

Landstingsstyrelsens protokoll

Sammanträdet den 27 mars 2012

§ 64 - 72

Beslutande

Kent Ögren (S), ordf § 64-69, 71-72	Agneta Granström (MP)
Britt Westerlund (S), v ordf	Kenneth Backgård (NS), ordf § 70
Anders Öberg (S)	Dan Ankarholm (NS)
Agneta Lipkin (S)	Margareta Henricsson (NS), ersättare
Leif Bogren (S)	Mattias Karlsson (M)
Ann Kristin Nilsson (S)	Gunilla Wallsten (M), ersättare
Gunnel Sandlund (V), ersättare	Stefan Tornberg (C)
Monica Carlsson (V)	

Ersättare och handläggare (hela eller delar av sammanträdet)

Jens Sundström (FP) ersättare
Gunnar Persson, tf landstingsdirektör
Mats Brännström, bitr landstingsdirektör
Stefan Svärdsudd, bitr landstingsdirektör

Sekreterare

Inga Gustafsson

Justerat den 29 mars 2012 Justerat den 3 april 2012 Justerat den 30 mars 2012

Kent Ögren, ordförande § 64-69, 71-72	Kenneth Backgård, ordförande § 70	Mattias Karlsson, justerare
--	--------------------------------------	-----------------------------

Bevis

Justeringen har tillkännagivits genom anslag på landstingets officiella anslagstavla den 11 april 2012. Överklagandetiden utgår den 2 maj 2012.

Inga Gustafsson



NORRBOTTENS LÄNS LANDSTING

LANDSTINGSSTYRELSEN DEN 27 MARS 2012

Val av protokolljusterare.....	3
Slutlig föredragningslista.....	3
Närvarorätt.....	3
Rapporter från styrelseledamöter	3
Återremitterat ärende: Förändring av operationsverksamheten vid Kalix sjukhus	4
Ansökan om att bilda regionkommun Norrbotten.....	18
Ansvarsfrihet för år 2011 för Norrlandstingens regionförbund.....	22
Förändrad läkarberedskap Arjeplogs vårdcentral.....	23
Norrbottnens läns landsting som signatär för att stärka Sveriges digitala framtid	27

§ 64

Val av protokolljusterare

Ledamoten Mattias Karlsson (M) utses till att jämte ordföranden justera protokollet.

§ 65

Slutlig föredragningslista

Fastställelse av slutlig föredragningslista för sammanträdet.

§ 66

Närvarorätt

Beslutas att hela dagens sammanträde ska vara offentligt.

§ 67

Rapporter från styrelseledamöter

Kenneth Backgård (NS) rapporterar från R20-konferensen ”The Road to Rio: Regions Building the Green Economy”.

§ 68

Återremitterat ärende: Förändring av operationsverksamheten vid Kalix sjukhus

Dnr 453-12

Ärendebeskrivning

Motiv till behovet av förändringar

I samband med planeringsarbetet inför år 2011 lade division Opererande fram förslag till förändringar inom operationsverksamheten i Kiruna och Kalix. Skälen till varför förslagen lades fram är följande:

- Krav på god vård och goda behandlingsresultat innebär en fortsatt specialisering inom alla divisionens discipliner.
- Specialiseringen innebär att verksamheter måste koncentreras ytterligare i länet för att uppnå tillräckligt patientunderlag.
- Ovan nämnda faktorer samt den medicinsk-tekniska utvecklingen är exempel på förhållanden som bidrar till en nationell och regional nivåstrukturering inom operativ vård som innebär att volymen ingrepp som utförs på länsdelssjukhus kommer att fortsätta att minska.
- Situationen då det gäller kompetensförsörjningen börjar bli prekär. Ett flertal specialister lämnar verksamheten, främst på grund av pensioneringar, vilket medför stora svårigheter att upprätthålla både jourlinjer och dagtidsverksamhet.
- De nya kraven på ST-utbildningen av läkare är starkt begränsande för möjligheterna att bedriva utbildning vid länsdelssjukhusen.
- Den medicinska utvecklingen innebär ökade kostnader framförallt inom cancervården. Dessutom tillkommer nya läkemedel mot tillstånd som tidigare inte kunnat behandlas. Denna utveckling skapar ett ökat behov av ekonomisk effektivisering inom andra områden.
- Divisionens ekonomiska underskott innebär att kostnadsminskningar måste genomföras på ett sätt som är långsiktigt hållbart.

Från den 1 september 2011 koncentrerades, efter beslut av landstingsfullmäktige, centraloperationskrävande ingrepp i Malmfälten till Gällivare sjukhus. Motiven bakom denna förändring var framförallt medicinsk kvalitet och att bidra till en långsiktigt hållbar struktur inom operationsverksamheten i Malmfälten. Upptagningsområdet på ca 50 000 inv är alltför litet för att det ska vara möjligt att upprätthålla kompetens och god medicinsk kvalitet om verksamheten bedrivs vid fler än ett sjukhus.

Huvudmotiven till förändringarna i Kiruna respektive Kalix är delvis olika. I Kalix handlar det främst om ekonomi och effektivt nyttjande av de samlade resurserna i ett länsperspektiv. Om den operationsverksamhet som bedrivs i Kalix med ett begränsat resurstillskott är möjlig att bedriva vid övriga sjukhus, kan divisionen göra en besparing.

Divisionen genomförde därför en översyn som visade på ekonomiska och verksamhetsmässiga effekter av att koncentrera de operationer som idag görs i Kalix till Gällivare resp Sunderby sjukhus. Frågeställningen rörde om det är möjligt att med ett begränsat resurstillskott i Gällivare resp Sunderbyn, överta de operationer som för närvarande görs i Kalix och hur stor besparingen i så fall blir.

Divisionen har även utrett ett annat alternativ, nämligen att minska resurserna i Kalix så långt som möjligt och ändå klara det operativa uppdraget.

Verksamheten i Kalix

Den akuta operationsverksamheten i hela kustområdet är sedan ett antal år tillbaka koncentrerad till Sunderby sjukhus. Operationsverksamheten i Kalix har ett renodlat elektivt uppdrag som huvudsakligen består av allmänkirurgiska volymoperationer: bräck, gallor och varicer.

Förutom allmänkirurgiska/urologiska operationer utförs också ingrepp på medicinpatienter (huvudsakligen inläggning venportar, pacemakingrepp och PEG*) samt tandvård i narkos för exempelvis tandvårdsrädda och dementa patienter. Samtliga operationer är planerade ingrepp.

Operationsverksamheten som utförs på centraloperation i Kalix har minskat under en följd av år. Orsaken till det är bl a att vårdköerna i Norrbotten minskat och att indikation för operation har stramats upp framförallt när det gäller allmänkirurgiska ingrepp. År 2007 var antalet allmänkirurgiska ingrepp i Kalix ca 1450 och har därefter minskat stadigt och beräknas under 2012 uppgå till närmare 800 st.

Inför år 2012 har verksamhetsområde allmänkirurgi/urologi gjort en plan över vilka operationer som ska utföras i Kalix. Övriga kliniker med verksamhet på centraloperation har också tillfrågats om sin verksamhet inför 2012. Verksamhetsvolymerna för 2012 planeras enligt nedan:

- Allmänkirurgi/urologi – ca 780 operationstillfällen
- Medicin – ca 80 operationstillfällen
- Folktandvård – ca 30 operationstillfällen

Omräknat i tidsåtgång på operationsenheten så innebär ovanstående volymer ett behov motsvarande nyttjandet av ungefär fem operationssalar per vecka (en per arbetsdag).

Anställda

Det är ca 14 personer i Kalix som direkt berörs av ev förändringar, huvudsakligen anställda vid centraloperation.

* PEG = Perkutan endoskopisk gastrostomi (för tillförsel av näring via slang in i magsäcken), Venport = Implantation eller avlägsnande av vaskulär injektionsport (för tillförsel av läkemedel in i blodbanan)

Vårdplatser

Operationerna i Kalix är huvudsakligen dagkirurgiska ingrepp som inte kräver inläggning. I nuläget nyttjas endast ca 2 vårdplatser för opererade kirurgiska patienter.

