

Protokoll från

Länshandikapprådet

Tid och plats

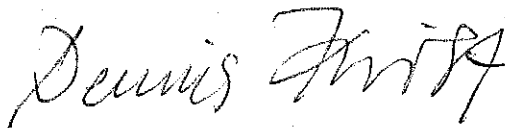
Tisdagen den 9 april 2013 kl 10.00–15.15, Landstingshuset, Luleå
(styrelserummet)

Närvarande

Britt Westerlund, NLL (S), ordförande	Christian Lindgren, HSO
Marlene Haara, Kommunförbundet (S)	Inger Johansson, HSO
Kåre Strömbäck, Kommunförbundet (S)	Kristina Hjort, HSO
	Gerd Rönnqvist, HSO
	Ivan Åberg, HSO
	Mashal Molod, DHR
	Lars Sundling, SRF

Övriga

Stefan Stridsman, division Medicinska specialiteter, §§ 1–4	Mats Brännström, hälso- och sjukvårdsdirektör, § 7
Sofia Nilsson, Ekonomiavdelningen, § 5	Ingegerd Morian Andersson, Beställaravdelningen, § 8
Anders Bergström, Utvecklingsavdelningen, § 6	Dennis Kvist, sekreterare



Dennis Kvist

Justeras den

15/5

2013

Justeras den

13/5

2013



Britt Westerlund



Gerd Rönnqvist

§ 1

Sammanträdets öppnande

Britt Westerlund hälsade ledamöterna välkomna och förklarade sammanträdet öppnat.

§ 2

Val av protokolljusterare

Gerd Rönnqvist valdes att tillsammans med ordföranden justera protokollet.

§ 3

Godkännande av föredragningslistan

Föredragningslistan godkändes med följande tillägg:

- 1 Information om handikapporganisationerna på hälsocentraler.
- 2 Handläggningsöverenskommelser för olika diagnoser.
- 3 Läsbarheten för landstingets torsdagsannons.
- 4 Gatuväldets ekonomi.

§ 4

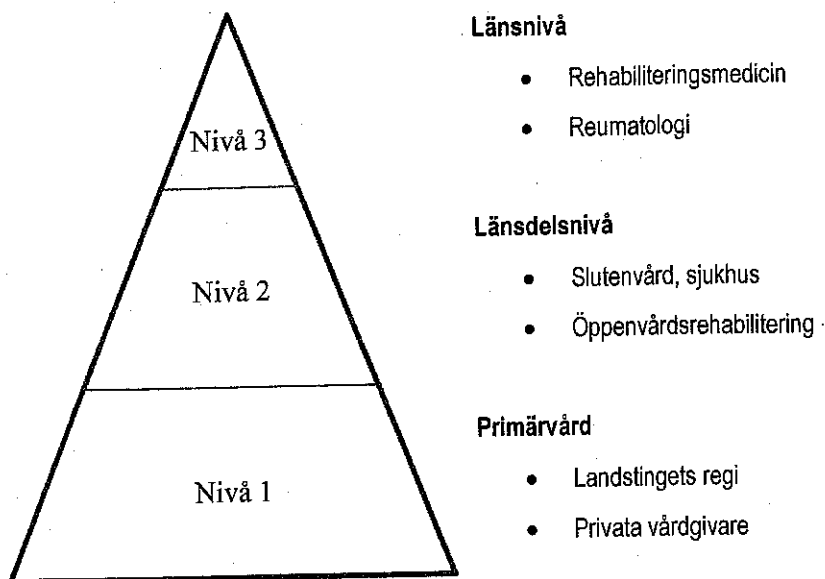
Rehabiliteringsverksamheten i landstinget

Stefan Stridsman, sektionschef inom rehabiliteringsmedicin, division Medicinska specialiteter, inledde med att tacka för att han fått tillfälle att komma till Läns-handikapprådet. Inom rehabiliteringsverksamheten pågår ett utvecklingsarbete med att kvalitetssäkra processer och arbete. Verksamheten vill bli bättre på att nå ut med information och få till stånd dialoger med bland andra patientorganisationerna.

