

# **Unika utmaningar & unika möjligheter.**

**Slutrapport från närsjukvårdsutredningen**

Norrbottens läns landsting  
Oktober 2011



**NORRBOTTENS LÄNS LANDSTING**

## Inledning

Landstingsstyrelsen beslutade vid sammanträde i april 2009 att en utredning om närsjukvård inom Norrbottens läns landsting ska genomföras. Arbetet har bedrivits under namnet Närsjukvårdsutredningen.

Utredningen redovisade i januari 2011 rapporten ”Framtidens hälso- och sjukvård i Norrbotten. En rapport om hot möjligheter och vägval inför år 2020”.

Närsjukvårdsutredningens viktigaste slutsats var att hälso- och sjukvården i Norrbotten med sin nuvarande utformning inte kan anses långsiktigt hållbar vare sig vad gäller

- ambitionen att trygga en god vård till en allt äldre befolkning med växande och mer sammansatta vårdbehov (mest sjuka äldre) *eller*
- sannolikheten att landstingets intäkter ska stiga i takt med kostnadsökningarna *eller*
- möjligheterna att klara kompetensförsörjningen till en verksamhet som dels ska upprätthålla nuvarande organisation, dels möta framtidens krav på specialisering och medicinsk kvalitet.

Rapporten har remissbehandlats. En sammanställning av remissvaren finns tillgängliga på landstingets hemsida.

Kompletterande direktiv för det fortsatta utredningsarbetet fastställdes av landstingsstyrelsen i mars 2011.

Utredningen redovisar nu sin slutrapport ”Unika utmaningar & unika möjligheter”. Utgångspunkten för utredningens förslag är ambitionen att skapa långsiktigt hållbara förutsättningar för hälso- och sjukvården i länet med inriktning mot år 2020 och därefter. Rapporten har utformats på ett sätt som för varje avsnitt visar spårbarheten i slutsatser och förslag i förhållande till utredningens direktiv.

Rapporten är en tjänstemannaprodukt och har inte behandlats politiskt.

Rapporten kommer att remissbehandlas. Det betyder att alla norrbottningar liksom föreningar, företag, kommuner och organisationer samt andra intresserade har möjlighet att komma med synpunkter. Närmare uppgifter om remissbehandlingen kommer att lämnas på landstinget hemsida [www.nll.se/narsjukvard](http://www.nll.se/narsjukvard).

Luleå i oktober 2011  
Gunnar Persson  
T.f landstingsdirektör

## **Innehållsförteckning**

Unika utmaningar & unika möjligheter .....	1
Sammanfattning .....	4
1. God vård och patientperspektivet.....	11
2. Långsiktigt hållbara lösningar .....	11
3. Begreppet närsjukvård.....	12
4. Närsjukvårdens uppdrag och innehåll .....	12
5. Patienter med särskilt stora behov av tryggt omhändertagande samt god vård och omvårdnad i övrigt .....	13
6. Primärvårdens roll .....	16
7. Akut omhändertagande .....	19
8. Verksamhetsmässiga förutsättningar, sjukhusens roll och interna samband .....	20
9. Samverkan .....	23
10. Kompetensförsörjning .....	26
11. Lösningar som för kompetensen till patienterna istället för tvärtom .....	27
12. Flexibelt arbetssätt.....	29
13. Psykisk ohälsa .....	30
14. Att förebygga sjukdom och ohälsa .....	30
15. Valfrihetssystem.....	31
16. Resursutnyttjande och ekonomiska förutsättningar .....	31
17. Framtidsbilder och alternativa förslag.....	37
18. Unika utmaningar & unika möjligheter .....	38
Källförteckning.....	40

## Sammanfattning

I denna sammanfattning redovisas

- utredningens viktigaste slutsatser samt
- de 17 konkreta förslag som återfinns i slutrapporten.

### De viktigaste slutsatserna

#### *Begränsad handlingsfrihet*

- Stora investeringar i personal och kompetens, lokaler och fastigheter, medicinsk-teknisk utrustning, sjuktransportorganisation samt övrig infrastruktur gör att landstingets handlingsfrihet för att genomföra mer betydande strukturella reformer är förhållandevis begränsad på kort och medellång sikt. Snabba och stora förändringar i detta avseende kan ge upphov till övergångsproblem som inte är försumbara vad gäller såväl kvalitet och patientsäkerhet som kostnader.

#### *Problem med kompetensförsörjning kan framtvinga förändringar*

- Stora pensionsavgångar i kombination med en växande konkurrens om den specialiserade arbetskraften gör att det framstår som högst sannolikt att problem med kompetensförsörjningen blir än mer gränssättande för hälso- och sjukvårdens utveckling i framtiden.