Förslag till förändringar

Förslaget till förändringar inom operationsverksamheten i Kalix innebär i korthet att:

- Operationer som kräver centraloperationsresurser flyttas från Kalix till Sunderbyn och Gällivare.
- I Sunderbyn och Gällivare görs mindre personalförstärkningar för att klara uppdraget.
- Ca två vårdplatser avvecklas i Kalix och omfördelas delvis till Gällivare och Sunderbyn.
- Polikliniska ingrepp som kan utföras på mottagning samt endoskopisk verksamhet i lokalbedövning kvarstår i Kalix.
- Mottagningsverksamhet och medicinsk cancerbehandling kvarstår i Kalix.
- Akutmottagning och det akuta omhändertagandet vid Kalix sjukhus behålls. Narkosläkare finns även fortsättningsvis tillgänglig dygnet-runt.

Underlag

Divisionens underlag för förslaget bygger på en dialog med de verksamhetsansvariga vid samtliga berörda orter och verksamhetsområden, d v s akutsjukvården i Kalix, Sunderbyn och Gällivare, länsklirik allmänkirurgi/urologi, division Medicin samt Folk tandvården. Det har även gjorts en kompletterande analys av patientgrupper inom division Medicin och Folk tandvård. Det har också gjorts en konsekvensanalys för personalen inför en eventuell avveckling.

Konsekvenser

Baserat på tidsåtgången för redovisade ingrepp i Kalix så motsvarar detta ett nyttjande på ca 2,6 operationssalar per vecka i Gällivare och ca 2,2 operationssalar per vecka i Sunderbyn.

Patientgrupper

Division Opererande

Inom allmänkirurgi/urologi kan de operationer som är aktuella karaktäriseras som "sällankirurgi" som patienten kanske gör enstaka gånger i sitt liv. Det handlar dessutom om planerad kirurgi på i övrigt relativt friska patienter. Inga patientsäkerhetsrisker har kunnat identifieras som en följd av att operationerna flyttas till Gällivare/Sunderbyn. Däremot blir det generellt en sämre närhet för patienter från östra Norrbotten.

Division Medicin

Samtliga ingrepp som görs på patienter som inom division Medicin är planerade, ingen akut operationsverksamhet förekommer.

Ingrepp på patienter som behöver byta pulsgenerator eller operera in pacemaker, flyttas till Sunderby sjukhus. Det handlar om ca 40 patienter årligen. Denna patientgrupp planerar division Medicin att koncentrera till Sunderby sjukhus oavsett förändringarna inom operationsverksamheten. Utifrån de samlade ambitionerna i hjärtriktlinjerna bedömer division Medicin att ett av de mest angelägna områdena är att fortsätta utvecklingen av hela den invasiva kardiologin, dvs bland annat pacemakeroperationer, till ett centrum för länet.

Medicinska skopiundersökningar är mycket få till antalet (ca 5 per år) och undersökningen kan utan konsekvenser utföras i Sunderbyn.

Insättning av PEG kan även i framtiden utföras i Kalix på behandlingsenheten. Det handlar om ca 15 ingrepp årligen.

Insättning av venportar måste göras under sterila förhållanden på centraloperation. Totalt sett görs 30 – 35 insättningar av venportar årligen. Av dessa görs 0 – 5 per år på ineliggande patienter, övriga är kirurgiska öppenvårdspatienter. Patienter som får venportar är vanligtvis svårt sjuka även om de inte är inlagda på sjukhus, ofta i ett palliativt stadium. Dessa patienter måste fortsättningsvis genomgå ett extra besök i Sunderbyn vilket innebär en försämrad service och närhet.

Borttagning av venportar (15 – 20 st årligen) kan fortsättningsvis göras i Kalix på behandlingsenheten. Det sker i hög utsträckning redan idag.

Den samlade risk som skulle kunna uppstå är fördröjningar pga bristande kapacitet att ta emot patienter i Sunderbyn. En konsekvens av detta kan innebära förlängda vårdtider i Kalix. Ambitionen i Sunderbyn är att sådana situationer inte ska uppstå. Några direkta patientsäkerhetsrisker kan inte identifieras.

Division Folk tandvård

Samtliga åtgärder på centraloperation i Kalix är planerade åtgärder, inga akuta ingrepp sker. Det handlar om ca 30 ingrepp årligen.

Patienter som blir aktuella för tandvård i narkos är exempelvis tandvårdsräd, dementa, förståndshandikappade eller andra svaga/utsatta patientgrupper. Att inte ha tillgång till centraloperation innebär längre resor och en försämrad service för dessa patienter. Några direkta patientsäkerhetsrisker kan inte identifieras.

Reseströmmar

Effekter då det gäller patienternas resor handlar uteslutande om sjukresor, ambulansorganisationen berörs inte.

De patienter som i nuläget opereras i Kalix kommer från följande områden i länet:

- Östra Norrbotten – ca 27 procent (Kalix, Haparanda, Överkalix, Övertorneå)
- Luleå/Boden – ca 40 procent
- Piteå älvadal – ca 30 procent (Piteå, Älvsbyn, Arvidsjaur, Arjeplog)
- Övriga – ca 2 procent

Utifrån den fördelning av operationer som föreslås mellan Gällivare och Sunderbyn är det möjligt att bedöma hur patientströmmarna påverkas.

- Östra Norrbotten – majoritet får längre resa, flertalet får resa till Sunderbyn
- Luleå/Boden – ungefär 3 av 4 får längre resa (till Gällivare)
- Piteå älvadal – majoriteten får kortare resa (till Sunderbyn)

Det finns många som får avsevärt kortare resor, dvs boende i kommuner i södra länsdelen. Dessutom är Gällivare som ort mera strategiskt placerat ur ett reseperspektiv (det går exempelvis att resa med tåg från kusten) än vad Kalix är. Förändringarna vad gäller sjukresor är svårbedömda men förändringen beräknas inte få några omfattande effekter. I kalkylen har 100 000 kr i ökade resekostnader medräknats.

Patientens mottagningsbesök inför ställningstagande till operation ska som tidigare göras vid närmaste sjukhus.

Möjlighet till övernattnig

Det finns idag patienthotell på Gällivare sjukhus. Patienthotellet är inte bemannat men fungerar trots det för den patientkategori som blir aktuell från Kalix. Det finns möjlighet till övernattnig för patienter med långa resor och som behöver anlända kvällen före operation. De ansvariga för patienthotellet i Gällivare räknar med att kunna hantera den volymökning som kan bli aktuell, även vad gäller patienter som behöver övernatta efter ett ingrepp.

Vårdplatser

Det finns möjlighet att ytterligare öka graden av öppenvård genom att göra förbättringar i vårdkedjan. I samband med en överflyttning till Gällivare och Sunderbyn räknar verksamheten med att göra dessa justeringar i handläggning av patienterna för att minimera behovet av inläggning i slutenvård. Därför beräknas vårdplatsbehovet i Gällivare endast öka med ca 0,8 och i Sunderbyn med ca 0,5 vårdplatser.

Resurser

När centraloperation i Kiruna avvecklades fördes de patienter som kräver centraloperationsresurser över till Gällivare utan att någon resursförstärkning var nödvändig på operation. I Gällivare, som efter Sunderbyn är den mest produktiva operationsenheten, begränsas resurstillskottet till två specialistutbildade sjuksköterskor. Det beror på att det fortfarande finns möjlighet att öka produktivitet och effektivitet på enheten.

I Sunderbyn, som är den mest produktiva operationsenheten i länet, behövs ytterligare två specialistutbildade sjuksköterskor. Jämfört med den totala verksamheten vid Sunderby sjukhus är den volym som kommer från Kalix relativt blygsam. Stordriftsfördelar gör att dessa tidsmässigt tämligen korta operationer kan hanteras på ett effektivt sätt totalt sett på operationsenheten.

Besparingen vid en avveckling beräknas till närmare 7 mkr årligen jämfört med dagens kostnadsnivå med hänsyn tagen till resursförstärkningen i Gällivare resp Sunderbyn.

