 års ålder för spårning av livshotande bräck på stora kroppspulsådern.

Vid sin behandling av motionen den 14 februari 2008 beslutade landstingsfullmäktige att bifalla motionen.

Efter genomförd utredning beslutade landstingsstyrelsen (§ 230-09) att remittera frågan till Norrlandstingens regionförbund för beredning av chefsrådet i allmän kirurgi.

#### Regionförbundets handläggning

Chefssamrådets beredning av ärendet redovisades till förbundsdirektionen vid dess sammanträde den 1 december 2010. Direktionen beslutade då att ge

samtliga regionlandsting tillfälle att yttra sig i ärendet innan direktionen slutligt behandlade frågan.

Efter det att regionlandstingen yttrat sig beslutade direktionen för regionförbundet (§ 28-11) att rekommendera landstingen att införa ultraljudsundersökning för att spåra oupptäckta pulsåderbräck.

#### **Fortsatt handläggning**

Den utredning som låg till grund för att ärendet remitterades till regionförbundet för yttrande byggde på förutsättningen att landstinget självt skulle bygga upp och genomföra undersökningarna. Kostnaderna per år för att genomföra screening av en ålderskohort (ca 1800 män varav ca 85 procent bedöms delta i screeningen) bedömdes i utredningen till ca 0,7 mkr vilket motsvarar ca 440 kronor per undersökning.

Beredningen inom regionförbundet har utmynnat i ett förslag som innebär att Västerbottens läns landsting åtar sig, genom avtal med Norrbottens läns landsting, att utföra undersökningarna. Förutsättningarna för verksamheten har därmed förändrats och förutsätter att ett avtal upprättas mellan parterna. I jämförelse med att bedriva verksamheten i egen regi beräknas kostnaderna bli knappt 400 kronor per undersökning genom ett tjänsteköp från Västerbottens läns landsting.

Mot denna bakgrund bör landstingsstyrelsen därför ta ställning till förbunds-direktionens rekommendation och om den antas ge biträdande landstingsdirektören för hälso- och sjukvårdsdivisionerna i uppdrag att ta upp förhandlingar med Västerbottens läns landsting i syfte att teckna ett avtal om verksamheten.

#### **Styrelsens beslut**

- 1 Rekommendationen antas vilket innebär att ultraljudsundersökning för att spåra oupptäckta pulsåderbräck ska införas i landstinget avseende män från och med 65 års ålder. Införandet ska ske snarast möjligt.
- 2 Biträdande landstingsdirektören för hälso- och sjukvårdsdivisionerna ges i uppdrag att ta upp förhandlingar med Västerbottens läns landsting i syfte att teckna ett avtal om verksamheten.
- 3 Kostnaderna finansieras genom att ta i anspråk 0,7 mkr av styrelsens anslag för oförutsedda utgifter år 2012. För år 2013 och framåt beaktas medelsbehovet vid beredningen av landstingsplanen.

## **Överenskommelse om politisk samverkan inom folkhälsa, hälso- och sjukvård, skola och omsorg**

### **Kommunerna och landstinget i Norrbotten**

Behovet av samverkan mellan kommun och landsting har blivit allt tydligare under senare år. Ett gemensamt ansvarstagande för den enskildes hälsa genom samverkan inom hälsofrämjande arbete, hälso- och sjukvård, skola och socialtjänst är angeläget och nödvändigt.



Sammansatta behov, inte minst bland de mest sjuka äldre, men även bland personer med missbruksproblem, personer med funktionsnedsättning och särskild problematik kring barn och unga, kräver god samordning och samverkan mellan landstinget och kommunerna för att säkra en god hälsoutveckling samt en kvalitetssäker vård och omsorg utifrån individfokus. En bristande kontinuitet i samhällets insatser skapar otrygghet för den enskilde. Otydliga uppdrag och en oklar ansvarsfördelning riskerar att skapa osäkerhet, diskussioner och tvister. Det finns stora behov att uppnå en mer jämlikt fördelad hälsa i befolkningen. Hänsyn behöver då tas till befolkningens olika levnadsförhållanden och sårbara grupper behöver särskilt uppmärksammas.