#### *Närsjukvård och specialiserad vård, ett ömsesidigt beroende*

- Behovet av väl fungerande närsjukvård är särskilt påtagligt i ett så geografiskt stort län som Norrbotten. En väl avvägd balans mellan ”basen” (närsjukvården) och ”spetsen” (mer specialiserad vård för ovanliga eller särskilt resurskrävande sjukdomstillstånd”) utgör grunden för att kunna erbjuda alla norrbottningar en så god vård som möjligt.
- Sjukvårdens utveckling utmärks av snabb kunskapsstillväxt och fortsatt specialisering. Kunskapsstyrning och processtänkande behöver få ett ännu mer systematiskt genomslag i framtiden. En fungerande närsjukvård är en förutsättning för att den mer specialiserade vården ska få utrymme att utvecklas och kunna ta till vara nya medicinska framsteg som kommer patienterna till godo. Närsjukvårdens breda kompetens och holistiska perspektiv samt den specialiserade vårdens utvecklingsmöjligheter ”på djupet” är ömsesidigt beroende av varandra.
- För närsjukvården är det viktigt att Sunderby sjukhus har tillräcklig spetskompetens för att kunna svara för såväl forskning, utveckling och kunskapsspridning inom länet som att erbjuda vård för patienter med så komplexa tillstånd att ett centraliserat omhändertagande är nödvändigt. I sjukhusets uppdrag ligger att medverka till att så många patienter som möjligt kan erbjudas vård med geografisk närhet.

#### *Framtidens primärvård*

- För att primärvården ska kunna spela en betydligt större roll i Norrbotten i enlighet med utredningens direktiv krävs att såväl ansvar som verksamheter och resurser successivt omfördelas från andra delar av hälso- och sjukvården till primärvården.
- En förutsättning för att detta ska vara möjligt är att rekryteringen av blivande specialister i allmänmedicin ges hög prioritet. Det är viktigt att klargöra att primärvården i Norrbotten, liksom den i Västerbotten, på grund av de geografiska förhållandena har ett uppdrag som

är mer utmanande och mer krävande – men också mer professionellt stimulerande - än det som kan erbjudas av andra landsting.

#### *Internmedicinsk verksamhet med behov av narkosläkare*

- Förändringarna inom allmänkirurgin har minskat behovet av anesthesi- och intensivvård vid sjukhusen i Kalix, Kiruna och Piteå för den operativa verksamhetens vidkommande. Däremot kvarstår enligt utredningens bedömning behovet av tillgång till anesthesiologisk kompetens dygnet runt inom den internmedicinska verksamheten vid länets samtliga sjukhus.
- Baserat på en studie av ett urval internmedicinska diagnoser konstaterar utredningen att en avveckling av anesthesi- och intensivvården vid något eller några av länets mindre sjukhus (Kalix, Kiruna, Piteå) sannolikt skulle medföra att ett betydande antal patienter måste transporteras till Sunderbyn och/eller Gällivare för vård. I nuläget finns inte tillräckliga resurser för att hantera en sådan förändring vid dessa två sjukhus.
- Samtidigt bedömer utredningen att det inte går att utesluta att en viss centralisering av den akuta internmedicinska verksamheten kan bli nödvändig som en följd av växande svårigheter att klara kompetensförsörjningen. Det är önskvärt att landstinget har beredskap för att möta en sådan situation.

#### *Ingen optimal organisationsform som säkerställer samverkan*

- Det har inte varit möjligt att identifiera en viss organisationsform eller någon specifik modell som säkerställer en optimal samverkan vare sig internt inom landstinget eller i förhållande till kommunerna. Snarare handlar det om olika aktörers intresse och förmåga att verka för att överbrygga administrativa, juridiska, ekonomiska och professionella hinder för att på bästa sätt tillgodose patientens/brukarens samlade, individuella behov.

#### *Distansöverbyggande lösningar*

- Intresset för och behovet av distansöverbyggande lösningar är stort. Landstinget har en teknisk plattform och kunskap samt en grundläggande infrastruktur i övrigt som ligger mycket långt framme jämfört med andra landsting/regioner. Det som däremot saknas är en tydlig prioritering baserat på närsjukvårdens framtida behov samt en stark styrning av utvecklingen. Utvecklingsenheten inom landstingsdirektörens stab nyligen fått i uppdrag att svara för nödvändig samordning inom området.

