

3 OKTOBER 2016



LULEÅ

2016-10-27

Dnr. 447-16

Protokoll

## Länspensionärsrådet

### Tid och plats

Måndag 3 oktober 2016, kl 13-16, Landstingshuset lokal C 308

### Närvarande

Anders Öberg (S), NLL ordförande	Siv Nilsson, SPRF
Glenn Berggård (V), NLL	Ulla Öhman, PRO
Margaretha Dahlén (NS), NLL	Åke Bolmgren, PRO
Gunilla Bergstedt, SPF Seniorerna	Eivor Öhman, SPRF (ersättare)
	Annika Kostet Green, sekreterare

### För kännedom

Maria Stenberg (S), NLL	Roland Harr, PRO
Gunnel Jonsson (C), NLL	Vanja Berglund, PRO
Agneta Granström (MP), NLL	Laila Furskog, PRO
Karl-Henrik Eriksson (FP), NLL	Ove Kohkoinen, PRO
Lennart Ojanlatva (NS), NLL	Margareta Pohjanen, SKPF
	Mona Wilsson, SPF Seniorerna
	Distriktsorganisationerna i respektive pensionärsorganisation

Annika Kostet Green, sekreterare

Justeras den 19/10 2016

Anders Öberg, ordförande

Justeras den 20/10 2016

Ulla Öhman, PRO

## § 1

### Sammanträdets öppnande

Anders Öberg hälsade ledamöterna välkomna och öppnade sammanträdet.

## § 2

### Val av protokolljusterare

Ulla Öhman valdes att tillsammans med ordföranden justera protokollet.

## § 3

### Godkännande av föredragningslistan

En justerad föredragningslista delgavs vid mötet och godkändes.

Inga övriga frågor anmälades.

## § 4

### Framtida arbetsformer för patientråden på systemnivå

Annika gick igenom resultaten från workshop som ordinarie ledamöter och ersättare var inbjudna till den 9 juni 2016 och redogör även för en del av det pågående arbetet med handlingsplan för Patient- och brukarmedverkan (se bifogad presentation). Diskussion om vad det innebär för framtida arbete i patientråden på systemnivå. Synpunkter som framfördes:

- Uppdraget som ledamot i patientråd kommer troligtvis att innebära att man i viss mån får handlingar att ta del av i förväg och förankrar i organisationen på hemmaplan. Då har man med sig synpunkterna till mötet.
- Kan kännas som ett mer kravfullt uppdrag i och med detta, svårare att rekrytera ledamöter?
- Viktigt att det blir en "röd tråd" i arbetet mellan patientråden på system- resp verksamhetsnivå, så att frågor kan lyftas och avhandlas på rätt nivå.
- Föreslagen mötesstruktur för LHR/LPR testas under våren 2016, utvärderas därefter (specifika frågor i början resp i slutet av varje möte, samt däremellan en gemensam del).
- LPR lyfter fram att det är viktigt att perspektivet äldre multisjuka får utrymme i den nya mötesstrukturen.
- Fler möten kan bli nödvändigt med det nya arbetssättet. Förslag att ha temamöten under 2017. Kräver utökad budget, Annika utreder frågan.
- Då patient- och brukarmedverkan sker i högre grad än idag, kan det medföra att representanter behöver företräda en bredare grupp än den egna organisationen, t ex äldre, barn, psykiatri. Då kan samverkan mellan organisationer behövas i högre grad.

Den 10 november genomförs konferensen Patient- och brukarmedverkan (inbjudan bifogas protokollet). En av programpunkterna är "Brukarråd i förändring – länshandikapp- och länspensionärsråd". Annika vill ha en ledamot från LPR (och en från LHR) med sig i ett samtal. Tid fanns inte att utse denna på mötet utan ledamöterna får uppdrag att diskutera vem som kan ta på sig uppdraget.

## § 5

### RemoAge – en rapport från rådets deltagare

Ulla Öhman och Siv Nilsson rapporterar från senaste mötet.

Birgitta Nordström berättade då om intervjuer med personalgrupper om de testade tekniklösningarna som är följande:

- Luleå kommun - läkemedelsdosetten Evondos (apparaten signalerar/påminner då det är dags att ta läkemedel, signalerar även till personal om personen missar doser). Har blivit mer självständig, klarat medicinering själv i högre grad.
- Övertorneå hälsocentral - läkarkonsultation på distans. Har fungerat bra, både personal och patienter är nöjda.
- Gällivare kommun – samordnad individuell plan (SIP) på distans. Teknik möjliggör att flera aktörer samlas, så man får information vid ett tillfälle. Ibland för stort fokus på medicinska frågor då läkare deltar.
- Haparanda och Bodens kommuner - tillsyn hos brukare nattetid via kamera. De som testat har varit positiva, de har fått sova ostört.

