

Protokoll från

## Länspensionärsrådet

Tid och plats

Fredagen den 19 april 2013 kl 10.00–14.00, Landstingshuset, Luleå  
(styrelserummet)

Närvarande

Britt Westerlund (S), ordförande	Ulla Öhman, PRO
Monica Carlsson (V)	Laila Furskog, PRO
Ulla Persson (FP)	Siv Nilsson, SPRF
Irma Spårman (M)	Gunilla Bergstedt, SPF
Sven-Erik Eklund, PRO	Mayvor Hellström, SKPF

För kännedom

Eva-Lena Holmqvist, Division Primärvård, § 4–5	Anders Bergström, Utvecklingsavdelningen, § 8
Ingegerd Morian Andersson, Beställaravdelningen, § 6	Monica Johansson, sekreterare
Lena Lundberg, Ekonomiavdelningen, § 7	



Monica Johansson

Justeras den


6/5

2013

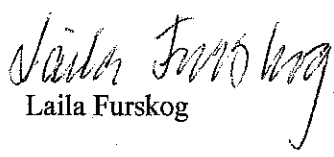
Justeras den

1

2013



Britt Westerlund



Laila Furskog

## § 1

### Sammanträdets öppnande

Britt Westerlund hälsade ledamöterna välkomna och förklarade sammanträdet öppnat.

## § 2

### Val av protokolljusterare

Laila Furskog valdes att tillsammans med ordföranden justera protokollet.

## § 3

### Godkännande av föredragningslistan

Föredragningslistan godkändes med följande tillägg:

- 1 Frågan om Seniorhälsa flyttas till punkt 5.
- 2 Seminariet "Leva livet ut".

## § 4

### Närsjukvård

Eva-Lena Holmqvist, chef för division Primärvård, 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, självska debeteende, bland annat hos yngre.
- Palliativ vård: Förbättrings- och utvecklingsområden finns.
- Hälsöfrämjande/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.

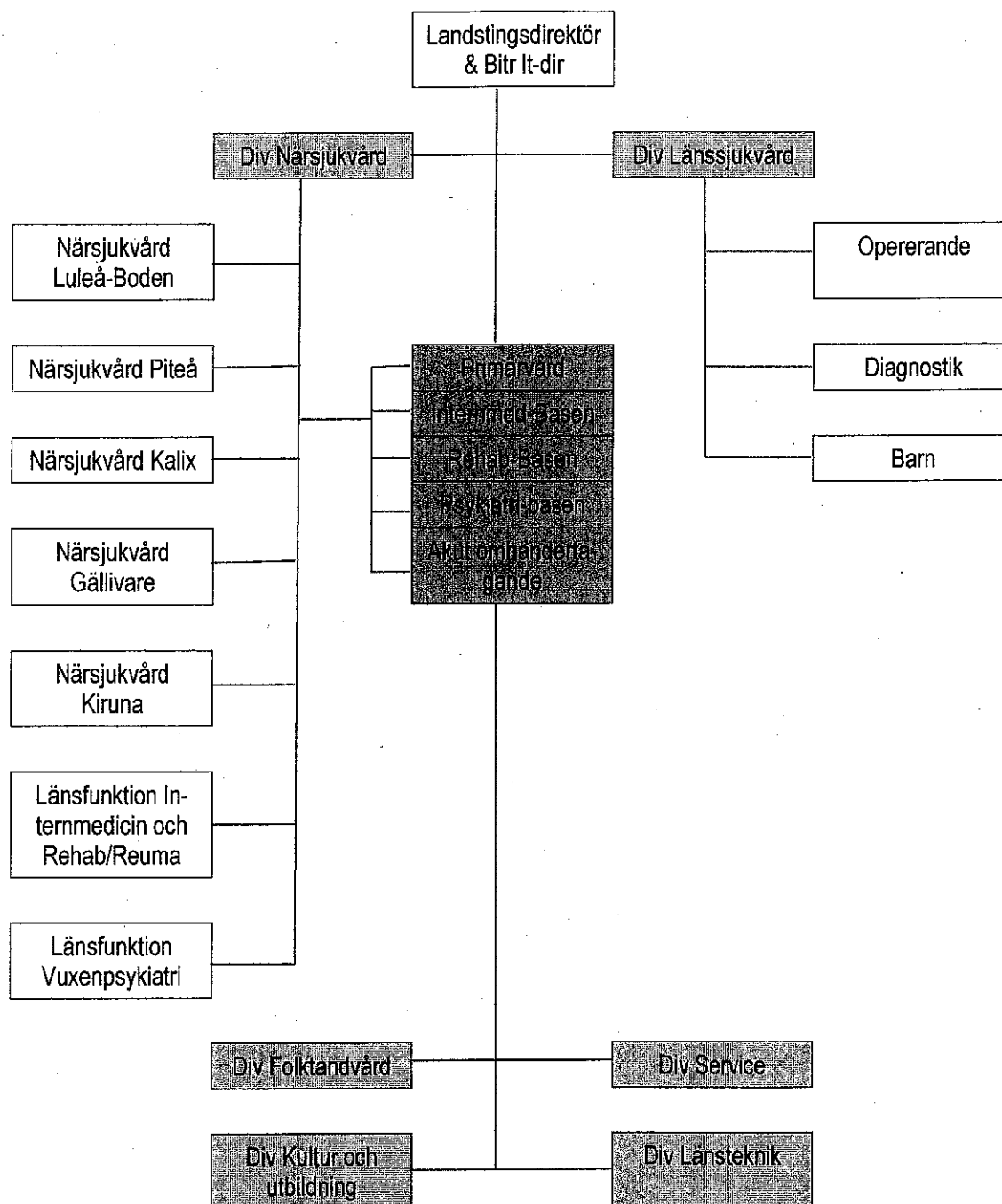
Länssjukvård bedrivs på sjukhus och gäller mer sällan förekommande sjukdomar.