### **Nuläge**

I Norrbotten finns en länsstyrgrupp som är en samverkansgrupp mellan länets kommuner och landstinget. I den ingår fyra socialchefer, fyra barn- och utbildningschefer från kommunerna samt fyra chefer från hälso- och sjukvårdens divisioner och staben samt samordnare. Länsstyrgruppen tar initiativ till och fungerar som styrgrupp för samtliga arbetsgrupper för alla gemensamma frågor. Länsstyrgruppen fastställer länsövergripande överenskommelser och rekommendationer som därefter ligger till grund för lokala avtal. Två gånger per år genomförs gemensamma samverkanskonferenser med olika teman.

Länsstyrgruppens arbete är organiserat i fyra områden:

- Hälsosam uppväxt
- Bra liv mellan ungdom och ålderdom
- Trygg ålderdom
- Övriga samverkansarenor

Områdena överensstämmer med den folkhälsopolitiska strategins uppdelning och utgår från människans livscykel och inte ur ett organisatoriskt perspektiv vilket gör den hållbar över tid.

Landstinget och länets kommuner antog en folkhälsopolitisk strategi för Norrbotten 2007. En politisk länsgrupp, Norrbottens folkhälsopolitiska råd, har sedan dess initierat, samordnat och samrätt kring folkhälsosatsningar och kunskapspridning i länet. Fortlöpande samverkan sker med lokala folkhälsoråden i kommunerna men också med andra länsorgan med beröring till folkhälsa.

I nuläget finns överenskommelser mellan regeringen och Sveriges kommuner och landsting inom flera utvecklingsområden. Det har föranlett ett närmare samarbete mellan huvudmännen med gemensamma anställningar av utvecklingsledare inom prioriterade utvecklingsområden.

### **Mål för samverkan**

Aktiv samverkan och samarbete mellan huvudmännen skapar goda förutsättningar för att främja en positiv, jämställd och jämlik hälsoutveckling i Norrbotten. Målet för samverkan är att:

- skapa goda förutsättningar för olika samhällsgrupper till en bra hälsa

- säkerställa de enskilda individernas behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vård, skola och omsorg tillgodoses av huvudmännen.
- enskilda med behovsanpassade insatser får möjlighet att leva självständigt och under trygga förhållanden och bli bemötta med respekt för sitt självbestämmande och sin integritet.

Samverkan mellan landstinget och kommuner ska ge effekter i form av god hälsa och trygghet för den enskilde och bättre nyttjande av de totala resurserna, personalens kompetens och ekonomiska medel. Samverkan med länsstyrelsen, polisen eller andra länsorgan sker i särskilda frågor. Fortlöpande samarbete sker med de lokala folkhälsoråden.

### **Utgångspunkter**

För att kunna uppfylla de gemensamma målen krävs att samverkan mellan kommuner och landsting fungerar väl. Därför ska verksamheten hos respektive huvudman kännetecknas av:

- ömsesidig respekt för varandras ansvars- och kompetensområden.
- revirtänkande ska motverkas.
- prestigelöshet i samarbete och umgänge.
- vilja att erbjuda optimala tjänster i varje enskild situation.
- insatser som ges med utgångspunkt i lokala förutsättningar.

### **Politisk styrgrupp för folkhälsa, hälso- och sjukvård, skola och omsorg**

Idag saknas en politisk styrgrupp för gemensam ledning i samverkan inom folkhälsa, hälso- och sjukvård, skola och omsorg. Istället finns flera politiska styrgrupper för olika verksamhetsområden. I takt med ökad statlig styrning i form av prestations- och resultatutvärderade mål och indikatorer krävs en sammanhållen politisk styrgrupp för att utveckla en mer effektiv och ändamålsenlig vård och omsorg.

Den politiska styrgruppen utgör ett gemensamt styrorgan för gemensamma frågor inom folkhälsa, vård, skola och omsorg och fastställer länsövergripande överenskommelser och rekommendationer som därefter ligger till grund för lokala avtal. Styrgruppen har möjlighet att behandla andra gemensamma frågor med anknytning till ansvarsområdet. Den politiska styrgruppen ska ta ansvar för och säkerställa att samverkansformerna mellan parterna fungerar och ytterligare förbättras.