Tekniken har fungerat bra överlag. Viss osäkerhet hos personal finns vid användning av teknik, lite mer förberedelser har behövts. Trygghet och säkerhet för patienter upplever man ökar, då man använder tekniklösningar. Personal upplever ökad trygghet. Tidsbesparing konstateras genom de tekniska lösningarna. Farhågor från personal har varit att personliga möten försvinner, betydelsen av samtal och kroppsspråk minskar, men dessa aspekter har inte överskuggat det positiva.

Viktigt att hitta rätt lösning för rätt person, att utbildning ges till personal, att man ser tekniklösningar som ett komplement.

2016 är sista året för RemoAge, man tror att detta är rätt väg för framtiden.

15 november Sunderby sjukhus, en inspirationsdag som är gratis. Siv delar ut inbjudningar till denna dag. Föreläsningarna direktsänds till övriga sjukhus och hälsocentraler via distanslösning. Länk till anmälan bifogas protokollet. Birgitta Nordströms rapport är inte färdig än och kan därför inte bifogas.

## §6

### Tillgängliga Samordnade Individuella Planer (T-SIP)

Besök av Kaisa Björnström Norrbottens Kommuner, Sofi Nordmark, landstinget. En presentation visas (bifogas).

Patient/brukare ska vara en del i teamet = medaktör, i vård, stöd och omsorg. Två olika processer finns idag för planering av vård och omsorg:

- *Utskrivningsplanering från sjukhus*  
Samordnad planering vid utskrivning från slutenvård är den process som ska koordinera och säkerställa patientens fortsatta vård och omsorg vid förflyttning från slutenvården till öppen hälso- och sjukvård och/eller socialtjänst (de närmaste 3 veckorna efter utskrivning).
- *Samordnad individuell planering i hemmet*  
Är den process som ska koordinera och säkerställa den enskildes vård och omsorg i vardagen. Det är regionen/landstinget och din kommun som är skyldiga att upprätta en samordnad individuell plan (SIP) när de bedömer att det behövs insatser från både socialtjänst, hälso- och sjukvård och ev andra aktörer. Det står i Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen. SIP kan

användas oavsett ålder. Den enskilde ska vara medaktör och planeringen utgår från dennes resurser, önskemål och behov.

Om dessa planeringar på sjukhus eller i hemmet, inte utförs alls eller inte som de ska, uppstår brister och får konsekvenser som redovisades.

Nu pågår ett projekt 2016-2018, med pengar från Tillväxtverket (EU-finansierat). Flera projektägare finns, bland annat: Luleå tekniska universitet, Luleå och Haparanda kommuner. Syftet är att stärka den enskildes roll, utveckla och implementera förnyade arbetssätt, testa och implementera ny teknik, tillgängliga planer för den enskilde via 1177 Vårdguiden. Ledamöter lyfte synpunkter om att 1177 inte är tillgängligt i den mån det behövs, man kan få en tid att bli uppringd men då väljer många att besöka akuten i stället.

Höstens aktiviteter i projektet syftar till att kartlägga nuvarande arbetssätt; intervjuer med personal i kommuner och landstinget, kartlägga behov och brister i dagens arbetssätt, bevaka ny lagstiftning. Därefter kommer man ta fram förslag på och implementera förnyade arbetssätt, samverkansriktlinjer, genomföra informationskampanjer, nytt IT-stöd.

Frågor kring behov av samma IT-system i landsting och kommuner för journaler lyftes fram av rådet. Sofi och Kaisa berättar att för vårdplanering (på sjukhus och i hemmet) finns idag ett gemensamt system i Norrbotten, Meddix, som ägs av både landstinget och kommunerna. Systemet håller på att utvecklas och kommer framöver i en ny version Lifecare. Systemet används för att upprätta individuella planer, båda huvudmännen har tillgång till detta.

Fråga från rådet lyfts om i vilken omfattning verksamheterna utser fast vårdkontakt. Svaret är att det sker i låg omfattning idag, men man ser ett samband mellan SIP och fast vårdkontakt, det ligger i rutinen att då en SIP upprättas ska fast vårdkontakt utses.