#### *Förändrade yrkesroller*

- Utvecklingen till förmån för ett mer multiprofessionellt och flexibelt arbetssätt väntas fortsätta, sannolikt i kombination med att yrkesrollerna förändras. Den allt bättre utbildningsnivån inom vården och en starkare forskningsanknytning har successivt skapat förutsättningar för ett alltmer kunskapsbaserat vård- och omsorgsarbete.

#### *Fortsatta kostnadsökningar*

- Såväl de demografiska förutsättningarna som den medicinska och tekniska utvecklingen tyder på att kostnaderna för hälso- och sjukvården kommer att fortsätta att öka. Mot den bakgrunden är det uppenbart att det krävs extraordinära insatser om det ska vara möjligt att uppnå en permanent nivåsenkning på cirka 400 miljoner kronor av hälso- och sjukvårdens kostnader i Norrbotten.

- På kort respektive medellång sikt gör utredningen bedömningen att det inte är möjligt att med säkerhet hävda att en satsning på närsjukvård på ett påtagligt sätt kommer att bidra till att sänka hälso- och sjukvårdens kostnader. I vissa avseenden är det snarare realistiskt att räkna med kostnadsökningar. Det gäller till exempel behovet av ökade resurser för det förebyggande arbetet, en förslagen satsning på kompetensutveckling inom allmänmedicinen, behovet av att avsätta mer resurser för att utveckla intern och extern samverkan liksom behovet av utvecklingsinsatser för ett kraftfullt införande av distansöverbyggande lösningar som stöd för närsjukvården.
- I ett mer långsiktigt perspektiv förefaller det däremot rimligt att anta att ett hälso- och sjukvårdssystem som bygger mer på närsjukvård med ett starkt inslag av primärvård kan tillgodose kraven på god vård till en lägre kostnad än en mer specialiserad modell. Med tanke på växande vårdbehov handlar det kanske framför allt om att kostnadsökningstakten blir lägre med en tydlig satsning på närsjukvård.

#### *Produktiviteten borde kunna öka*

- Det sammanvägda intrycket av olika nationella jämförelser mellan verksamhet och kostnader inom landsting/regioner tyder på att det borde vara möjligt att öka produktiviteten inom Norrbottens läns landsting uttryckt i traditionella prestationsmått som besök/vårdkontakter eller vård dagar. Det borde kort sagt vara möjligt att i viss mån producera mer vård utan att i motsvarande grad öka kostnaderna.

#### *Två framtidsbilder inför år 2020 och bortom*

- Utredningen presenterar två alternativa framtidsbilder som skulle kunna ligga till grund för framtagandet av en för länet sammanhållen utvecklingsplan för såväl sjukhusvårdens som närsjukvårdens framtida utformning i perspektivet 2020-2030.
  - *Framtidsbild 1* utgår från att nuvarande grundstruktur består, dock med en utvecklad närsjukvård enligt utredningens förslag. Detta innebär bland annat att primärvårdens uppdrag och ansvar vidgats, samtidigt som specialiserad akutmedicinsk vård kan erbjudas vid samtliga länets sjukhus.
  - *Framtidsbild 2* utgår från att primärvården svarar för öppen och sluten vård med undantag för två specialiserade sjukhus i länet. Detta utesluter inte tillgång till även andra specialister för planerad verksamhet inom närsjukvården, sannolikt huvudsakligen i form av distansstöd. All somatisk korttidsvård i kusten bedrivs vid Sunderby sjukhus som blir föremål för en betydande utbyggnad. Motsvarande koncentration sker till ett av sjukhusen i Malmfälten (Malmfältssjukhuset).

#### *Sex strategiska utvecklingsområden*

- För att utveckla framtidens hälso- och sjukvården och ta vara på länets unika möjligheter har utredningen identifierat sex strategiskt viktiga utvecklingsområden.
  1. En långsiktig beskrivning av *primärvårdens framtida uppdrag* och ansvar och hur dess resursbehov ska tillgodoses. Primärvårdens utveckling måste bygga på tydliga vårdprocesser med ett uttalat helhetsperspektiv på patientens samlade behov.