Den politiska styrgruppen ersätter tidigare gemensamma politiska styrgrupper inom olika sakområden som varierat över tid.

### **Framtida politisk samverkan**

<b>Kultur och utbildning</b>	<b>Folkhälsa, hälso- och sjukvård,</b>	<b>Regional utveckling skola och omsorg</b>
------------------------------	--	---

<p>Kulturbere- dning- en</p> <p>”Samrådsgrupp naturbruksutbild- ningarna”</p>	<p><u>En</u> styrgrupp för hela området med fokus på: - Folkhälsa som horisontellt område - Hälsosam upp- växt - Bra liv mellan ungdom och ålder- dom - Trygg ålderdom - Övriga sam- verkansarenor</p>	<p>Tillväxtbered- ningen</p> <p>Kommunikations- politiska rådet</p> <p>Norrbottnens- konferensen</p>
---	--	--

Den politiska styrgruppen föreslås ha följande sammansättning:

- Landstinget utser fyra ledamöter.
- Kommunerna genom Kommunförbundet styrelse utser fyra ledamöter.
- Ordförandeskapet och sekreterarfunktionen ska växla årsvis mellan parterna.
- Vid styrgruppsmötena ska protokoll föras.
- Den politiska styrgruppen ska hålla sammanträden minst fyra gånger per år. Respektive part har därutöver möjlighet att begära extra sammanträde vid behov.
- Den politiska styrgruppen utgör uppdragsgivare för länsstyrgruppen.

#### **Tvister**

Eventuella framtida tvister mellan parterna rörande samverkansfrågor ska lösas i följande steg:

- I första hand inom verksamheten på tjänstemannanivå
- Länsstyrgruppen på tjänstemannanivå
- Politisk styrgrupp för folkhälsa, hälso- och sjukvård, skola och omsorg.

#### **Ikraftträdande**

Denna överenskommelse träder i kraft när den godkänts av kommunförbundets styrelse och landstingsstyrelsen. Överenskommelsen gäller tills vidare med en ömsesidig uppsägningstid på tolv månader.

#### **Styrelsens beslut**

Landstingsstyrelsen ställer sig positiv till att ingå en överenskommelse om politisk samverkan inom folkhälsa, hälso- och sjukvård, skola och omsorg med länets kommuner enligt ovanstående förslag. För närvarande pågår förankring av överenskommelsen inom och mellan kommunerna. Det är i dags-

läget inte möjligt att bedöma när förankringsprocessen är slutförd. Mot bakgrund av detta föreslås landstingsstyrelsen fatta följande beslut:

- Landstingsstyrelsens ordförande bemyndigas att ingå överenskommelsen när den kommunala förankringsprocessen är slutförd.

## **Uppdrag att bilda Folkhälsocentrum**

En god hälsa i befolkningen lägger grunden för en positiv utveckling i länet. Det nationella folkhälsomålet är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Landstingets folkhälsoarbete ska därför baseras på ett helhetsperspektiv, d v s de livsvillkor, miljöer och levnadsvanor som påverkar hälsan.

Som länsorgan och sjukvårdshuvudman är landstinget en av de viktigaste aktörerna i arbetet för en bättre folkhälsa. Landstinget ska därför aktivt samverka och samarbeta med andra för att främja en positiv, jämställd och jämlik hälsoutveckling i länet.

Trots en utveckling mot en bättre folkhälsa kvarstår stora sociala skillnader i hälsa och levnadsvanor. När Norrbotten jämförs med omvärlden blir det tydligt att det är av stor vikt att det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet förstärks. En bättre hälsa i befolkningen är också avgörande för möjligheterna att finansiera sjukvården i framtiden. Ohälsosamma levnadsvanor kostar samhället betydande summor och bidrar starkt till sjukdomsörödan.

Landstinget bör därför bilda ett folkhälsocentrum inom ramen för sin organisation.