Den översyn av rehabiliteringsverksamheten som gjordes 2010 ledde till att verksamheten nivåindelades på följande sätt:

- Nivå 1 utgörs av primärvården och har ett generalistperspektiv.
- Nivå 2 utgörs av slutenvård eller öppenvård vid de fem sjukhusorterna med ansvar för rehabiliteringen inom respektive upptagningsområde. Perspektivet är mer specialiserat, bedriver teambaserad rehabilitering, har fördjupad kompetens och mer resurser än nivå 1.
- Nivå 3 omfattar länssjukvården (sluten och öppen) vid Sunderby sjukhus med ett uppdrag gällande hela länet. Den teambaserade rehabiliteringen har mer resurser och fördjupad kompetens jämfört med nivå 2. Det finns läkare med specialistkompetens inom rehabiliteringsmedicin eller reumatologi. Utredningar och rehabiliteringsåtgärder genomförs.

Nivåindelningen kan också illustreras på följande sätt:



Syftet med en nivåindeldad rehabilitering är att ge en likvärdig rehabilitering i hela länet, att resurserna nyttjas rättvist, att rehabiliteringen sker på rätt nivå, att säkerställa en obruten rehabiliteringskedja, att förbättra samverkan i kedjan och att innebära en tydlighet för alla vårdgivare när patienten, utifrån sitt behov, ska överföras till annan nivå.

Nivåindelningen gäller för landstinget. Den rehabilitering kommunerna bedriver i hemsjukvården är att jämföra med nivå 1.

I primärvården samverkar arbetsterapeut, sjukgymnast, distriktssköterska, distriktsläkare och kompetens inom psykosocial ohälsa om rehabiliteringen. På nivå 2 samverkar fler yrkesgrupper med fördjupad kompetens. På nivå 3 består teamen av arbetsterapeut, logoped, sjukgymnast, socionom, sjuksköterska, specialistläkare, psykolog, neuropsykolog samt personal med hälsovägledar-/kostrådgivarkompetens.

Generellt sett har rehabiliteringsbehovet, i form av till exempel vårdplatser, minskat genom bland annat bättre läkemedel. Det skrivs också färre remisser än tidigare. Patientens behov ska alltid vara styrande.

Landstinget har sedan ett antal år tillbaka vårdavtal med Rehabstation Stockholm. Garnis Rehabcenter kommer tills vidare att bli kvar i Boden.

Den reumatologiska verksamheten har ett länsansvar för inflammatoriska led- och systemsjukdomar. Fokus ligger på behandling med biologiska läkemedel. Det innebär att rehabilitering utgör en liten del av verksamheten.

Powerpointbilder bifogas protokollet.

Informationen lades med godkännande till handlingarna.

§ 5

Minskad kontanthantering

Sofia Nilsson, ekonom på ekonomiavdelningen informerade om kontanthantering inom landstinget.

Landstingsledningens mål är att kontanthantering ska minska inom landstinget. För närvarande betalar 46 procent med betalkort, målet är 70 procent. Minskas kontanthantering ökar det säkerheten för både anställda och patienter, miljöpåverkan minskar genom färre transporter av kontanter (till exempel säljer Swedbank inte längre tjänsten att transportera pengar) och det administrativa arbetet minskar, vilket kan illustreras med följande steg vid betalning med kontanter:

1. En person tar ut 500 kr för att betala för ett besök.
2. Betalning sker i en patientkassa.
3. Landstinget "bankar" pengarna.
4. Transport av pengarna.
5. Förvaring i värdecentral.
6. Transport av pengarna till ...
7. ... en bankomat och så vidare.

Om betalning sker med betalkort förs pengarna direkt över till landstinget.