Anställda

Vid avveckling av centraloperation i Kalix kommer tio sjuksköterskor (operations- och narkossjuksköterskor) och fyra undersköterskor att avvecklas från sina nuvarande befattningar. Vad avser narkosläkare kommer dagens bemanning med två narkosläkare dagtid att reduceras till en tjänst dygnet runt.

Samtidigt bedöms att fyra specialistsjuksköterskor ytterligare behöver anställas; två vid Sunderby sjukhus och två vid Gällivare sjukhus.

Avvecklingen kommer att hanteras enligt landstingets riktlinjer och de lagar och avtal som styr personalavveckling. Divisionen bedömer i *dagsläget* att några uppsägningar inte blir aktuella.

Verksamhet som blir kvar i Kalix

Det akuta omhändertagandet förändras inte vid en avveckling av centraloperation. IVAK-enheten berörs inte nämnvärt av förändringarna ovan förutom personal som hanterar postoperativ vård. Akutmottagning, IVA och ambulans förblir intakta. Sterilcentralen blir också kvar. Det pågår emellertid en länsövergripande översyn inom akutsjukvården för att se hur försörjningen av sterilt material ska fungera på bästa och mest rationella sätt i framtiden. Det kan resultera i förändringar för sterilcentralerna i länet.

Idag finns två narkosläkare i tjänst dagtid i Kalix. Om centraloperation avvecklas minskar behovet av narkosläkare och därför föreslås en reduktion motsvarande en tjänst dagtid. Det kommer även fortsättningsvis att finnas tillgång till narkosläkare dygnet-runt i Kalix.

Även kirurgmottagning kommer att finnas kvar i Kalix med möjlighet att utföra mindre ingrepp som inte kräver centraloperationsresurser. Planeringen utgår ifrån att det kommer att finnas kirurger kvar i Kalix för denna verksamhet.

Styrelsens yttrande och förslag till beslut

Landstingsstyrelsen lämnar följande yttrande och beslutsförslag till landstingsfullmäktige:

Det är landstingsstyrelsens uppgift att genomföra de beslut som landstingsfullmäktige fattar. Fullmäktige har i Landstingsplanen för år 2012 – 2014 bl a fastställt följande:

”Den specialiserade vården vid sjukhusen ska, som komplement till primärvården, erbjuda ett tryggt och säkert akut omhändertagande dygnet och året runt liksom planerade insatser för de patienter som behöver den specialiserade vårdens resurser. Alla sjukhus ska ha tillgång till internmedicinsk verksamhet, kirurgisk verksamhet samt geriatrik, rehabilitering och palliativ vård samt resurser för diagnostik och service...

God vård innebär i övrigt att:

- För att klara utmaningarna är det nödvändigt att använda alla tillgängliga resurser flexibelt och optimalt. Möjligheterna att ställa de samlade resurserna inom och utom länet till patienternas förfogande ska utnyttjas maximalt och samverkan både i ett länsperspektiv och utanför länet ska stärkas.

- Ofta förekommande sjukdomstillstånd ska kunna tas om hand nära patienten, medan insatser som är sällan förekommande ska koncentreras.
- Akut omhändertagande för patienter med tillstånd som kräver omedelbar bedömning och/eller omhändertagande ska finnas dygnet runt vid samtliga akutmottagningar och jourcentraler inom primärvården.
- Den akuta verksamheten i övrigt ska koncentreras och effektiviseras. Denna koncentration handlar främst om oplanerade insatser/åtgärder i det fortsatta vårdförloppet som kräver specialistsjukvårdens resurser.
- Verksamhet på jourtid ska minimeras för att ge utrymme för ökad planerad verksamhet på dagtid. Den planerade hälso- och sjukvården och tandvården ska kontinuerligt effektiviseras i syfte att öka tillgängligheten för patienterna.
- Verksamheten ska bedrivas med en över tiden ändamålsenlig arbetsfördelning inom och mellan vårdnivåerna. Det innebär att kontinuerligt värdera om medicinska åtgärder av kvalitetsskäl, patientsäkerhetsskäl eller ekonomiska skäl behöver koncentreras eller om verksamheter kan decentraliseras.
- Det verksamhetsmässiga innehållet och omfattningen av verksamheterna vid såväl sjukhus som vårdcentraler och tandvårdskliniker kommer att förändras över tiden.
- Det ska finnas fem sjukhus i länet och det ska finnas vårdcentraler och tandvårdskliniker i länets samtliga kommuner. ”

Landstingsstyrelsen konstaterar vidare att landstingets ansvar när det gäller hälso- och sjukvården omfattar hela länet och hela länets befolkning. Enligt landstingsplanen ska den hälso- och sjukvård som landstinget bedriver uppfylla ett antal viktiga kriterier som också är reglerade i för landstinget bindande föreskrifter. Hälso- och sjukvården ska vara:

- Patientfokuserad
- Tillgänglig i rimlig tid
- Säker
- Kunskapsbaserad och ändamålsenlig
- Jämlik och effektiv

Detta ställer stora krav på anpassnings- och utvecklingsförmåga i takt med att omvärldens krav på landstinget förändras och ökar. Befolkningsminskningen i länet de senaste 15 åren och en åldrande befolkning innebär stora utmaningar när det gäller att anpassa utbudet till en ändrad efterfrågan av vård. Allt fler äldre, svårt och multisjuka patienter behöver en ökad andel av resurserna samtidigt som förutsättningarna för att bedriva den akuta verksamheten behöver ses över.

Den medicinska utvecklingen driver ytterligare på behovet av att ompröva och förändra hur verksamheten bedrivs. Den nationella och internationella utvecklingen går i allt högre grad mot att insatser för patienter med akuta sjukdomstillstånd och behov av specialiserade utrednings- och behandlingsinsatser

koncentreras till färre enheter. Denna utveckling gäller även i Norrbotten. Ett konkret exempel på det är den koncentration av bröstcancerkirurgin som genomfördes för många år sedan. Idag har Norrbotten bland Sveriges bästa resultat för de kvinnor som drabbas av bröstcancer. Ett annat exempel är den koncentration av fetmakirurgin som genomförts med utgångspunkt från nationellt överenskomna indikationer och krav på tillgång till resurser för att säkerställa hög kvalitet i de kirurgiska åtgärderna. Ett tredje exempel är utvecklingen inom cancerområdet där det sker en koncentration av behandlingsåtgärder till färre enheter i landet.

En ytterligare faktor som starkt driver behovet av förändringar är den ökande konkurrensen om arbetskraft. För landstingets del är konkurrensen särskilt uttalad redan nu när det gäller läkare, men även inom andra yrkeskategorier finns kompetensförsörjningsproblem. Reglerna i arbetstidslagen och berättigade krav på en god arbetsmiljö understryker behovet av att nyttja den tillgängliga kompetensen på bästa sätt.

Till dessa förhållanden tillkommer även behovet av att vidta åtgärder för att stärka landstingets ekonomi. Redan år 2010 redovisade divisionerna ett negativt resultat på 94 mkr. För år 2011 redovisar divisionerna ett samlat underskott på 226 mkr. Även för de kommande åren är bedömningen att divisionerna kan komma att redovisa negativa resultat även om åtgärder vidtas för att förbättra resultatet. Det finns därför ett behov av att vidta konkreta åtgärder för att nå en ekonomi i balans och på sikt nå det av landstingsfullmäktige fastställda resultatmålet om ett överskott på 130 mkr per år.