Ett folkhälsocentrum ska ansvara för att:

- Vara landstingets kunskapscentrum inom folkhälsa, samordna och leda landstingets strategiska folkhälsoarbete, skapa förutsättningar för och genomföra insatser i syfte att uppnå målen i folkhälsopolitisk strategi och landstingsplan.
- Följa, analysera och kommunicera information om norrbottningarnas hälsa, levnadsvanor, livsvillkor och vårdkonsumtion för att öka kunskapen om norrbottningarnas hälsa och behov utifrån kön, ålder och perspektivet jämlik hälsa.
- Stödja och delta i planering av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete, inom hälso- och sjukvården och i dess samverkan med andra aktörer.
- Sprida kunskap och erfarenheter om evidensbaserade metoder.
- Samverka nära med landstingets FoU-verksamhet för att bidra till forskning, utbildning och förbättringsarbete inom folkhälsoområdet.
- Nära samverka med kommunerna i strategiska utvecklingsfrågor kring förverkligandet av den folkhälsopolitiska strategin.

Finansiering ska ske i huvudsak genom samordning av befintliga resurser och tillgängliga medel inom folkhälsoområdet.

Arbetet bör ske med en tidsplan som möjliggör konkretisering av uppdraget och parallell dialog med kommunerna fram till april månad 2012. Därefter tas beslut om formell start av Folkhälsocentrum så att verksamheten kan vara i drift senast 1 oktober 2012.

#### **Styrelsens beslut**

- 1 Landstingsdirektören ges i uppdrag att etablera ett folkhälsocentrum enligt angiven inriktning.
- 2 Arbetet ska bedrivas så att centrubildningen kan vara i drift senast 1 oktober 2012.

Uppdraget ska återrapporteras till styrelsen när verksamhetens innehåll och organisation konkretiserats.

## **Vårdval Norrbotten – införande av prestationsbaserad ersättning inom området levnadsvanor**

### **Bakgrund**

Landstingsfullmäktige beslutade den 15-16 juni 2011 (§ 62-11) om reviderade förutsättningar för Vårdval Norrbotten. Dessa reviderade förutsättningar träder i kraft den 1 januari 2012.

En av de förändringar som beslutades var följande:

- *Prestationsbaserad ersättning sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande verksamhet:*  
Inom området sjukdomsförebyggande verksamhet kommer nationella riktlinjer att fastställas under 2011. Ett utvecklingsarbete pågår inom länet för att exakt fastställa hur arbetet inom primärvården ska utformas som en anpassning till dessa riktlinjer. Avsikten är att insatserna inom området aktivt ska bidra till att utjämna skillnaderna i ohälsa mellan olika grupper i samhället. Utvecklingsarbetet är inriktat mot att i området införa en prestationsbaserad ersättning för att stimulera genomförandet. Ett genomförande kommer att ske under verksamhetsåret 2012. Förslaget kommer att innebära att 1 procent av vårdpengen då kommer att omfördelas till en prestationsbaserad ersättning. Den slutliga utformningen av ersättningen samt effekterna i vårdpengen ska fastställas av landstingsstyrelsen.

### **Förslag**

Utifrån fullmäktiges beslut har ett förslag till prestationsbaserad ersättning utarbetats för tillämpning i Vårdval Norrbotten.

Förslaget bygger på de nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder som Socialstyrelsen fastställer i december 2011. Riktlinjerna syftar till att lyfta fram evidensbaserade metoder inom hälso- och sjukvården för att förebygga sjukdom genom att påverka levnadsvanor. Områden som berörs är tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor – levnadsvanor som kan tillskrivas cirka en femtedel av den samlade sjukdomsburden.

Vidare bygger förslaget på de övriga styrdokument som finns för området:

- Riksdagens ”Mål för folkhälsan 2007/08:110 ” som består av elva mål-områden.
- Folkhälsopolitisk strategi för Norrbotten
- Landstingsplan 2012-2014

Utifrån fullmäktiges beslut avsätts 1 procent av vårdpengen till ett prestationsbaserat ersättningssystem för området levnadsvanor. Detta motsvarar 6,8 mkr.