*Sofi och Kaisa har med sig några frågor som de gärna vill få synpunkter på:*

1. Hur når vi brukare/patienter med erfarenhet av någon form av vårdplanering och hur kan de bidra i projekten med sin kunskap? Vilka forum och former?
2. Hur ser ni att man kan öka den enskildes delaktighet i utformningen av framtidens hälso- och sjukvård samt stöd och omsorg?

Tiden räckte inte för att diskutera frågeställningarna, men svaren kan ni gärna skicka till Annika KG som förmedlar till Sofi och Kaisa.

## §7

### Tandvårdsköer i länet – fokus på äldre

Besök av Maria Pettersson, chefstandläkare i folktandvården. Presentation finns.

Äldres munhälsa: gruppen äldre heterogen grupp med väldigt olika behov. Friska äldre är mest regelbundna besökare hos folktandvården och värderar munhälsan högt. Munhälsa är viktig för välbefinnandet och hälsan. Dålig munhälsa påverkar hela kroppen.

EPI NORR studier; befolkningsundersökningar som genomförs i länet varat 10:e år för att kunna planera framtida tandvård. Undersökningar, intervjuer, enkäter. Har genomförts 1991, 2001, 2011. Maria redovisar några resultat som avser personer >75 år och äldre, samt gruppen >65 år.

Fluortandkrämen kom 1962 och har haft mycket stor betydelse för tandhälsan.

Den egna tandvården är det viktigaste för tandhälsan! Fluor är viktigt.

Fråga lyfts av ledamöter om att tandvård borde ha samma kostnadsberäkning som övrig hälso- och sjukvård. Enligt Maria är detta en kostnadsfråga och inte i dagsläget aktuellt att förändra.

Folktandvården har en prioriteringsordning av tandvårdspatienter enligt beslut i Landstingsstyrelsen, som Maria visar. Idag har man en ansträngd situation inom folktandvården. Beror delvis på rekryteringsproblem, men nu har man lyckats bättre på den sidan och hittat fungerande lösningar, t ex där erfarna tandläkare åker runt på olika kliniker och stöttar nya tandläkare. En orsak till den ansträngda situationen är att man kallar för många patienter samtidigt, vilket gör att man har så många pågående patienter att det inte finns utrymme för så många nya. Analyser har visat att tandvård till asylsökande inte har någon inverkan på väntetider, utan det är övriga orsaker som orsakar väntetiderna.

Tandvårdstaxan där gäller idag fri prissättning. Folktandvården har en gemensam taxa i länet, men privata tandläkare har fri prissättning.

Abonnemangspatienter finns även bland de äldre, Norrbotten är bland de bästa i landet att erbjuda alla åldersgrupper. Statistik skickas ut med protokollet.

Ersättningssystemet visas, se presentation.

Landstingets tandvårdsstöd består av fyra delar, se presentation. Personer som är 85 år och äldre har rätt till gratis tandvård för åtgärder inom landstingets tandvårdsstöd, sedan januari 2016.

## § 8

### Rapport från Landstingsråden

#### *Bassänger*

Frågan har varit uppe i våras på gemensamt möte med LPR och LHR. Översyn av samtliga varmvattenbassänger i länet har gjorts. Forskning finns inte för bassängträningens effekter, men starka skäl finns för att patienter upplever gynnsamma effekter och kan röra sig mer i vatten, än på land.

Idag fungerar det olika på olika orter med regler och rutiner kring användning av bassängerna. En översyn ska göras så att det blir likartade förutsättningar i alla kommuner. Tillgång till bassängträning måste säkerställas. Alltså gör man inga förändringar just nu. De landstingsägda behålls, de samägda med kommunerna kommer man att se över. På sikt måste underhållsfrågor lösas.

#### *Hälsocentraler och distriktssköterskemottagningar*

160928 beslutades i landstingsstyrelsen att Furunäsets hälsocentral stängs. Orsakerna till stängning är svårigheter rekrytera läkare: inga fast anställda samt svårt bemanna med stafettläkare. Viktigt kunna upprätthålla kompetensen och säkerställa kvalitén på hälsocentralerna. Patienter (6000) listas på övriga landstingsdrivna samt en privat hälsocentral i Piteå.

Landstingsrådet vill betona att ingen ny hälsocentral har öppnats på Piteå havsbad, utan sjuksköterskor finns på plats för att möta asylsökande där de är. Det ger en god kvalitet, utifrån erfarenheter från Riksgränsen.