- Landstingsstyrelsens bedömning är att förslaget om att de operationer som kräver centraloperationsresurser vid Kalix sjukhus överförs till Sunderby respektive Gällivare sjukhus är helt i linje med landstingsfullmäktiges uppdrag avseende hälso- och sjukvårdens inriktning och utveckling
- Landstingsstyrelsen bedömer att förändringarna kan genomföras med fortsatt god patientsäkerhet. Förändringarna innebär även att division Opererande specialiteters ekonomi, och därmed landstingets ekonomi, förbättras genom de åtgärder som föreslås. Styrelsen bedömer även att förslaget inte på något väsentligt sätt försämrar tillgängligheten till planerade operationer för det samlade kollektivet av patienter.
- I debatten kring förslaget har farhågor framförts om att förändringarna kommer att innebära att Kalix sjukhus inte kommer att ha fortsatt tillgång till narkosläkare och möjligen inte heller intensivvård (IVAK). Landstingsstyrelsen konstaterar att med den inriktning som landstingsfullmäktige fastställt för hälso- och sjukvården i länet så innebär kraven på ett akut omhändertagande vid samtliga sjukhus i länet att samtliga sjukhus måste ha fortsatt tillgång till såväl narkosläkare som intensivvård. Detta gäller givetvis även Kalix sjukhus.
- I beredningen av ärendet har synpunkter på de framtagna underlagen samt på de bedömningar och beräkningar som gjorts inkommit från ett antal intressenter. Landstingsstyrelsen har tagit del av synpunkterna och konstaterar att dessa inte har en sådan relevans att de påverkar styrelsens bedömning att förslaget bör genomföras.

Förslag till beslut

• Mot denna bakgrund föreslår landstingsstyrelsen att landstingsfullmäktige fattar följande beslut:

- 1 Förslaget om att de operationer som kräver centraloperationsresurser vid Kalix sjukhus överförs till Sunderby respektive Gällivare sjukhus godkänns.
- 2 Antalet vårdplatser minskas med två inom omvårdnadsenheten vid Kalix sjukhus medan en utökning med en vårdplats sker inom området allmän kirurgi/urologi vid Sunderby sjukhus och en vårdplats inom omvårdnadsenheten på Gällivare sjukhus.
- 3 Förändringarna ska genomföras senast den 1 september 2012.
- 4 Landstingsdirektören får i uppdrag att verkställa beslutet och successivt rapportera förändringarna till landstingsstyrelsen.

Yrkanden och propositionsordning

Yrkande 1

Kent Ögren (S), Agneta Granström (MP), Monica Carlsson (V), Britt Westlund (S), Anders Öberg (S), Leif Bogren (S), och Jan Åge Mikalsen (S):

- Beslutsförslaget bifalls.

Yrkande 2

Jens Sundström (FP), Anne Kotavuopio Jatko (FP), Erik Söderlund (-):

- Beslutsförslaget avslås.

Yrkande 3

Kenneth Backgård (NS), Mattias Karlsson (M), Erik Söderlund (-), Stefan Tornberg (C) och Kurt-Åke Andersson (S):

- Ärendet återremitteras med följande motivering:

Det underlag som presenteras ger inte svar på ett flertal frågor. Dels så förklaras inte hur besparingar på 7 miljoner uppnås, när all berörd personal kvarstår i landstingets verksamheter, och dels ges inte svar på frågor om kapacitets- och arbetsmiljökonsekvenser på alla berörda sjukhus.

På vilket sätt tillgodoses resursbehoven i Gällivare och Sunderbyn gällande personal och lokaler och till vilka kostnader? Bl a uttryckt i operationskostnad/patient i Kalix och Sunderbyn. Vad innebär förändringen på sikt för övriga verksamheter i Kalix?

På vilket sätt påverkar det ökande resandet patientsäkerheten?

Vilka blir arbetsmiljökonsekvenserna i Gällivare och Sunderbyn och hur påverkas tillgänglighet och vårdköer?

Propositionsordning

Ordföranden ställer proposition på återremissyrkandet och finner att det avslås.

Votering begärs.

Ordföranden meddelar att ja-röst gäller för att ärendet ska avgöras idag och nej-röst för att ärendet ska återremitteras.

Omröstningsresultat

Med 43 ja-röster för bifall till att ärendet ska avgöras idag och 28 nej-röster för bifall till återremissyrkandet bifalls återremissyrkandet.

Ledamöterna röstar enligt följande:

Ledamot	Ja	Nej	Avstår	Frånv
Kent Ögren	x			
Britt Westerlund	x			
Leif Bogren	x			
Anita Gustafsson	x			
Thor Viklund	x			
Lars Renberg, ersättare	x			
JanÅge Mikalsen	x			
Ida Johansson	x			
Agneta Burman, ersättare	x			
Eivy Blomdahl	x			
Lennart Synnergren	x			
Pernilla Lundqvist	x			
Per-Erik Muskos, ersättare	x			
Britt-Marie Vikström	x			
Kurt-Åke Andersson, ersättare		x		
Lennart Holm	x			
Kristina Yacoub, ersättare	x			
Tomas Vedestig	x			
Håkan Bäckström	x			
Birgitta Gidblom	x			
Ann Kristin Nilsson	x			
Stig Starlind	x			
Roland Nirlén	x			
Anders Öberg	x			
Ingela Uvberg Nordell	x			
Lennart Thömlund	x			
Maria Burström	x			
Gunnar Gabrielsson	x			
Brita Ström	x			
Fredrik Hansson	x			
Marianne Viita	x			
Bengt Ek	x			
Elisabeth Lindberg	x			
Monica Carlsson	x			
Gunnel Sandlund	x			
Bo Engström	x			
Marianne Jakobsson, ersättare	x			
Ove Haarala	x			
Ingmari Åberg	x			
Agneta Granström	x			
Jörgen Naalisvaara	x			
Kenneth Backgård		x		

Ledamot	Ja	Nej	Avstår	Frånv
Ann-Christin Åström		X		
Bernt Nordgren		X		
Jörgen Afvander		X		
Erkki Bergman		X		
Anders Bohm		X		
Bo Ek		X		
Dan Ankarholm		X		
Doris Messner		X		
Johnny Åström		X		
Anders Sundström		X		
Lennart Ojanlatva		X		
Margareta Henricsson		X		
Mattias Karlsson		X		
Gunilla Wallsten		X		
Lage Hortlund, ersättare		X		
Bo Hultin		X		
Roland Nordin		X		
Hans Swedell		X		
Anders Josefsson		X		
Nihad Zara		X		
Camilla Rydbjörk		X		
Stefan Tornberg		X		
Ann-Christine Rutqvist, ersättare		X		
Perarne Kerttu		X		
Gunnar Selberg		X		
Jens Sundström	X			
Erik Lundström	X			
Anne Kotavuopio Jatko	X			
Erik Söderlund		X		
Summa	43	28		

Beslut

Ärendet återremitteras.

Särskilt yttrande

Av Erik Söderlund (-):

Ett antal oerhört viktiga frågor är obesvarade eller ofullständigt belysta i beslutsunderlaget. Jag begär därför att ärendet inte går till beslut idag utan återremitteras med följande anvisningar:

- 1 I nuvarande verksamhet är Kalix sjukhus operationsverksamheten mest kostnadseffektiv. Kostnader måste belysas i beslutsunderlaget. Detta saknas idag. Volymen på de olika orterna måste belysas.
- 2 Logistiken i förslagen om ny organisation måste belysa tydligt. Hur kan reservkapacitet finnas i Sunderbyn och Gällivare? Vilka blir kostnaderna för de verksamheterna?
- 3 Den påstådda besparingen på 7 miljoner måste förklaras på ett samlat sätt. Detta saknas idag.

- 4 Taktiska och strategiska effekter på verksamheten vid Kalix sjukhus måste belysas på ett tydligare sätt.
- 5 De samlade effekterna av nya resmönster måste belysas där även patienternas tid redovisas (Tre dagar i Gällivare mot en dag i Kalix)

Beredning med anledning av beslutet om återremiss

Med anledning av landstingsfullmäktiges beslut om minoritetsåterremiss har en kompletterande utredning genomförts. Utredningen belyser de frågor som motiveringen för minoritetsåterremissen anger. I det följande redovisar styrelsen den kompletterande utredningen i anslutning till respektive fråga som anges i återremissen.

1. Det förklaras inte hur besparingar på 7 miljoner uppnås, när all berörd personal kvarstår i landstingets verksamheter.