Genom att integrera relevanta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande aspekter i sin verksamhet bidrar hälso- och sjukvården till att individerna får ökad kunskap och bättre förutsättningar till hälsosamma val. För att stödja implementeringen av nationella riktlinjer vidtas följande åtgärder inom Vårdval Norrbotten år 2012:

Det prestationsbaserade ersättningssystemet bygger på dels en fast ersättning och dels en rörlig ersättning enligt följande:

- En **strukturersättning** införs under 2012 för att ge vårdgivarna ett tydligt incitament att se över och komplettera sitt arbetssätt och därmed organisera en struktur/funktion för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. Detta innebär att varje enhet ska arbeta fram en handlingsplan för hur man kommer att arbeta med de fyra områdena: tobak, alkohol, fysisk aktivitet och kost.

Beställarsektionen ska ta fram särskilda riktlinjer/kravspecifikation för handlingsplanen och godkänner handlingsplanerna. En särskild ersättning på 15 kr per listad individ på vårdenheten, dock lägst 100 tkr/enhet, utgår för godkända handlingsplaner. Ersättningen utgår upp till ett tak motsvarande 4,2 mkr vilket motsvarar att alla enheter får ersättning.

- En **rörlig** ersättning införs inom områdena tobak och fysisk aktivitet:
  - För dokumenterad identifikation och åtgärd som innebär en kvalificerad rådgivning avseende tobaksbruk utgår en ersättning om 750 kr per individ. Beräknad volym i år 2012 är ca 1200.
  - För dokumenterad identifikation och åtgärd inom området fysisk aktivitet som är rådgivande samtal med tillägg (FAR-recept/stegräknare/motsvarande) och med särskild uppföljning utgår en ersättning om 750 kr per individ. Beräknad volym i år är ca 1200.
  - Registrering och dokumentation ska enligt anvisningar ske i VAS och vara i överensstämmelse med benämningar i de nationella riktlinjerna. För de rörliga ersättningarna tillämpas inget ekonomiskt tak.
- För finansiering justeras vårdpengen med 1% vilket motsvarar en sänkning med i genomsnitt 28 kr per invånare, från 2786 kr till 2758 kr.

#### **Styrelsens beslut**

Prestationsbaserad ersättning inom Vårdval Norrbotten avseende sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande verksamhet införs från och med 1 januari 2012 enligt redovisat förslag.

---

## Ur landstingsstyrelsens protokoll den 2 februari 2011

---

### Vårdval Norrbotten – komplettering/revidering av ersättningsystemet

Ersättningsystemet i Vårdval Norrbotten bygger på en struktur med olika delar. Kapitering, prestationsbaserad ersättning, besöksavgifter, särskilda tillägg för kompensation av socioekonomiska förhållanden och glesbygdser-sättning ingår i detta ersättningsystem. Dessutom görs avdrag för täckningsgrad samt för besök som listade patienter gör vid andra enheter.

Det är för de besök som listade patienter gör vid andra enheter som kompletteringen och revideringen avser.

Kompletteringen innefattar att fastställa de belopp/avdragsnivåer som ska gälla för 2012.

Revideringen innefattar även förslag till ändrade regler för överströmnings-ersättningen.

#### Avdragsnivåer

Det finns ett antal privatpraktiserande läkare med allmänmedicinsk kompetens som är verksamma enligt lagen läkarvårdersättning (LOL) respektive privatpraktiserande sjukgymnaster verksamma enligt lagen om ersättning för sjukgymnastik (LOS). Vid besök hos dessa eller vid en registrerad kontakt med läkare verksam enligt LOL görs ett avdrag av vårdpengen för den vårdcentral där patienten är listad. Avdraget är schablonmässigt beräknat för att täcka 50 procent av den totala LOL/LOS kostnaden.

Den del av kostnaden för besök hos privatpraktiserande läkare respektive sjukgymnaster som inte belastar leverantörerna finansieras genom ett centralt anslag.