Primärvården i Kalix har ett uppdrag att ha en ekonomi i balans som i dagsläget inte uppnås. Landstingsstyrelsen har därför beslutat att hälsocentralerna i Grytnäs och Kalix bildar en gemensam hälsocentral med placering i Kalix sjukhus.

Distriktssköterskemottagningar i Arvidsjaur, Hakkas, Gunnarsbyn och Harads har vi haft en dialog om då verksamheten bedömer att vi kan göra mer med dessa resurser på hälsocentralerna. Behov av fortsatt dialog med kommuner om

möjlighet till köp av tjänst från tex hemsjukvården pågår, samt en bedömning av om vissa av patienterna har behov av hemsjukvård. Det handlar om att säkerställa kvalitet på besöken för patienterna, som kan ha behov av annan profession som de idag inte har tillgång till på dessa mottagningar. Antalet besök är sammanlagt 200/år på dessa orter.

### **Ekonomi**

Resultaten efter två tertialer pekar mot ett stort underskott även i år för landstinget. Orsakerna är många. Som exempel nämns:

- Ökade personalkostnader under sommaren. Hårt tryck på Sunderby sjukhus trots fler öppna vårdplatser.
- Ökade sjuktransportkostnader, pga högre kostnadsläge, inte fler transporter.
- I Norrbotten har vi en åldrande befolkning. Svårt att möta den utvecklingen, då inkomster inte ökar i samma omfattning som kostnaderna. Färre personer som ger skatteintäkter och allt fler som har behov av vård och behandling.
- Ökande läkemedelskostnader med 8-10% per år, enskilda patienter kan ha läkemedel för miljonkostnader per år, samt att bättre läkemedel som utvecklas är dyrare.
- Kostnader för riks- och regionsjukvård ökar och uppgör sammantaget till dryga 500 miljoner/år. Till exempel brännskador och andra komplicerade tillstånd. Det är en kompetensfråga, vi måste skicka patienter för vissa insatser till kliniker som har kompetens. Till exempel hjärttransplantationer.

### **Landstingets strategiska plan samt Landstingsstyrelsens plan**

Under våren arbetade LPR och LHR med inspel till landstingets strategiska plan. I planerna återspeglas detta under olika avsnitt i mer generella skrivningar. Båda planerna bifogas protokollet. Här följer några exempel:

- Landstingsstyrelsens plan talar om vikten av att vård flyttas till rätt vårdnivå. I planen finns tre prioriterade områden: vård av äldre, psykisk hälsa, prevention.
- I NLLs vision: *Tillsammans för Norrbotten – Bästa livet, bästa hälsan.* Värderingarna som visionen utgår ifrån talar om inkludering och utvecklingsmöjligheter för alla, tillgänglighet och medskapande, mångfald tas tillvara och uppmuntras. Patienter och närstående ska känna förtroende, delaktighet och värdighet i mötet med landstinget, genomsyras av helhetssyn på patienten, utgå från patientens behov.
- En hållbar utveckling omfattar en social, ekologisk och ekonomisk dimension. Den sociala dimensionen handlar om människors rättigheter, hälsa, jämlikhet och jämställdhet, demokrati och social rättvisa.
- Socialt företagande lyfts fram och ska stimuleras.
- När det gäller äldre ska man utreda möjligheten att inrätta en äldrehälsocentral.
- En policy för medborgardialoger är under framtagning, och kommer att ligga till grund för framtida dialoger mellan fullmäktiges beredningar och medborgare.

### **1177**

NLL har idag en egen lösning för 1177, övriga län ingår i en nationell struktur. Norrbotten är därför mer sårbara och kommer att övergå till den nationella

strukturen, där kommer vi att få tillgång till mer kompetens och fler språk. En bättre lösning än dagens.

**Regionfrågan**

NLL har lämnat in ett svar till regeringen på deras förslag till indelning av landet i stora regioner, där de fyra nordliga länen föreslås ingå i Norrland. Första förväntade besluten i april 2017, då residensstäder ska utses. Hösten 2017 ska beslut om nya landsting tas så att de kan börja verka från januari 2019.

**§9**

**Övriga frågor**

Inga övriga frågor.

**§ 10**

**Nästa sammanträde**

Nästa sammanträde är gemensamt med Länshandikapprådet och genomförs Torsdag den 15 december, kl 10-15 i Styrelserummet. Beredning sker Torsdag 1 december, kl 13-15 i 5:an landstingshuset.

**§ 11**

**Sammanträdets avslutning**

Anders Öberg tackade de närvarande och förklarade sammanträdet avslutat.