Andra kontantlösa alternativ är autogiro eller elektronisk faktura, som båda är kostnadsfria för patienten, eller pappersfaktura (faktureringsavgift 50 kr tillkommer).

Marlene Haara ansåg att det vore önskvärt att även kunna överföra pengar på ett enkelt sätt från landstinget till patienterna, till exempel i samband med bidrag för sjukresa.

Powerpointbilder bifogas protokollet.

Informationen lades med godkännande till handlingarna.

§ 6

Läkemedelsfrågor

Anders Bergström, läkemedelsstrateg, utvecklingsavdelningen, redovisade aktuella läkemedelsfrågor.

Läkemedelskostnaderna ökar. Mellan 2006–2007 ökade kostnaderna i länet med 37 miljoner kr. De totala läkemedelskostnaderna i länet var år 2012 883 miljoner kr för recept- och förrådsläkemedel. Dock minskade kostnaderna med 21 miljoner kr mellan 2011–2012 beroende på stora patentutgångar för hjärt- och kärlläkemedel och att billigare varianter kunde erbjudas.

I Norrbotten bedöms att läkemedel motsvarande cirka 10 procent eller 80 miljoner kr kasseras varje år. Vidare används inte läkemedel på rätt sätt (kvalitetsbristkostnader) eller så används kostnadsdrivande läkemedel trots att de inte behövs (indikationsglidning).

Nya läkemedel är ett måste för god sjukvård. System för kontrollerad introduktion och uppföljning av nya läkemedel saknas både lokalt och nationellt. Emellertid är en regional modell under uppbyggnad.

Norrbottnen toppar förmånskostnaden i landet 2011 för receptförskrivna läkemedel med över 2 500 kr per invånare och år. Riksgenomsnittet är 2 200 kr.

Cerezyme förskrevs till 15 patienter till en årskostnad på 15 miljoner kr och Novoseven till tre patienter (årskostnad 28 miljoner kr) som exempel på specialläkemedel för mindre patientgrupper som betingar en hög kostnad. Det förs en diskussion om den svåra frågan om medborgarna har rätt till läkemedel oavsett kostnaden.

Läkemedelsbiverkningar. Uppstår bland annat när läkemedel används på ett felaktigt sätt.

Brister i läkemedelshantering kan ge upphov till patientsäkerhetsrisker. Det arbetas mycket med patientsäkerhet för att täppa till luckor.

Läkemedel och miljön. Det är ett globalt problem med läkemedel som på olika sätt hamnar i naturen och medför stora skador, bland annat i länder där tillverkningen sker.

Powerpointbilder bifogas protokollet.

Informationen lades med godkännande till handlingarna.

§ 7 Närsjukvård

Mats Brännström, hälso- och sjukvårdsdirektör, redovisade bakgrunden till närsjukvården och områden för samordning och utveckling inom och mellan divisionerna Närsjukvård och Länssjukvård.

Idén bakom organisationsförändringen är främst att bättre svara mot de behov som finns.

Närsjukvårdsbegreppet har funnits i cirka 15 år. En definition är att resurser för behandling av sjukdomar som är vanligt förekommande i befolkningen, ofta återkommande för den enskilde och där det är samhällsekonomiskt försvarbart, ska finnas nära.

Närsjukvård ska bedrivas i de fem geografiska områdena på och utanför sjukhusen, det vill säga primärvården. Samarbetet med kommunerna är mycket viktigt.

Det kommer att ske en dialog med medarbetarna om till exempel utvecklingsområden. Förändringarna måste ske ute i verksamheten.

Den nya organisationen träder i kraft den 1 januari 2014.

De områden som hittills identifierats för samordning och utveckling inom divisionen och med länssjukvården är följande:

- Vårdtunga/multisjuka: En relativt liten grupp till antalet (cirka 1 000 personer i Norrbotten) med sammansatta behov. De blir relativt ofta återinlagda på sjukhus på grund av bristande samplanering.
- Akut omhändertagande: Det ska finnas ett likvärdigt akut omhändertagande på alla sjukhus med narkosläkare, intensivvård och röntgen. Gäller ofta sjukdomar i hjärta och hjärna. Kompetensen på akutavdelningarna behöver höjas.
- Riskbruk/Missbruk/Beroende: Flera parter måste samarbeta.