Ersättning utgår dessutom för vård som en patient fått som besökt en annan vårdcentral än den som patienten är listad vid. Utbetalning av denna överströmningsersättning sker i efterskott utan anmodan. Motsvarande avdrag görs hos enheten där patienten är listad.

Nivån på överströmningsersättning i Norrbotten har varit högre än i de övriga landstingen i norra regionen. Nu föreslås att Norrbotten anpassar överströmningsersättningen till de nivåer som gäller i Västerbottens läns landsting.

Beloppet för den del (LOL/LOS) som finansieras av leverantörerna och belopp för överströmningsersättning fastställs av Landstingsstyrelsen i början av varje verksamhetsår.

### **Överströmningsersättning**

Ersättningssystemet totalt sett ska främja kontinuitet och god vårdkvalitet. Fast ersättning i form av kapitering är den huvudsakliga inkomsten till leverantörer. Överströmningsersättning har enbart som syfte att säkra tillgängligheten till vård för en patient som är i behov av enstaka besök eller akut vård på en annan vårdcentral än där patienten är listad.

Analys av överströmningsersättningarna visar att ersättningen inte alltid nyttjas på det sätt som varit syftet. Vissa enheter har orimligt höga flöden av patientströmmar som genererar höga ersättningsnivåer. Det innebär att systemet med överströmningsersättning idag i alltför hög grad premierar att patienter inte söker/får vård på den vårdcentral man är listad vid, medan systemet i sin helhet syftar till att premiera en sammanhållen primärvård.

Det föranleder att reglerna för överströmningsersättning föreslås justeras. Förslaget till justering innebär att överströmningsersättningen som idag omfattar alla kategorier begränsas till att gälla enbart för besök hos läkare och sjuksköterskor.

### **Förslag till beslut**

Mot bakgrund av det redovisade föreslås landstingsstyrelsen fatta följande beslut:

- 1 För vid vårdcentralen listade patienters besök hos privatpraktiserande läkare med allmänmedicinsk kompetens verksamma enligt lagen om läkarvårdsersättning (LOL) görs vid den månatliga utbetalningen av vårdpengen avdrag med 494 kr per besök och 73 kr per övrig registrerad kontakt.
- 2 För vid vårdcentralen listade patienters besök hos privatpraktiserande sjukgymnaster verksamma enligt lagen om ersättning för sjukgymnastik (LOS) görs vid den månatliga utbetalningen av vårdpengen avdrag med 178 kr per besök.
- 3 För vård av patient som är folkbokförd i Norrbotten, som besökt en annan vårdcentral än den där patienten är listad utgår besöksersättning för läkarbesök med 430 kr per besök (exklusive patientavgift), för sköterskebesök utgår besöksersättning med 200 kr per besök (exklusive patientavgift). Motsvarande avdrag görs hos enheten där patienten är listad.
- 4 Förslag på förändrade nivåer för ersättning gäller från 1 januari 2012.
- 5 Överströmningsersättning gäller endast vid läkarbesök eller sjuksköterskebesök på en annan vårdcentral än den vid vilken patienten är listad.
- 6 Förslag på ändring för regler för överströmningsersättning gäller från 1 april 2012.

### **Vård- och omsorgscollege i Norrbotten**

Fyrkantens gymnasiesamverkan bestående av Boden, Luleå, Piteå och Älvsbyns kommunala gymnasieskolor har initierat uppbyggandet av vård- och omsorgscollege i Norrbotten. Vård- och omsorgscollege är en samverkansform på regional och lokal nivå mellan utbildningsanordnare, arbetsgivare och fackförbund i syfte att främja personal- och kompetensförsörjningen



inom vård och omsorg. Kalix gymnasieskola har meddelat att de avser att medverka från start och samtliga kommuner i Norrbotten kommer att kontaktas och välkomnas att delta.