Tiden från när förslaget presenterades till avvecklingen kommer att vara drygt 9 månader (om avvecklingen sker efter sommaren 2012). Ett antal medarbetare har under tiden sökt och fått nya arbeten.

Förutom de lediga befattningar som kommer att uppstå både vid Gällivare och Sunderby sjukhus sker hela tiden en viss omsättning av personal i landstinget. Det gör att det vanligtvis uppstår befattningar att söka på olika håll inom organisationen.

Dessutom finns ett relativt omfattande vikariebehov, enbart i division Opererande finns ett konstant vikariebehov om drygt 100 personer. I divisionen finns en kustgemensam resursförmedling för att täcka vikariebehov där medarbetare från Kalix som inte får andra jobb kommer att erbjudas anställning.

Besparingen uppnås därmed genom att antalet anställda totalt sett minskar i landstinget.

2. Svar ges inte på frågor om kapacitets- och arbetsmiljökonsekvenser på alla berörda sjukhus.

Det har gjorts analyser av verksamhetsinnehåll samt volymer vid berörda sjukhus som visar att de mottagande sjukhusen kommer att kunna hantera den tillkommande verksamheten.

Vid både Gällivare och Sunderby sjukhus görs en sedvanlig konsekvensanalys för att bli säkerställa arbetsmiljön för de anställda. Vid operationsenheten vid Sunderby sjukhus finns redan en överenskommelse med de fackliga organisationerna om att man kan hantera den tillkommande patientströmmen och samtidigt pågår planering av hur den dagliga verksamheten på operationssalarna skulle kunna bedrivas.

3. På vilket sätt tillgodoses resursbehoven i Gällivare och Sunderbyn gällande personal och lokaler och till vilka kostnader?

I grundkalkylen för förändringen ingår detta. Med ett begränsat resurstillskott på personalsidan (totalt ca fyra anställda) kan den tillkommande verksamheten utföras i befintliga lokaler vid sjukhusen i Gällivare/Sunderbyn.

Resurser för vårdplatser motsvarande det som idag nyttjas i Kalix förs över till Gällivare/Sunderbyn liksom andra rörliga kostnader förknippade med operationsverksamheten (sjukvårdsmaterial, läkemedel etc).

4. Hur ser kostnadsjämförelser ut; kostnad per patient vid Kalix sjukhus och Sunderby sjukhus?

Vid jämförelser av kostnader per patient måste man ta hänsyn till skillnader i patientsammansättningen; handlar det t ex om ett selekterat urval patienter, bedömda av läkare, som är i grunden friska men i behov av en planerad operation? Eller är det ett osorterat akut inflöde av patienter som inte tidigare är läkarbedömda och som opereras alla tider på dygnet? Det kan även finnas skillnader i patientsammansättningen i planerad verksamhet; opereras patienter med större risker och flera komplicerande sjukdomar vid en viss enhet medan övriga hanteras vid en annan? Det är bland annat detta som gör jämförelser vanskliga och innebär att slutsatser endast kan dras mot bakgrund av kunskap om verksamhetsinnehållet.

Det är inte möjligt att rakt av jämföra patienter som opereras för t ex ljumskbräck eller gallbesvär vid Kalix respektive Sunderby sjukhus. Sjukhuset i Sunderbyn har ett osorterat akut patientinflöde samtidigt som man tar hand om planerade ingrepp på svårare sjuka patienter. Kalix har planerad verksamhet dagtid med ett selekterat urval patienter. I KPP-jämförelserna (kostnad per patient) ligger både Kalix och Sunderbyn lägre än riksgenomsnittet inom kirurgi/urologi. Att sjukhuset i Kalix ligger lägre än sjukhuset Sunderbyn beror på ovan nämnda skillnader i verksamhetsuppdrag och patientsammansättning.

Det övergripande motivet till förändringarna är att öka kostnadseffektiviteten i ett länsperspektiv. När förändringarna genomförs ökar kostnadseffektiviteten eftersom samma verksamhet kommer att utföras men till en totalt sett lägre kostnad.

5. Vad innebär förändringen på sikt för övriga verksamheter i Kalix?

Det akuta omhändertagandet förändras inte vid en avveckling av centraloperation. IVAK-enheten berörs inte nämnvärt av förändringarna ovan förutom personal som hanterar postoperativ vård. Akutmottagning, IVA och ambulans förblir intakta. Det kommer även fortsättningsvis att finnas tillgång till narkosläkare dygnet-runt i Kalix.

Eventuella ytterligare mer långsiktiga förändringar av verksamheten vid Kalix sjukhus är inte relaterade till förändringar av operationsverksamheten. Dessa eventuella förändringar är helt beroende av bl a den fortsatta medicinska utvecklingen och de långsiktiga ekonomiska förutsättningarna för landstingets verksamhet.

6. På vilket sätt påverkar det ökande resandet patientsäkerheten?

Ca 30 procent av patienterna som opereras i Kalix kommer ifrån kommuner i östra Norrbotten. Majoriteten av de patienter som opereras i Kalix idag reser därmed redan för närvarande. Att resan istället går till ett annat sjukhus har i sig ingen betydelse för patientsäkerheten. Det är även väsentlig att framhålla att det rör sig om planerad och inte akut verksamhet. Det finns också stor vana av att ta hand om patienter som reser långt för vård både vid Gällivare och Sunderby sjukhus.

7. Vilka blir arbetsmiljökonsekvenserna i Gällivare och Sunderbyn och hur påverkas tillgänglighet och vårdköer?

Frågan om konsekvenser för arbetsmiljön har redovisats tidigare (fråga 2)

När det gäller tillgängligheten och väntetider till vård är utgångspunkten att de inte ska påverkas. Den ordinarie verksamhetsplaneringen har som utgångspunkt att även fortsättningsvis klara tillgängligheten. Norrbotten tillhör de landsting som har rikets kortaste väntetider till operation. Drygt 80 % av de patienter som väntar på ett ingrepp har väntat kortare än 60 dagar. Generellt erbjuds patienterna vård vid det sjukhus i länet där väntetiden är kortast.

Bedömningen är att förändringen inte kommer att försämra tillgängligheten.

Styrelsens förslag till beslut

Mot bakgrund av den genomförda utredningen föreslår landstingsstyrelsen att landstingsfullmäktige fattar följande beslut:

- 1 Förslaget om att de operationer som kräver centraloperationsresurser vid Kalix sjukhus överförs till Sunderby respektive Gällivare sjukhus godkänns.
- 2 Antalet vårdplatser minskas med två inom omvårdnadsenheten vid Kalix sjukhus medan en utökning med en vårdplats sker inom området allmän kirurgi/urologi vid Sunderby sjukhus och en vårdplats inom omvårdnadsenheten på Gällivare sjukhus.
- 3 Förändringarna ska genomföras senast den 1 september 2012.
- 4 Landstingsdirektören får i uppdrag att verkställa beslutet och successivt rapportera förändringarna till landstingsstyrelsen.

Yrkande och propositionsordning

Yrkande 1

Kent Ögren (S):

- Beslutsförslaget bifalls.

Yrkande 2

Kenneth Backgård (NS), Mattias Karlsson (M) och Stefan Tornberg (C):

- Beslutsförslaget avslås.

Propositionsordning

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

Beslut

Enligt beslutsförslaget.

Reservation

Av Kenneth Backgård (NS), Dan Ankarholm (NS), Margareta Henricsson (NS), Mattias Karlsson (M), Gunilla Wallsten (M) samt Stefan Tornberg (C) till förmån för yrkande 2.

Särskilt yttrande

Jens Sundström (FP) biträder avslagsyrkandet.

§ 69

Ansökan om att bilda regionkommun Norrbotten

Dnr 721-12

Ärendebeskrivning

Bakgrund

Landstingsfullmäktige beslutade 27 maj 2008 att ansöka om ändring i indelning i landsting. Målet var att tillsammans med Västerbottens läns landsting och landstinget i Västernorrland bilda Region Norrland. Den ideella föreningen Norrstyrelsen med uppgift att förbereda bildandet av en sammanhållen norrländsk region bildades.