- Psykisk ohälsa/sjukdom: Depressioner, schizofreni med flera är stabila till antalet. Däremot ökar lättare depressioner, ångestsymtom, självskadebeteende, bland annat hos yngre.
- Palliativ vård: Förbättrings- och utvecklingsområden finns.
- Hälsofrämjande/Sjukdomsförebyggande/Rehabilitering: Norrbotten har en stor potential för förbättringar. Ett exempel på en åtgärd är att de som fyller 30 år under 2013 erbjuds ett gratis hälsosamtal. Även åldersgrupperna 40, 50 och 60 år kommer framöver att erbjudas hälsosamtal.
- Barn och unga.

Vidare kommer förbättringar att behövas inom glesbygdsmedicinen, bland annat i samarbete med övriga norrlandsting. Vårdpersonalen behöver kunna ännu mer.

Länssjukvård bedrivs på sjukhus och gäller mer sällan förekommande sjukdomar.

Tre områden som identifierats för samordning och utveckling inom divisionen och med närsjukvården är:

- Cancer: En nationell cancerstrategi har utformats och bland annat resulterat i att regionala cancercentra bildats i varje sjukvårdsregion. De ska bland annat arbeta med att förbättra samplaneringen inom regionen. Vidare ska vårdkedjan inom palliativ vård förbättras med kontaktsjuksköterskor och cancerspecialister.
- Kärl: Avser kärl i hela kroppen. Behov av samplanering finns.
- Infektion: Norrbotten är förhållandevis litet utsatta för sjukhussjukan och liknade sjukdomar, men i och med att rörligheten över gränserna ökar, ökar också risken för fler sjukdomar av detta slag. De åtgärder som kan vidtas är främst läkemedelsförskrivning, sjukhusbehandling m m.

Alla nämnda områden har behov av samplanering.

Powerpointbilder bifogas protokollet.

Informationen lades med godkännande till handlingarna.

§ 8

Tredje steget i tandvårdsreformen

Ingegerd Morian Andersson, utredare på beställaravdelningen redovisade de olika stegen i tandvårdsstödet.

Den 1 juli 2008 infördes ett allmänt tandvårdsbidrag till alla vuxna och ett högkostnadsstöd (under 3 000 kr betalar patienten 100 procent, mellan 3 000–15 000 kr 50 procent och över 15 000 kr 15 procent). Priserna utgår från ett referenspris som sätts av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Tandläkarna har fri prissättning.

Det tredje steget gäller från och med den 1 januari 2013 och innehåller två delar:

1. Ett särskilt tandvårdsbidrag på 600 kr varje halvår för förebyggande tandvård till personer med risk för försämrad tandhälsa på grund av sjukdom eller funktionshinder. Försäkringskassan admini-

strerar.

Exempel på sjukdomar som kan ge rätt till bidraget är muntorrhet på grund av långvarig läkemedelsbehandling eller på grund av strålbehandling, kronisk obstruktiv lungsjukdom med flera. Patienten ska kunna uppvisa ett läkarintyg.

2. Tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift till personer med långvarig sjukdom med funktionsnedsättning som innebär stora svårigheter att sköta munhygien eller genomgå tandvårdsbehandling. Administreras av landstinget.

Exempel på sjukdomar som kan ge rätt till förmånen är svår psykisk funktionsnedsättning, Parkinsons sjukdom, multipel skleros med flera. Patienten ska kunna uppvisa läkarintyg på diagnosen och funktionsnedsättningen. För personer med ALS räcker det med att de har diagnosen.