2. En *utveckling av landstingets styr- och ersättningssystem* med ett ökat fokus på behov, kvalitet, effektivitet och produktivitet. Ersättningssystemet ska bland annat säkerställa att tillräckliga resurser avsätts för de prioriterade områdena
  - Vården av mest sjuka äldre
  - Psykisk ohälsa samt
  - Förebyggande och hälsofrämjande insatser
3. Åtgärder för att i *samverkan* med länets kommuner erbjuda ett tryggt omhändertagande och god omvårdnad för inte minst de mest sjuka äldre. För att detta ska vara möjligt krävs ett samarbete över ansvarsgränser som identifierar problemen med såväl över- som underbehandling av dessa patienter.
4. Systematisk utveckling av *distansöverbryggande lösningar* till förmån för patienter som behöver hälso- och sjukvården resurser ofta med geografisk närhet och med ett betydande behov av trygghet.
5. Fortsatt och fördjupat arbete med *en mer flexibel och effektiv användning av personalens kompetens* i beaktande av de utmaningar som kompetensförsörjningen väntas stå inför.
6. Ett *brett och öppet prioriteringsarbete* som har till syfte att diskutera det offentliga åtagandets omfattning mot bakgrund av att landstingets intäkter inte växer i samma takt som kostnaderna.

### Utredningens 17 förslag

#### # 1 Fast vårdkontakt i samverkan med kommunerna

Länets kommuner inbjuds att tillsammans med landstinget utveckla en modell som innebär att patienter med särskilt komplexa behov kan erbjudas en enda, för landstinget och kommunen gemensam fast vårdkontakt.

#### # 2 Finansiering av fast vårdkontakt

Två alternativ för att säkerställa finansieringen av fasta vårdkontakter för prioriterade patienter presenteras.

1. Berörda divisioner åläggs inom ramen för divisionsplanen att säkerställa att tillräckliga resurser avsätts för ändamålet.
2. Kostnaden finansieras separat i form av ”öronmärkta anslag”.

#### # 3 Granskningsgrupp utvärderar samverkan

Särskilda åtgärder krävs för att säkerställa att mest sjuka äldre men också kroniskt sjuka patienter i övrigt samt yngre med betydande funktionshinder inte ”faller mellan stolarna”. På varje sjukhusort bildas en från verksamheten fristående granskningsgrupp som utvärderar hur samordningen fungerar ur ett patientperspektiv. Under förutsättning att överenskommelse om detta kan träffas med respektive kommun skall granskningsgruppens uppdrag även omfatta utvärdering av samverkan mellan landsting/kommun.

#### # 4 Mål för fördelningen mellan olika specialiteter

En grundläggande strategisk fråga är hur rekryteringen av blivande specialister av i allmänmedicin prioriteras i förhållande till andra specialiteter. Landstinget föreslås fastställa

ett långsiktigt mål (perioden 2020-2030) för hur stor andel av det totala antalet specialitläkare som ska vara specialister i allmänmedicin. Målet ska utgå från primärvårdens framtida åtagande och ansvar.

#### *# 5 Vårdplatser i glesbygd*

På grund av långa avstånd föreslås att primärvården i glesbygd även i fortsättningen ska disponera egna vårdplatser (så kallade OBS-platser). Verksamhetens innehåll och dimension kan dock komma att förändras som en följd av såväl medicinska och medicinsk-tekniska framsteg som av utvecklingen inom andra delar av hälso- och sjukvården.

#### *# 6 Långsiktig bemannings- och rekryteringsplan*

Landstinget bör göra en långsiktig rekryterings- och bemanningsplan som belyser hur primärvården ska kunna ta ett ökat ansvar för det akuta omhändertagandet utan att detta drabbar tillgänglighet och kontinuitet för högt prioriterade patienter.

#### *# 7 Direktinläggning på sjukhus*

Specialister inom allmänmedicin som är verksamma inom Vårdval Norrbotten ska kunna besluta om direktinläggning på sjukhusens internmedicinska/geriatriska vårdplatser. Möjligheten ska avse sådana patienter där bedömning på akutmottagning framstår som vare sig meningsfull eller ändamålsenlig.

#### *# 8 Akutläkare i Sunderbyn*

Landstinget föreslås ta ställning till behovet av eventuella förändringar i avvägningen mellan olika specialistkompetenser vid Sunderby sjukhus akutmottagning efter det att Socialstyrelsen utredning om den framtida specialistindelningen slutförts. Då bör också prövas om det ska finnas särskilda akutläkare vid sjukhuset.

#### *# 9 Frigör lokaler och resurser vid Sunderby sjukhus*

Möjligheterna att med relativt kort varsel frigöra lokaler och andra resurser vid Sunderby sjukhus till förmån för en utökad internmedicinsk verksamhet bör analyseras. En tänkbar åtgärd skulle vara att utlokalisera viss mottagningsverksamhet samt en del dagkirurgiska ingrepp till centrala Luleå. I analysen bör även ingå att bedöma vilka ytterligare krav som skulle komma ställas på den akuta sjuktransportkapaciteten och dess medicinska innehåll och hur dessa behov ska kunna tillgodose.