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.

Den nya organisationen ser översiktligt ut på följande sätt:



Under den följande diskussionen togs bland annat upp problemet med att en del kommuner har små möjligheter att ge rehabilitering, vilket kan resultera i fler återinläggningar på sjukhus. Skatteväxlingen med anledning av överföringen av hemsjukvården förväntas ge bättre rehabiliteringsmöjligheter efter utskrivning. Landstinget ska också se över den egna rehabiliteringen för de som inte är hemsjukvårdspatienter.

Landstinget har brist på geriatriker, men satsar på att mer geriatrik ska ingå i ST-läkarutbildningen. Det finns behov av kunskapsstöd för distriktsläkarna inom geriatrik.

Landstinget arbetar för höjd status för glesbygdsmedicinen, bland annat har det inrättats två ST-block och i Övertorneå pågår ett projekt där två sjukskö-

terskor utbildas till avancerade kliniska sjuksköterskor som kan ta emot egna patienter. Om dessa åtgärder faller väl ut kan de spridas vidare i länet.

Powerpointbilder bifogas protokollet.

Informationen lades med godkännande till handlingarna.

## § 5 Seniorhälsa

Vid beredningen inför dagens sammanträde väcktes frågan om en s k Seniorhälsa. Den skulle kunna innehålla läkare med geriatrisk utbildning/kompetens och sjuksköterskor med intresse för och kompetens i äldrevårdsfrågor. Hälsan skulle också kunna samverka med kommunen och organisationer i området, t ex pensionärsorganisationer, idrottsföreningar m fl.

Läns pensionärsrådet beslutade att be Eva Lena Holmqvist ta upp frågan med Anneli Granberg, hälso- och sjukvårdsavdelningen, för att utreda om den ryms under projektet Bättre liv för sjuka äldre.

## § 6 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 högkostnadsskydd (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 administrerar.

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.

En broschyr kommer att distribueras till alla hälsocentraler och kommuner. Powerpointbilder bifogas protokollet.

Informationen lades med godkännande till handlingarna.

## § 7

### Minskad kontanthantering

Lena Lundberg, redovisningschef, ekonomiavdelningen informerade om kontanthanteringen inom landstinget.

Landstingsledningens mål är att kontanthanteringen ska minska inom landstinget. För närvarande betalar 46 procent med betalkort, målet är 70 procent. Minskas kontanthanteringen 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).

Information om de olika alternativen ska spridas till hälsocentraler och tandvårdskliniker där personalen också aktivt ska kunna informera patienterna.

På de enheter där det inte går att betala med kort utfärdas i stället en faktura. I sådana fall ska inte faktureringsavgift läggas på.

Powerpointbilder bifogas protokollet.

Informationen lades med godkännande till handlingarna.

## § 8

### 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.

Norrbotten 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.

Alla generiska läkemedel omfattas inte av läkemedelsförsäkringen. Det finns ett förslag om att apoteken måste informera patienterna om detta och godkänna att de väljer bort ett sådant läkemedel.

Landstingen tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting undersöker kontinuerligt om läkemedel är kostnadseffektiva. Landstingen som köpare sätter gränser för priserna. Det kan i vissa fall innebära senareläggning av möjligheten att förskriva läkemedlet. Landstingsfullmäktige i Norrbotten har haft en stor debatt om frågan om dyra läkemedel och hur prioriteringarna ska ske.

Läkemedelssektionen arbetar med riktlinjer och utbildning avseende användningen av antibiotika. Antibiotikaförskrivningen till äldre har minskat.