Ett inledande första informationsmöte har hållits den 18 november 2011 dit berörda parter var inbjudna såsom socialförvaltningar, landstinget, fackliga organisationer, utbildningsanordnare samt vårdföretagen. En förutsättning för att kunna arbeta vidare med konceptet är att det finns intresse och resurser hos dessa samverkanspartners. Resurser, framförallt i form av representation i den regionala styrgruppen och den beredande arbetsgruppen men även för medfinansiering av 0,5 tjänst som processledare för tiden 1 mars 2012 till 31 december 2013 behövs för att bygga upp vård- och omsorgscollege i Norrbotten

### **Bakgrund**

Redan idag upplever landstinget och kommunerna i länet problem att anställa kompetent personal inom vård- och omsorgsyrkerna. Den demografiska utvecklingen med fler äldre vård- och omsorgstagare kombinerad med höga pensionsavgångar bland befintlig personal förväntas leda till ökad kompetensbrist framöver.

Etablering av vård- och omsorgscollege i Norrbotten förväntas:

- trygga verksamheternas personal- och kompetensförsörjning,
- öka intresset för vård- och omsorgsutbildningar,
- erbjuda attraktiva utbildningar av hög kvalité,
- öka samarbetet mellan utbildningsanordnare och arbetsliv,
- skapa attraktiva arbeten inom vård och omsorg, och
- marknadsföra yrken och utbildningar inom vård och omsorg.

För att utbildningarna ska uppfylla kraven för certifiering krävs att nedanstående kriterier är uppfyllda/planeras för:

- Analys och målbeskrivning
- Samverkan
- Regionalt och lokalt perspektiv
- Infrastruktur för utbildningarna
- Hälsoperspektivet
- Kreativ och stimulerande arbets- och lärandemiljö
- Lärandeformer och arbetssätt
- Lärande i arbete
- Kvalitetsarbete/uppföljning
- Avtal

### **Organisation**

#### Nationell nivå

På nationell nivå finns ett nationellt råd som består av Sveriges kommuner och landsting, Vårdföretagarna och Kommunal. Nationella rådet ska främja

regionala och lokala satsningar som leder till att behovet av personal- och kompetensförsörjningen inom vård och omsorg kan tillgodoses.

Nationella rådets uppdrag är att:

- ansvara för kvalitetskriterierna för vård- och omsorgscollege,
- skapa ett nationellt erkännande genom certifiering,
- ta fram metoder för certifiering,
- genomföra certifiering och återcertifiering,
- upprätthålla kanslifunktion,
- ge möjlighet till erfarenhetsutbyte.

#### Regional nivå

Den regionala nivån ska bestå av minst tre kommuner och landstinget. På regional nivå ska finnas en regional styrgrupp med trepartssamverkan mellan bransch, utbildningsanordnare och fackliga organisationer.

Den **regionala styrgruppen** arbetar för, och fattar beslut kring, gemensamma resurser såsom medel, metoder, instrument, strukturer och strategier till värde för utvecklingen av vård- och omsorgscollege. Styrgruppen ska representeras av skola (gymnasium, vuxenutbildning), socialtjänst, landsting, universitet, andra utbildningsanordnare samt representanter från vårdföretagen och fackliga organisationer.

På regional nivå sker samverkan i en beredande **arbetsgrupp** med representation från varje ort, en från skola och en från socialtjänst samt representanter från landsting, universitet och fackliga organisationer. Arbetsgruppen koordinerar arbetet genom att ge förslag till styrgruppen samt fördela arbetet lokalt.

**Processledaren** ansvarar för samordning och utveckling av vård- och omsorgscollege i Norrbotten. Tjänsten samfinansieras initialt under 2012-2013 av kommunerna och landstinget.

#### Lokal nivå

Lokala styrgrupper, kopplade till branschråden, bildas på respektive ort där vård- och omsorgscollege bildas.

#### Förslag till beslut

- 1 Landstinget deltar i uppbyggandet av vård- och omsorgscollege i Norrbotten tillsammans med länets kommuner.
- 2 Landstingsdirektören får i uppdrag att utse två representanter samt ersättare i den regionala styrgruppen samt en representant och ersättare i den beredande arbetsgruppen.
- 3 Landstinget bidrar med 150 000 kr för att finansiera 0,5 tjänst som processledare från 1 mars 2012 till 31 december 2013.
- 4 Medlen anvisas ur styrelsens anslag för oförutsedda utgifter.