#### *# 10 Tre olika modeller för samverkan*

Tre olika förslag till förbättrad samverkan dels inom landstingets hälso- och sjukvård, dels i förhållande till kommunernas vård och omsorg redovisas.

1. Samverkan sker inom ramen för befintlig organisation och med nuvarande ansvarsfördelning. Kravet på samverkan inom närsjukvårdens tydliggörs genom att beställaruppdraget inom Vårdval Norrbotten successivt utvecklas till att avse beställning av närsjukvård.
2. Samverkan sker inom ramen för nuvarande organisatoriska struktur (divisionsorganisationen) men med tydligare krav på insatser över divisionsgränserna. Kravet på förstärkt samverkan riktas särskilt mot Division medicin, Division primärvård och Division vuxenpsykiatri. För att bidra till denna utveckling samt förbättrad samverkan med kommunerna inrättas befattningar för närsjukvårdscoordinatorer inom geografiskt avgränsade områden.

3. Inom landstinget skapas från och med 2013 en sammanhållen struktur för närsjukvården (Division närsjukvård). Divisionen får verksamhets- och budgetansvar för följande verksamheter.
- Primärvård i egen regi.
  - Den breda internmedicinska verksamhet som bedrivs vid samtliga sjukhus i länet inklusive rehabilitering och geriatrik.
  - Vuxenpsykiatri.
  - Akutmottagningarna, anestesi- och intensivvården samt ambulansverksamheten vid sjukhusen i Kalix, Kiruna och Piteå.

#### *# 11 Fördjupad samverkan med vissa kommuner*

På sikt bör möjligheterna till en mer fördjupad, organisatorisk samverkan mellan landstinget och vissa kommuner övervägas. Sådana lösningar kan vara aktuella i mindre kommuner där svårigheter med kompetensförsörjningen kan bli mycket besvärande för båda huvudmännen. Erfarenheterna av olika legala konstruktioner (gemensam nämnd, kommunalförbund, den så kallade Norrtäljemodellen) bör beaktas i detta sammanhang.

#### *# 12 Resurser för förebyggande insatser*

Landstinget bör i landstingsplanen för perioden 2013-2015 ta ställning till ambitionsnivån för det förebyggande området och hur detta ska finansieras. Specialdestinerade medel bör avsättas för att höja närsjukvårdens kompetens inom dessa områden. Särskilt stort är behovet av att förstärka insatserna vad gäller sambandet mellan kost/nutrition och hälsa.

#### *# 13 Kunskapscentrum tillsammans med länet kommuner*

Det är viktigt att kunskapsbaserade metoder inom det hälsofrämjande arbetet, baserat på bland annat Socialstyrelsens riktlinjer, får ett ökat genomslag. Landstinget föreslås bjuda in länets kommuner att tillsammans med landstinget bygga upp ett kunskapscentrum inom området. Förebyggande insatser mot psykisk ohälsa hos yngre respektive barnfetma bör vara särskilt prioriterade i detta sammanhang.

#### *# 14 Sätt pris på hälsofrämjande insatser*

Folkhälsoinstitutet har förordat att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser i hela hälso- och sjukvården bör premieras ekonomiskt. Denna möjlighet bör prövas löpande dels vad avser regelverket för Vårdval Norrbotten, men också vad avser den mer specialiserade vården.

#### *# 15 Kostnadssänkande åtgärder måste prioriteras*

Ett sammanhållet, divisionsövergripande arbete för att uthålligt sänka hälso- och sjukvårdens kostnader med cirka 400 miljoner kronor påbörjas omedelbart och bedrivs med högsta prioritet. Arbetet bör drivas inom ramen för traditionella rationaliserings-, effektiviserings- och prioriteringsinsatser. I rapporten redovisar utredningen en rad förslag som kan ligga till grund för inriktningen av detta arbete

#### *# 16 Utveckla ersättningssystemet*

Landstingets ersättningssystem bör ses över för att utveckla en modell som i större utsträckning premierar såväl produktivitet som kvalitet och effektivitet. Möjligheterna att införa en behovsbaserad resursfördelning för den samlade hälso- och sjukvårdens bör övervägas. En lösning skulle kunna vara en beställning som omfattar hela

närsjukvårdsuppdraget eller, ännu mer långtgående, att primärvården ges ett avgörande inflytande över resursfördelningen till hela hälso- och sjukvården.