Patienter som efter läkarbedömning bedömts ha rätt till tandvård enligt hälso- och sjukvårdens avgiftssystem får ett särskilt tandvårdskort som ska visas upp vid kontakt med tandvården.

Powerpointbilder bifogas protokollet.

Informationen lades med godkännande till handlingarna.

§ 9

Riktlinjer för deltagande i patientföreningars aktiviteter

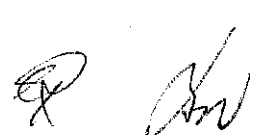
Ivan Åberg uppgav att vissa föreningar anser det svårt att få primärvården att delta vid informationer.

Enligt division Primärvård gäller följande riktlinjer för primärvårdens hantering av förfrågningar om personalens deltagande i olika informationsaktiviteter: Ska någon informera på primärvårdens mandat lyfts frågan i ledningsgruppen som bedömer vem som är lämplig för uppdraget. Primärvårdsstaben kan hjälpa till med presentationsmaterial. Riktlinjerna innebär att föreslagen person inte ska tillfrågas förrän närmaste chef är tillfrågad och godkänt deltagandet. Eventuell ersättning för uppdragen går till verksamheten, om inte utföraren tar ledigt för uppdraget.

Ofta kommer frågor till primärvårdsstaben, som kan ge förslag på lämplig person. Minst lika ofta sker förfrågningarna direkt till verksamheten på orten. Regioncheferna i primärvården kan i vissa fall vara lämpliga att vända sig till i detta sammanhang.

Inom övriga divisioner går det att vända sig till divisionsstaberna eller till Dennis Kvist som kan förmedla kontakt.

Informationen lades med godkännande till handlingarna.



§ 10

Journalhantering i Mina vårdkontakter

Ivan Åberg undrade om det finns planer på att kunna läsa egen journal via Mina vårdkontakter.

Landstinget kommer att tillsammans med fyra–fem landsting medverka i ett pilotprojekt där det ska testas att patienten får ta del av sin journalinformation. För landstingets del innebär det att det kommer att utses ett antal patienter från en utvald hälsocentral som får testa att läsa sin journal elektroniskt. Under pilottesten ska utvärdering av teknik, säkerhet m m utvärderas innan nästa steg.

Informationen lades med godkännande till handlingarna.

§ 11

Tillgänglighet till allmänna transporter vid resor till/från Malmfälten

Vid sammanträdet den 7 december 2012 (§ 13:3) tog Laila Niia upp problemen för personer med elrullstol att kunna åka tåg till/från Malmfälten med SJ. Rullstolarna ryms inte på tågens toaletter och det är problem med perongerna.

Regionala kollektivtrafikmyndigheten har informerats om frågan och kommer att ta upp den på sitt arbetsutskotts möte den 9 april. Formellt bör myndigheten få en skrivelse eller liknande för att sedan kunna ta upp den i direktionen.

Länshandikapprådet gav Dennis Kvist i uppdrag att tillskriva regionala kollektivtrafikmyndigheten.

§ 12

Landstingsplan 2014–2016

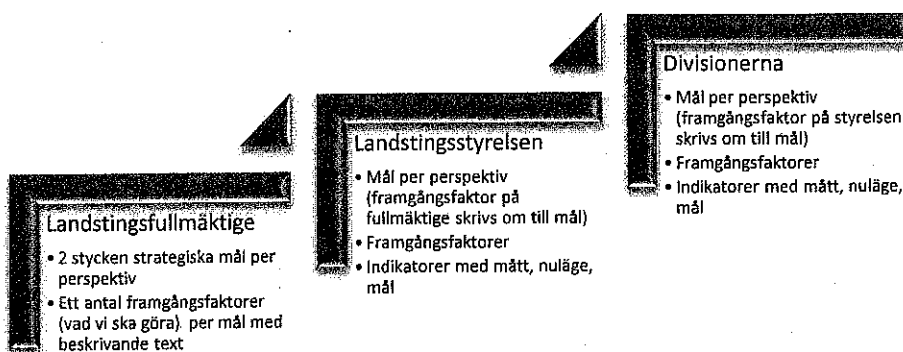
Nu gällande landstingsplan för åren 2013–2015 hade skickats ut tillsammans med kallelsen till sammanträdet.