För alla som är 75 år och äldre gäller ett länsdirektiv att de ska ha en läkemedelsgenomgång per år. Det gäller även vid inskrivning på sjukhus eller i hemsjukvård.

Apotekare är delaktiga i läkemedelsgenomgångar inom njursjukvård, rehabilitering/reumatologi, infektion och ortopedi på Sunderby sjukhus.

Powerpointbilder bifogas protokollet.  
Informationen lades med godkännande till handlingarna.

## § 9

### **Parkeringsituationen vid Sunderby sjukhus**

Parkeringsituationen på besöksparkeringen vid Sunderby sjukhus har varit problematisk sedan sjukhuset togs i bruk. På grund av bristen på parkeringsplatser byggdes besöksparkeringen ut med cirka 50 platser 2003 men detta löste inte problemet. Störst brist på parkeringsplatser för besökande har uppstått när det inte varit behov av motorvärmare.

Landstingsstyrelsen beslutade 2011 av att besöksparkeringen fick byggas ut med motorvärmare och samtidigt att parkeringen fick avgiftsbeläggas. Under 2012 beslutades om nivån på parkeringsavgiften som sattes till 5 kr/timme utan motorvärmare och 10 kr/timme med motorvärmare. Från den 1 juni 2012 har besöksparkeringen varit avgiftsbelagd. I början av februari 2013 ändrades avgiften till 5 kr/timme oberoende av om motorvärmare används eller inte, detta på grund av att de olika avgifterna skapade förvirring. När en ny personalparkering färdigställdes på den norra delen av sjukhusområdet har ett antal avgiftsfria besöksparkeringar tillkommit. För att minska köbildning och väntetider vid biljettautomaterna har antalet automater utökats från tre till fyra. Skyltar som visar var personal- och besöksparkeringar är belägna har satts upp på sjukhusområdet.

Problem med biljettautomaterna har sin grund i att besökarna, vid betalning med kort, tycker att betalningen tar lång tid. När betalkort med chip används tar en betalning 40–60 sekunder. Det beror på att kortets giltighet samt att beloppet som betalas finns tillgängligt på kontot kontrolleras innan köpet slutförs. Används kort med enbart magnetremsa tar betalningen betydligt kortare tid. Alternativt kan kontantbetalning göras. Landstingsfastigheter undersöker andra betalningsmetoder exempelvis via mobiltelefon.

Sammanfattningsvis kan konstateras att besökande till sjukhuset hittar en parkeringsplats efter införandet av avgift. Det finns 362 besöksparkeringar varav 32 avgiftsfria.

På grund av betalningssystemet vid betalning med kort med chip går inte väntetid vid betalning att undvika. Alternativa betalningsmetoder utreds.

Arbete pågår med att lösa problemet med att in- och utcheckning skall kunna ske vid olika biljettautomater.

Läns pensionärsrådet anser att proceduren att lösa biljett är krånglig och att två kortdragningar (vid ankomst och avfärd) förlänger väntetiden vid automaten. Det är också svårare för personer som kommer från orter som saknar parkeringsautomater. Rådet anser också att det vore önskvärt att kunna betala med mobiltelefon.

Informationen lades med godkännande till handlingarna.



## § 10 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 ersättningsystem samt uppdragsstyrning. Sammanfattningsvis ska landstingets styrmodell utgå från de fem perspektiven: Medborgare, Verksamhet, Kunskap och förnyelse, Medarbetare och Ekonomi.

Styrdokumenterna föreslås bli för:

- Landstingsfullmäktige: Strategisk plan, finansplan och årsredovisning.
- Landstingsstyrelsen: Landstingsstyrelsens plan, årsredovisning – uppföljning av landstingsstyrelsens plan, beställning av verksamhet.
- Landstingsdirektören/biträdande landstingsdirektör: Lämna 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).

Under landstingets mål om aktivt folkstyre anges i strategin att unga ska involveras i beslutsfattandet. Det borde även inbegripa äldre.

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.

*Chu hf*

## § 11

### Landstingsdirektörens rapport

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

## § 12

### 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).

## § 13

### Övriga frågor

### § 13:1

#### Seminarieriet "Leva livet ut"

Landstinget bekostar inte deltagande i seminarieriet.

## § 14

### Nästa sammanträde

Nästa sammanträde äger rum den 12 september 2013.

Ett förslag på tema för kommande möte skulle kunna vara kulturfrågor i samband med ett besök på någon av landstingets institutioner. Dennis Kvist undersöker möjligheten.

**§ 15**

**Sammanträdets avslutning**

Britt Westerlund tackade de närvarande och förklarade sammanträdet avslutat.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Britt Westerlund', located in the bottom right corner of the page.