*# 17 Två olika framtidsbilder inför perioden 2020-2030*

De två alternativa framtidsbilder som utredningen presenterar föreslås ligga till grund för framtagandet av en för länet sammanhållen utvecklingsplan för såväl sjukhusvårdens som närsjukvårdens framtida utformning i perspektivet 2020-2030. Därmed tillgodoses också kravet på ”flera tänkbara alternativ” i styrelsens direktiv. Först efter en analys av de två framtidsbildernas för- och nackdelar tas ställning till vilken inriktning som ska gälla.

## **1. God vård och patientperspektivet**

### *Utredningens direktiv*

- Utredningen ska utgå från de sex övergripande målen för god vård, som innebär att vården ska vara, patientfokuserad, ges i rimlig tid, vara säker, kunskapsbaserad och ändamålsenlig, jämlik och effektiv.
- Vården ska bedrivas med beaktande av riksdagens beslut om prioriteringar.
- Fokus när det gäller den framtida utvecklingen ska ligga på att belysa och redovisa hur hälso- och sjukvården behöver utvecklas, förändras och bedrivas för att tillgodose patienternas behov och att verksamhetens resultat förbättras i ett patientperspektiv.

### *Utredningens slutsatser och förslag*

Grundläggande förutsättningar för hur vården ska utvecklas inom ramen för de sex övergripande målen för god vård har utförligt redovisats och diskuterats i närsjukvårdsutredningens rapport i januari 2011. Rapporten innehåller bland annat en genomgång av de tendenser, utmaningar och strategier som Socialstyrelsen anser kommer att präglade hälso- och sjukvårdens utveckling under den kommande tioårsperioden enligt "Hälso- och sjukvårdsrapport 2009".

Utredningen redovisar i denna slutrapport en rad förslag ur ett uttalat patientperspektiv med syfte att särskilt utveckla och förbättra vården för patienter med stora och komplexa vårdbehov och/eller patienter med nedsatt autonomi. Detta ligger helt i linje med hälso- och sjukvårdslagens § 2 som säger att de som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.

## **2. Långsiktigt hållbara lösningar**

### *Utredningens direktiv*

- Närsjukvård ska införas i en nära framtid men översynens uppdrag är att utforma lösningar som är hållbara i ett perspektiv till åtminstone år 2020.
- Förslaget till lösningar som tillgodoser kravet på långsiktig hållbarhet ska utformas mot bakgrund av de hot och möjligheter som identifieras i närsjukvårdsutredningens rapport i januari 2011.

### *Utredningens slutsatser och förslag*

Utredningen redovisar förslag till åtgärder på dels kort och medellång sikt (de närmaste åren respektive perioden 2015-2020) dels lång sikt (perioden 2020-2030).

Utredningen konstaterar att stora investeringar i personal och kompetens, lokaler och fastigheter, medicinsk-teknisk utrustning, sjuktransportorganisation samt övrig infrastruktur gör att landstingets handlingsfrihet för att genomföra mer betydande strukturella reformer är förhållandevis begränsad på kort och medellång sikt. Snabba och stora förändringar i detta avseende kan ge upphov till övergångsproblem som inte är försumbara vad gäller såväl kvalitet och patientsäkerhet som kostnader.

Samtidigt kan det inte uteslutas att växande problem med kompetensförsörjningen, som en följd av stora pensionsavgångar och ökade konkurrens om specialutbildad arbetskraft, kan nödvändiggöra strukturella förändringar även på kort eller medellång sikt, trots att sådana kan

vara förknippade med betydande nackdelar. Utredningen redovisar förslag hur detta hot ska hanteras i avsnitt 8 och 10.

För perioden 2020 och framåt är handlingsfriheten påtagligt större, samtidigt som osäkerheten om inte minst medicinsk utveckling liksom ekonomiska förutsättningar och kompetensförsörjningen är betydande. Utredningen redovisar i avsnitt 17 två alternativa framtidsbilder som föreslås ligga till grund för utarbetandet av en samlad utvecklingsplan för hälso- och sjukvården i ett långsiktigt perspektiv.

### **3. Begreppet närsjukvård**

#### *Utredningens direktiv*

- Med närsjukvård inom Norrbottens läns landsting avses en verksamhet som bedrivs av eller på uppdrag av landstinget för att tillgodose eller förebygga sådana hälso- och sjukvårdsbehov som är
  - vanlig förekommande i befolkningen,
  - ofta återkommande för individen samt
  - ekonomiskt rimliga och
  - kompetensmässigt möjliga att bedriva lokalt.