Dennis Kvist redogjorde för förslaget till ny planeringsprocess. Det har funnits ett uppdrag att se över planeringsprocess och styrmodell, styr- och ersättningssystem samt uppdragsstyrning. Sammanfattningsvis ska landstingets styrmodell utgå från de fem perspektiven: Medborgare, Verksamhet, Kunskap och förnyelse, Medarbetare och Ekonomi.

Styrdokumentet föreslås bli för:

- Landstingsfullmäktige: Strategisk plan, finansplan och årsredovisning.
- Landstingsstyrelsen: Landstingsstyrelsens plan, årsredovisning – uppföljning av landstingsstyrelsens plan, beställning av verksamhet.
- Landstingsdirektören/biträdande landstingsdirektör: Lämnar förslag till beställning och tecknar kontrakt med berörd divisionschef, divisionsplan inklusive styrkort med de fem perspektiven och budget.

Den röda tråden:



Resursfördelningen innebär att:

- Landstingsfullmäktige ger anslag till hälso- och sjukvård inklusive tandvård, regional utveckling inklusive kultur, politik och investeringar.
- Landstingsstyrelsen ger anslag till närsjukvård, varav vårdval, länsjukvård, tandvård, kultur, kommunikationer, näringspolitik, landstingsgemensamt och serviceverksamheter (om de är anslagsfinansierade).

Powerpointbilder bifogas protokollet.

Synpunkter från organisationerna ska lämnas senast den 30 april till Carola Fransson, Norrbottens läns landsting, Ekonomiavdelningen, 971 89 Luleå.

Informationen lades med godkännande till handlingarna.

§ 13

Landstingsdirektörens rapport

Landstingsdirektörens rapporter till landstingsstyrelsen den 30 januari och 5 mars hade skickats ut tillsammans med kallelsen till sammanträdet.

Ivan Åberg noterade att patientnämndsärenden på grund av bemötande förefaller att öka. Orsaken är dock oklar.

Länshandikapprådet beslöt att till sammanträdet i september bjuda en handläggare från patientnämnden för att redovisa de analyser de gjort vad gäller ökningen av bemötandessärenden.

§ 14

Vissa beslut i landstingsstyrelsen

Följande beslut i landstingsstyrelsen den 30 januari 2013 hade skickats ut tillsammans med kallelsen till sammanträdet:

- Vårdval Norrbotten Komplettering av regelverk (§ 10).
- Vårdval Norrbotten – Ändring av avdragsbelopp (§ 11).
- Förändrad divisionsorganisation m m (§ 12).
- Investeringar 2013 (§ 21).

Följande beslut i landstingsstyrelsen den 5 mars 2013 hade skickats ut tillsammans med kallelsen till sammanträdet:

- Styrelsens beredning av hälso- och sjukvårdsberedningarnas verksamhetsrapporter för år 2012 (§ 39).
- Styrelsens beredning av programberedningens verksamhetsrapport för år 2012 (§ 40).
- Styrelsens beredning av regionala beredningens verksamhetsrapport för år 2012 (§ 41).
- Årsredovisning för år 2012 (§ 42).
- Revidering av ekonomisk handlingsplan (§ 44).
- Förändring av jourverksamheten i Kiruna (§ 45).
- Etablering av etiskt råd (§ 46).

§ 15

Övriga frågor

§ 15:§

Information om handikapporganisationerna på hälsocentraler

Vissa hälsocentraler tillåter enligt uppgift inte att information om handikapporganisationer läggs ut på centralerna.