En översyn av statlig regional förvaltning med Mats Sjöstrand som särskild utredare pågår med uppdraget att lämna förslag på hur den statliga förvaltningen på regional nivå kan bli tydligare, mer samordnad och ändamålsenlig.

Sjöstrand fick i uppdrag av regeringen att även undersöka möjligheterna att bilda region Norrland. Under tiden har Västernorrland ändrat inriktning och i en lägesrapport publicerad i januari 2012 beskriver Sjöstrand läget för bildande av en region bestående av Norrbotten och Västerbotten. Även den konstellationen har visat sig inte varit en framkomlig väg.

Regeringen har sedan Ansvarskommittén presenterade sitt förslag sagt att nya regionbildningar ska växa fram underifrån som resultat av processer, förhandlingar och samarbeten på den regionala nivån. Önskemål från den regionala

nivån om direktiv från statens sida om vilka kriterier som ska vara vägledande för processerna har inte tillgodosetts utan underifrånperspektivet har anförts.

Idag har inga regionsammanslagningar skett. Försöksverksamheterna i Västra Götaland och Region Skåne har permanentats. De enda nya regionerna är Halland och Gotland.

Ansökan

I ansökan om bildande av regionkommun Norrbotten redovisas argument för att det regionala utvecklingsansvaret ska ligga på ett direktvalt regionfullmäktige med egen beskattningsrätt. Därutöver presenteras verksamheten vid Norrbottens läns landsting för att visa på dess förmåga att ta lokala och regionala initiativ för utveckling.

Demokrati

Det starkaste skälet till ansökan om att få möjlighet att genom regionkommun ta ansvar för regionala utvecklingsfrågor är att genom direkta val stärka medborgarnas inflytande över vardagens frågor och därmed kan demokratin fördjupas och utvecklas.

Kompetensutvecklingsinsatser har under flera år riktats till de förtroendevalda i fullmäktige för att förbereda dem för de krav som en framtida förändrad regional organisation kommer att ställa dem inför.

Sedan sju år tillbaka har landstinget tillsammans med Kommunförbundet Norrbotten arbetat med att stärka den lokala och regionala nivåns kunskap om regional utveckling genom en årlig Norrbottenskonferens riktad till förtroendevalda i landstinget och kommunerna.

Regionalt tillväxtarbete

Utgångspunkten för regeringens tillväxtpolitik är att hela Sveriges utvecklingskraft, hållbara tillväxtpotential och sysselsättningsmöjligheter ska tas till vara. Det innebär att alla delar av landet ska ges möjlighet att utvecklas av egen kraft och bidra till det gemensamma bästa.

Regeringen säger att deras mål är stärkt lokal och regional konkurrenskraft genom fungerande dialog och samordning dels mellan politiska områden på nationell nivå, dels mellan insatser på lokal, regional och nationell nivå.

Dagens asymmetriska styrelseformer ger inte alla län samma förutsättningar att utvecklas.

Norrbotten är ett län med en fortlöpande befolkningsminskning samtidigt som stora investeringar sker i de traditionella basnäringarna och utvecklingen i vissa kommuner är mycket gynnsam. Landstinget har tagit initiativ till Kraftsamling 2011-2015 för att skapa en arena där kommuner, näringsliv, ideella sektorn, civilsamhället och privatpersoner kan diskutera vilka frågor och vilka åtgärder som är viktiga för länets utveckling.

För att stärka näringslivets utveckling arbetar landstinget med finansiering av regionala utvecklingsprojekt (drygt 20 miljoner kronor årligen) och genom att vara en aktiv ägare till bolag som har till uppgift att bidra till utvecklingen i regionen. Bolagen ger ett mervärde till regionen i samarbete med andra aktö-

rer. Därutöver avsätts 8 miljoner kronor till finansiering av kulturutvecklingsprojekt årligen.

Transportinfrastruktur

En väl fungerande infrastruktur där sjöfart, flyg, vägar, järnvägar och IT-kommunikation tillsammans bildar ett samverkande transportsystem har grundläggande betydelse för regional utveckling och tillväxt. De långa avstånden inom länet och avstånden till viktiga marknader både inom och utanför Sverige ställer höga krav på transportsystemet, bland annat hög vägstandard, för såväl personer som varor.

Norrboten har under de senaste åren låg utdelning av de statliga infrastrukturinvesteringarna. Uteblivna eller senarelagda nationella satsningar på infrastruktur påverkar länets utveckling. Näringslivets konkurrenskraft försämras.

Den regionala samordning av den långsiktiga infrastrukturplaneringen behöver stärkas. Särskilt då regeringen i allt större utsträckning efterlyser finansieringsformer som kompletterar den statliga finansieringen.

Kultur

Kultur i dess många former är en betydelsefull del av den regionala utvecklingen och därmed också en faktor för tillväxten. Ett rikt och utvecklande kulturliv har stor betydelse för en heltäckande bild av Norrbotten i Sverige och Europa.

Kultur är en viktig utvecklingskraft. Norrbotten har en utmärkt grund att stå på. Sedan 2011 arbetar Norrbotten efter kultursamverkansmodellen som innebär en decentralisering av fördelningen av statliga anslag till den regionala nivån. Det utmärkta samarbetet mellan landstinget och kommunerna inom kulturområdet och tillgängligheten till kultur var en av de avgörande faktorerna när Norrbotten fick möjlighet att som enda län utanför regionerna införa den nya kultursamverkansmodellen. Landstinget har således erfarenhet av decentraliserat utvecklingsarbete på regional nivå som inkluderar kommunerna. Samarbetet har rönt nationell uppmärksamhet.

Med kulturplanen har landstinget fått en helhetsbild över kulturlivet i Norrbotten och ett verktyg för ett långsiktigt och konkret arbete utifrån gjorda mål och prioriteringar.

Hälso- och sjukvård

Landstinget hälso- och sjukvårdsbudget omsluter 2012 på ca 7,5 miljarder kronor. Landstinget är länets största arbetsgivare med drygt 7400 anställda och verksamhet i alla kommuner.

Landstingets handlingsutrymme bestäms bland annat av de ekonomiska förutsättningarna, befolkningsstrukturen, möjligheterna att rekrytera kvalificerade medarbetare och den medicinska utvecklingen som innebär att mer kan göras för allt fler människor. De demografiska förutsättningarna och den medicinska och tekniska utvecklingen tyder på att kostnaderna för hälso- och sjukvården kommer att fortsätta att öka.

Under våren 2010 startade landstinget ett omfattande utredningsarbete (När-sjukvårdsutredningen) kring frågan om hur framtidens hälso- och sjukvård ska bedrivas för att vara långsiktigt hållbar. Arbetet har skett under stor öp-

penhet bland annat genom öppna möten runt om i länet. Utredningen lade fram sin slutrapport i oktober 2011 och bereds vidare för beslut i landstingsstyrelse och fullmäktige våren 2012.

Yttrande och förslag till beslut

Lokala och regionala angelägenheter hanteras bäst av lokala respektive regionala politiker. Medborgarna ska kunna ställa någon till ansvar i politiska frågor, det vill säga frågor där intressen vägs mot varandra, mål sätts, prioriteringar görs och resurser fördelas.

Bildande av en regionkommun med regionalt utvecklingsansvar enligt lag om regionalt utvecklingsansvar är ett naturligt steg för att stärka länet i den globala konkurrensen men också konkurrensen gentemot andra regioner i Sverige.

Den regionala utvecklingen blir effektivare och legitimiteten stärks då det förenas med beskattningsmöjligheter. Genom att bilda en regionkommun flyttas rätten att besluta i viktiga utvecklingsfrågor från staten till regionerna. Medborgarnas inflytande över vardagens frågor stärks och därmed kan demokratin fördjupas och utvecklas. Kommunernas beslutsrätt berörs inte.