#### *Utredningens slutsatser och förslag*

Ur ett *funktionellt perspektiv* består närsjukvården i huvudsak av den verksamhet som bedrivs inom primärvården, den breda allmänna internmedicinen vid samtliga länets sjukhus ("länsdelssjukvård") samt den decentraliserade psykiatriska vården. Närsjukvårdens innehåll är inte statistiskt utan kommer att förändras över tiden som följd av bland annat den medicinska utvecklingen.

Det finns en risk för att funktionen närsjukvård blandas ihop med *närsjukvård som ett organisatoriskt begrepp*. För att undvika förvirring är det viktigt att alltid klargöra med vilken betydelse ordet används i olika sammanhang. Behovet av detta är särskilt påtagligt om landstinget beslutar att närsjukvården ska ges en egen organisatorisk struktur (se avsnitt 9).

### **4. Närsjukvårdens uppdrag och innehåll**

#### *Utredningens direktiv*

- Närsjukvården ska bedriva ett aktivt arbete för att förebygga psykisk ohälsa i hela befolkningen.
- Ofta förekommande sjukdomstillstånd ska kunna tas om hand inom närsjukvården medan sådana sjukvårdsinsatser som är sällan förekommande kan komma att koncentreras ytterligare.
- Närsjukvård innebär att primärvården ges ett ökat ansvar för det samlade sjukvårdssystemet och att det sker en integrering med delar av den specialiserade somatiska och psykiatriska vården vid sjukhusen.
- Närsjukvården ska kännetecknas av att vara tillgänglig för patienter som behöver hälso- och sjukvårdens resurser ofta med geografisk närhet och där behoven av trygghet är betydande. Besök och behandlingar, som inte kräver tillgång till särskild kompetens eller särskild utrustning, ska erbjudas så nära patientens hemort som möjligt.

### ***Utredningens slutsatser och förslag***

Behovet av väl fungerande närsjukvård är särskilt påtagligt i ett så geografiskt stort län som Norrbotten. En väl avvägd balans mellan ”basen” (närsjukvården) och ”spetsen” (mer specialiserad vård för ovanliga eller särskilt resurskrävande sjukdomstillstånd) utgör grunden för att kunna erbjuda alla norrbottningar en så god vård som möjligt.

Patienter med mindre allvarliga psykiska problem eller sjukdomar behandlas redan i dag i betydande utsträckning inom primärvården. Det är angeläget att samarbetet mellan den specialiserade psykiatrin och närsjukvården fortsätter att utvecklas, allra helst som antalet patienter med såväl psykiatriska som somatiska problem förväntas öka successivt som en följd av att antalet äldre blir allt fler. Detta gäller i särskilt hög grad den decentraliserade psykiatriska verksamheten. På motsvarande sätt förordas ett fördjupat samarbete mellan den internmedicinska respektive allmänmedicinska verksamheten på sjukhusorterna. Förslag hur detta samarbete ska säkerställas redovisas i avsnitt 9.

Utredningen redovisar i avsnitt 11 ett antal slutsatser och förslag som har till syfte att öka den geografiska tillgängligheten även vad gäller mer specialiserade insatser. Såväl ett ökat inslag av distansöverbyggande lösningar som decentraliserad mottagnings- respektive konsultverksamhet är nödvändiga inslag i denna utveckling.

## **5. Patienter med särskilt stora behov av tryggt omhändertagande samt god vård och omvårdnad i övrigt**

### ***Utredningens direktiv***

- En central fråga är hur vården av de mest sjuka äldre samt patienter med cancer, hjärt- och kärlsjukdomar, psykiska sjukdomar, stroke, diabetes eller demens ska utvecklas. Åtgärder för att erbjuda ett tryggt omhändertagande och god omvårdnad i övrigt för att minska inflödet till sjukhusens akutmottagningar och risken för onödiga inläggningar i slutenvård har hög prioritet.
- Fler människor kommer att behöva ökade sjukvårdsinsatser i ett senare skede av livet. Detta kommer att ytterligare öka kraven på både landstingets och kommunernas insatser för äldre och sjuka. Översyn ska analysera och belysa hur behoven ska tillgodoses framför allt för hos multisjuka äldre med omfattande behov av basala insatser.

### ***Utredningens slutsatser och förslag***

#### ***Mest sjuka äldre***

Äldre personer har en ökat risk att drabbas av olika kroniska sjukdomar som demens, hjärtsvikt, kärlkramp, benskörhet med höft- och andra frakturer, åldersdiabetes med komplikationer, stroke och Parkinsons sjukdom. I högre åldrar ökar också sannolikheten av att drabbas av flera sjukdomar och symptom samtidigt, det vill säga patienter som brukar betecknas som mest sjuka äldre eller multisjuka.