Landstinget och hälsocentralerna har en restriktiv hållning till att upplåta utrymme i väntrum och på anslagstavlor för extern information. Huvudskälet till den restriktiva hållningen är att landstinget har stora behov av att använda våra utrymmen för att nå ut med för landstinget viktig information. Det finns idag ingen gemensam policy i landstinget, men informationsenheten kommer att ta fram en policy från 2014.

§ 15:2

Handläggningsöverenskommelser för olika diagnoser

Christian Lindgren ställde frågan varför det inte finns handläggningsöverenskommelser (HÖK:ar) för alla diagnoser.

De områden som blir aktuella styrs utifrån två urval:

1. Nationella riktlinjer (och andra nationella styrdokument) som skrivs om till HandläggningsÖverensKommelse (HÖK) Norrbotten, utifrån våra förutsättningar.
2. Områden, där uppenbara brister finns i handläggningen.

Det finns tre olika arbetssätt att ta fram en HÖK:

- En befintlig länsgrupp/expertgrupp finns inom området - och denna får uppdraget.
- Expertgrupp finns ej, utan för det specifika länsuppdraget tillsätts en sådan, just för HÖK-skrivning (t ex polisiär samverkan, psykisk ohälsa hos barn m m).
- HÖK:en utformas mellan en ALK (allmänläkarkonsulent) som har ett över tid löpande uppdrag på 5 procent av sin tjänst, att tillsammans med "sin klinik" ta fram, se över, och uppdatera HÖK:ar och andra överenskommelser, grundat på ett behovs- perspektiv.

Följande definitioner gäller för överenskommelser inom Norrbottens läns landsting (NLL):

En HÖK beskriver övergripande vem som gör vad inom ett definierat område (t ex diabetes, psykisk ohälsa barn och unga). För vad har respektive enhet/klinik/division/myndighet eget ansvar och inom vilka områden finns ett delta ansvar.

En RemissÖverensKommelse (RÖK) beskriver remisshanteringen kring en patient- eller symtomgrupp. Indikationer för remiss, innehåll, remissmottagare, innehåll i remissvar o s v.

En BehandlingsÖverensKommelse (BÖK) beskriver hur ett tillstånd behandlas inom NLL. Upprättas endast om det finns specifika rutiner för NLL, som skiljer sig från övergripande eller nationella rutiner, och ska då också innehålla en förklaring till behovet av lokal behandlingsrutin.

§ 15:3

Läsbarheten för landstingets torsdagsannonser

Ivan Åberg önskade att läsbarheten av landstingets torsdagsannonser skulle förbättras. I den senaste annonsen förekom vit text mot ljusblå botten.

Informationsavdelningen har tittat på den aktuella annonsen och håller med om att vissa färger var alldeles för ljusa. Det kan vara så ibland och är svårt för landstinget att påverka, men informationsavdelningen ska se över om de kan skicka ett underlag till tidningen som har bättre kontrast och därmed bättre läsbarhet. Avdelningen tycker också det är bra att få synpunkter som hjälper dem att bli bättre.

§ 15:4

Gatuvåldets ekonomi

Gerd Rönqvist informerade om att Hjärnkraft och allmänna arvsfonden har undersökt konsekvenserna av gatuvåld. Det illustreras med "Erik" som blivit

svårt misshandlad och kan ha fått hjärnskador som leder till stora vårdbehov, oförmåga till att kunna arbeta, funktionsnedsättning, ökade kostnader för sjukersättning med mera.

Drabbade personer har varit ute i skolor och berättat om konsekvenserna. Tyvärr har detta, åtminstone inte ännu, skett i Norrbotten.

§ 16

Nästa sammanträde

Nästa sammanträde äger rum den 11 september 2013.

Olika förslag på studiebesök och ärenden väcktes. Ett var att inriktningen skulle vara kulturfrågor i samband med ett besök på Havremagasinet i Boden. Dennis Kvist undersöker möjligheten.

§ 17

Sammanträdet avslutning

Britt Westerlund tackade de närvarande och förklarade sammanträdet avslutat.