Med detta som bakgrund föreslår landstingsstyrelsen landstingsfullmäktige att fatta följande beslut:

- Landstinget inger till regeringen ansökan om att nuvarande Norrbottens läns landsting från och med 2015 får bilda regionkommun med regionalt utvecklingsansvar enligt lagen om regionalt utvecklingsansvar (SFS 2010:630).
- Ansökan i enlighet med bilaga godkänns.
- Överläggningar upptas med Kommunförbundet Norrbotten för att utveckla en inomregional struktur för hantering av gemensamma frågor mellan regionkommunen och kommunerna enligt förslag i ansökan.

Yrkande och propositionsordning

Yrkande 1

Kent Ögren (S), Britt Westerlund (S), Kenneth Backgård (NS), Stefan Tornberg (C), Monica Carlsson (V) och Agneta Granström (MP):

- Beslutsförslaget bifalls.

Yrkande 2

Mattias Karlsson (M):

- Beslutsförslaget avslås.

Propositionsordning

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

Beslut

Enligt beslutsförslaget.

Reservation

Av Mattias Karlsson (M) och Gunilla Wallsten (M) till förmån för yrkande 2.

Särskilt yttrande

Jens Sundström (FP) biträder bifallsyrkandet.

§ 70

Ansvarsfrihet för år 2011 för Norrlandstingens regionförbund

Dnr 722-12

Ärendebeskrivning

Förbundsdirektionen för Norrlandstingens regionförbund har upprättat årsredovisning för verksamhetsåret 2011 och har beslutat att årets underskott om 220 tkr balanseras i ny räkning.

Varje medlem i kommunalförbundet har nominerat var sin lekmannarevisor. De har i sitt arbete biträttats av sakkunniga från medlemslandstingens revisionsorgan. Deras granskning av förbundets verksamhet har inte gett anledning till anmärkning. Revisorerna tillstyrker att regionförbundets årsredovisning godkänns och att ledamöterna i förbundsdirektionen beviljas ansvarsfrihet för 2011 års verksamhet.

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

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslår fullmäktige att fatta följande beslut:

- 1 Landstingsfullmäktige beviljar för sin del förbundsdirektionen i Norrlandstingens regionförbund ansvarsfrihet för den tid revisionen omfattar.
- 2 Årsredovisningen för år 2011 läggs till handlingarna.

Beslut

Enligt beslutsförslaget.

Anteckning

Ordföranden Kent Ögren (S), vice ordföranden Britt Westerlund (S), Monica Carlsson (V), Agnetha Granström (MP) samt Stefan Tornberg (C) anmäler jäv. Som tillfällig ordförande tjänstgör därför Kenneth Backgård (NS).

§ 71

Förändrad läkarberedskap Arjeplogs vårdcentral

Dnr 723-12

Ärendebeskrivning

Generell riktlinje

I den vårdpolitiska inriktning som landstingsfullmäktige fastställde i mars 2005 anges bland annat att verksamhet på jourtid ska minska i omfattning och att den planerade verksamheten ska öka i omfattning. Vidare står det att den akuta verksamheten ska koncentreras. Denna inriktning anges även i nu gällande landstingsplan för åren 2011 – 2013

Mot bakgrund av detta fattade landstingsstyrelsen, den 31 maj 2007 § 95, beslut om generella riktlinjer för förändring av jourverksamhet. Vilket omfattade:

- 1 Riktlinjer på utformning av och uppföljning av förändringar av jourverksamhet.
- 2 Landstingsdirektören gavs i uppdrag att löpande förbereda och genomföra förändringar av jourverksamhet inom ramen för landstingsfullmäktiges beslut och styrelsens riktlinjer.

Bakgrund

I samband med införandet av vårdval i Norrbotten ställdes det ökade ekonomiska krav på samtliga leverantörer av primärvård. Den ekonomiska ramen avseende ersättningen till samtliga leverantörer har minskat med två procent under vardera åren 2010, 2011 och nu motsvarande för år 2012.

I syfte att skapa bättre förutsättningar för verksamheten i glesbygd tog landstingsfullmäktige, den 15-16 juni 2011 § 62, beslut om en omfördelning av primärvårdens samlade ekonomiska ram, vilket innebär en höjd ersättning till vårdcentraler i glesbygd från och med 2012.

Division Primärvård har utifrån det fria vårdvalets förutsättningar och ovan nämnda ekonomiska förändringar uppdraget att anpassa vårdcentralernas verksamhet och ekonomi till en budget i balans.

Trots stora ansträngningar för att minska kostnaderna under åren 2009 och 2010 så uppvisade Arjeplogs vårdcentral, vid bokslut 2010, ett underskott på 1,9 mkr. Under våren 2011 genomfördes ett analysarbete och en ekonomisk handlingsplan togs fram för att nå en budget i balans. Resultatet från analysen visar att en huvudorsak till underskottet är höga kostnader för läkarberedskap.

Översyn förändrad läkarberedskap

En översyn har genomförts avseende förändring och samordning av läkarberedskapen för Arjeplogs vårdcentral.

Utgångspunkter för översynen

Arbetet med översynen har utgått från att hälso- och sjukvården i länet ska vara:

- Tillgänglig
- Säker
- Evidensbaserad
- Kvalitativt likvärdig och
- Effektiv

Riktlinjer

Översynen har i likhet med jourförändringen i östra Norrbotten beaktat de riktlinjer för utformning av förändringar av jourverksamhet som landstingsstyrelsen fastställt:

- Befolkningens tillgänglighet till akut och planerad sjukvård ska säkerställas även om jourverksamhetens geografiska placering ändras.
- Socialstyrelsens rekommendationer och krav på kompetens vid jourtjänstgöring och tillgänglig handledning av AT- läkare på akutmottagning ska beaktas.
- Kvaliteten avseende utbildning/handledning av AT- läkare ska höjas.
- Arbetsmiljön ska förbättras genom att uppfylla arbetstidslagets krav på reglerad jourtjänstgöring och dygnsvila.
- Förändringar av jourverksamheten ska föregås av konsekvensanalyser avseende såväl verksamhet som arbetsmiljö
- De samlade kostnaderna för jourverksamheten ska minska.

Nedan följande punkter är beaktade i samband med genomförd jourförändring vid Piteå älvdals sjukhus

- Kvaliteten i det akuta omhändertagandet ska öka genom att höja kompetensen i första linjens jour. Införande ”akutläkarresurs ska övervägas för att ytterligare höja kvaliteten.
- Inriktningen ska vara att minska antalet akuta inläggningar och minska handläggningstider/väntetider vid akutmottagningarna.

Förslag till förändring av läkarberedskapen

Den föreslagna förändringen innebär att läkarberedskapen samordnas till Arvidsjaur's vårdcentral efter kl. 21.00 vardagar och mellan kl. 08.00-12.00 och kl. 18.00-08.00 under helger. Övrig tid kvarstår läkarberedskapen som tidigare.

Avtal med Arjeplogs kommun, avseende köp av sjukskötersketjänst under beredskapstid, kvarstår som tidigare. Det innebär att patienter kan söka vård vid Arjeplogs vårdcentral dygnet om. Sjuksköterskan kommer att ha tillgång till läkare i beredskap under hela beredskapstiden men under tid som beredskapen är samordnad, görs konsultation med läkare via telefon eller videoteknik.

Konsekvensanalys

Risk- och konsekvensanalyser har genomförts i syfte att säkerställa främst tillgänglighets- och kvalitetsaspekterna. Vid behov har rutiner och riktlinjer reviderats för att säkra vårdens kvalitet och vidmakthålla tryggheten för befolkningen i Arjeplog.

Den akuta sjukvården har under de senaste 10-15 åren utvecklats och förändrats. Idag har finns en kvalitativt förbättrad ambulanssjukvård med utbildad och tränad personal för akut omhändertagande. Patienter med akuta tillstånd såsom hjärtinfarkt, stroke och trauma ska så snabbt som möjligt transporteras till sjukhus för diagnostisering, vård och behandling. Tidsfaktorn är viktig och fördröjning vid en vårdcentral bör undvikas.

Erfarenheter av tidigare beredskapsförändringar inom primärvården och erfarenheter från liknande förändringar i Västerbotten bekräftar att akut vård kan tillgodoses på ett tryggt och säkert sätt även efter en förändrad läkarberedskap. Föreslagen förändring bedöms ge även ge följande konsekvenser:

- Minskade kostnader.
- Alternativ kostnadsminskning såsom ytterligare personalreducering medför risk för försämrade tillgänglighet till hälso- och sjukvård under dagtid i Arjeplog.
- Det totala patientflödet under den samordnade beredskapstiden är lågt. En genomförd uppföljning av patientflödet uppvisar en omfattning av cirka tre patienter per vecka. De patienter som behöver läkarvård under natten behöver ofta tillgång till sjukhusvård. Detta innebär att förändringen medför en ringa ökning av ambulanstransporter eller akuta patientfall till Arvidsjaurs vårdcentral.
- En förbättrad arbetsmiljö för läkare på orten genom reglerad jourtjänstgöring och dygnsvila. Föreslagen beredskapsförändring underlättar följsamhet till arbetstidslagen.
- Underlättar rekrytering av fasta läkare till orten.

Ekonomi

Den direkta kostnadsminskningen är beräknad till 500 tkr.

Övriga förväntade ekonomiska konsekvenser

Ytterligare förväntad kostnadsminskning med 300-500 tkr genom:

- Översyn av larmplaner för ambulans sjukvården. Detta medför minskade övertidskostnader.
- Minskat behov av inhyrda läkare dagtid eftersom arbetstidslagen kan följas utan kompensationsledighet dag efter beredskap.
- Minskat behov av inhyrda läkare genom ökad möjlighet att rekrytera fasta läkare till orten.

Uppföljning

I enlighet med landstingsstyrelsens beslutade riktlinjer ska efter genomförd förändring kontinuerlig uppföljning av resultat och konsekvenser ske enligt följande:

- Utveckling av patientflödet till akutmottagning i Arjeplog och Arvidsjaurs vårdcentraler.
- Utvecklingen av antal akuta inläggningar.
- Utvecklingen av antalet akuta remisser till Piteå alternativt Sunderby sjukhus.
- Utvecklingen av antal ambulanstransporter.
- Effekter på tillgänglighet och uppfyllelse av vårdgarantin..
- Utveckling av patientsäkerhet och antalet rapporterade avvikelser.
- Ekonomiskt utfall.

Nedan följande parameter följs och redovisas regelbundet av sjukhusens akutmottagningar i länet.

- Utveckling av handläggningstid/tid till läkare på akutmottagningen.

Yttrande och förslag till beslut

Landstingsstyrelsen bedömer att de redovisade åtgärderna är väl förenliga med de av landstingsfullmäktige fastställda riktlinjerna för utveckling av god vård i länet. Åtgärderna bidrar även till att förbättra division Primärvårds ekonomi vilket är angeläget. De föreslagna åtgärderna är enligt styrelsens mening även väl förenliga med fortsatt god patientsäkerhet.

Mot denna bakgrund föreslås styrelsen fatta följande beslut:

- 1 Redovisade åtgärder godkänns
- 2 Landstingsdirektören ges i uppdrag att genomföra förändringen och återrapportera till landstingsstyrelsen.

Yrkande och propositionsordning

Yrkande 1

Kent Ögren (S):

- Beslutsförslaget bifalls.

Yrkande 2

Stefan Tornberg (C), Kenneth Backgård (NS) och Mattias Karlsson (M):

- 1 Läkariouren i Arjeplog ska vara kvar oförändrat.
- 2 Ev framtida förändringar av läkariouren ska beslutas av landstingsfullmäktige.

Propositionsordning

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

Beslut

Enligt beslutsförslaget.

Reservation

Av Kenneth Backgård (NS), Dan Ankarholm (NS), Margareta Henricsson (NS), Mattias Karlsson (M), Gunilla Wallsten (M) samt Stefan Tornberg (C) till förmån för yrkande 2.

Särskilt yttrande

Jens Sundström (FP) biträder Centerpartiets avslagsyrkande.

§ 72

Norrbottnens läns landsting som signatär för att stärka Sveriges digitala framtid

Dnr 724-12

Ärendebeskrivning

Regeringen fattade den 29 september 2011 beslut om strategin "It i människans tjänst - en digital agenda för Sverige" (N2011/342/ITP)¹. Agendan är en sammanhållande strategi för att ta tillvara de möjligheter som digitaliseringen ger. Målet är att Sverige ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens möjligheter.

För att möta de utmaningar som finns både internationellt och nationellt vill regeringen ta till vara de möjligheter som digitaliseringen ger. För att lyckas med det behöver alla hjälpas åt, ha ett gemensamt mål och en riktning för hur Sverige blir bäst i världen på att använda digitaliseringens möjligheter. Det finns därför ett behov av en sammanhållen strategi med tydliga mål och åtgärder som samlar alla goda krafter runt om i landet och utnyttjar befintliga resurser på ett smartare sätt. Agendan ska tjäna som en kompassriktning för alla aktörer som har betydelse för att Sverige på bästa sätt ska kunna använda digitaliseringens möjligheter.

Organisationer som signatärer

Det är inte bara staten eller offentlig sektor som har betydelse för hur Sverige fullt ut ska kunna tillvarata de möjligheter som digitaliseringen medför. En viktig ledstjärna för arbetet med den digitala agendan har varit just samverkan

¹ <http://www.regeringen.se/content/1/c6/17/72/56/5a2560ce.pdf>

med det omgivande samhället. Signatärskapet är en fortsättning på sådan samverkan. Det handlar om att flera aktörer ska kunna bidra och påverka det digitaliseringsarbete som regeringen initierar genom strategin.

Signatärens ansvar

Signatärer av avsiktsförklaringen förväntas att vid ett senare tillfälle beskriva vad just deras organisation eller företag kan göra för att bidra till att föra Sveriges digitalisering framåt, med utgångspunkt i den digitala agendan för Sverige. Signatärskapet är helt frivilligt.

De signatärer som är tidigt ute och som har intressanta bidrag i förhållande till den digitala agendan, är intressanta dialogpartners och referenser i genomförandeprocessen. För närvarande är cirka 80 organisationer signatärer, exempelvis vårdförbundet, läkarförbundet, SKL, vårdföretagarna och IT Norrbotten.

Genom att skriva på avsiktsförklaringen för signatärskap aviserar landstinget:

- Att landstinget delar ambitionen att Sverige på bästa sätt ska ta tillvara de möjligheter som digitaliseringen ger, och
- Att landstinget med utgångspunkt i den digitala agendan för Sverige avser att beskriva på vilket sätt vi själva kan bidra till genomförandet av agendan.

Process för signatärskap

Signatärskap söks genom att behörig firmatecknare fyller i ett ansökningsformulär för landstinget på Regeringens hemsida². Senast 2 månader efter att landstinget har signerat avsiktsförklaringen vill Regeringen få in en beskrivning på hur landstinget kan bidra till genomförandet av den digitala agendan.

Yttrande och förslag till beslut

Den digitala agendan är mycket viktig för landstingets verksamhet och berör konkret flera av landstingets verksamhetsområden ur ett strategiskt och operativt perspektiv samt ur ett internt och externt perspektiv exempelvis; Offentlig förvaltning, Entreprenörskap och företagsutveckling, Vård och omsorg, Skola och undervisning, Demokrati, Tillgång till kultur, Infrastruktur, Bredband, Forskning och innovation, It för miljön, Jämställdhet, It för global utveckling.

Mot den bakgrunden föreslås landstingsstyrelsen fatta följande beslut:

- 1 Norrbottens läns landsting ansöker om signatärskap hos regeringen enligt ansökningsprocessen.
- 2 Landstingsdirektören får i uppdrag att ansvara för koordineringen av beskrivningen från landstinget på hur landstinget kan bidra till genomförande av agendan samt ansvaret för att beskrivningen lämnas in till Regeringen.

² <http://www.regeringen.se/sb/d/14375/a/177013>.

Yrkande och propositionsordning

Yrkande

Kent Ögren (S) och Stefan Tornberg (C):

- Beslutsförslaget bifalls.

Propositionsordning

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

Beslut

Enligt beslutsförslaget.