Rapporten ”Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år” (SOU 2010:48) konstaterar att cirka 70 procent av alla äldre över 75 år har två eller flera samtidigt kroniska sjukdomar. Enligt samma rapport orsakades 45 procent av alla inläggningstillfällen i Sverige år 2005 av multisjuklighet vilket motsvarade 19 procent av den totala kostnaden för alla sjukhuspatienter. Samtidigt har andelen personer med flera allvarliga sjukdomar/symtom och mobilitetsproblem eller kognitiv<sup>1</sup> nedsättning ökat påtagligt under perioden 1992-2002 även efter justering för

---

<sup>1</sup> Kognition = intellektuella eller kunskapsmässiga funktioner, t ex minne och språk

ålder och kön. ”Detta pekar på en betydande ökning av komplexa vårdbehov bland de allra äldsta i befolkningen.”

Äldre har under de senaste 20 åren fått tillgång till allt mer avancerade behandlingar. Trots detta förhållande kvarstår betydande brister och problem som, om åtgärder inte vidtas, kommer att bli besvärande. Den medicinska utvecklingen har gjort vården allt mer specialiserad vilket i stor utsträckning varit positivt för den som så att säga har en sjukdom i taget. Det omvända kan sägas gälla för den som, oavsett ålder, har många sjukdomar och symtom samtidigt. Bristande samverkan, återkommande sjukhusinläggningar och en splittrad vård där man alltför sällan ser till patientens samlade situation och behov är ett återkommande bekymmer.

#### *Mycket görs – men det krävs mer*

Betydande insatser har gjort och görs gemensamt av landstinget och länets kommuner för att förbättra vården av de mest sjuka äldre. I utredningens rapport i januari 2011 redovisas en sammanställning av detta arbete liksom en rad tänkbara utvecklingsområden. Det är viktigt att dessa insatser fortsätter.

Patienter med många akuta besök och/eller en hög andel oplanerade inläggningar i sluten vård utgör en grupp som ställer särskilt stora krav på samordnade insatser mellan olika vårdgivare. Förbättrad kontinuitet som är trygghetsskapande kan sannolikt bidra till att minska behovet av sjukhusinläggning liksom antalet akuta besök. Det kan vara värt att notera att enligt Öppna jämförelser utmärker sig Norrbotten med en hög frekvens av oplanerade sjukhusinläggningar bland personer som är 80 år och äldre. Av landstingets årsredovisning för år 2010 framgår att antalet högfrekventa besökare vid sjukhusens akutmottagningar uppgick till 19 procent, vilket ligger långt över landstingets mål på högst 10 procent. Sjukhusen i Malmfälten har en högre andel högfrekventa patienter (nästan 25 procent) än övriga sjukhus i länet.

#### *Ökad kunskap måste tas till vara*

Kunskapen om patienter med särskilt omfattande vårdbehov växer och måste i större utsträckning ligga till grund för hur vården och omsorgen ska utformas för dessa. Förutsättningarna för en mer kunskapsbaserad vård för dessa patienter är god och måste tas tillvara. Den analys som landstinget i Norrbotten kommer att genomföra i samarbete med länets kommuner väntas ge värdefullt underlag för denna utveckling.

Våren 2011 redovisade preliminära uppgifter från SKL-projektet ”Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre”. Under tolv månader följdes 264 multisjuka patienter i detalj inom 12 landsting och 24 kommuner. Målgruppen bestod av personer över 75 år som under perioden vårdats tre eller fler gånger inom slutenvård samt hade diagnoser från tre eller fler sjukdomsgrupper. Studien visade bland annat följande.

- Det råder mycket stora skillnader mellan olika individer vad gäller såväl insatser som kostnader.
- För den mest resurskrävande individen redovisas en kostnad på 1,2 miljoner kronor, för den minst resurskrävande var summan 31 000 kronor.
- Primärvårdens och den öppna specialistvårdens kostnadsandel minskar ju högre individens totaltkostnad är.
- Kommunerna vård- och omsorgsandel ökar med ökade totaltkostnader.

### *Fast vårdkontakt*

Systemet med fasta vårdkontakter bör kunna spela en viktig roll för främst patienter med komplexa vårdbehov.

#### *Förslag # 1 Fast vårdkontakt tillsammans med kommunerna*

Utredningen föreslår att länets kommuner inbjuds att tillsammans med landstinget utveckla en modell som innebär att patienter med särskilt komplexa behov kan erbjudas en enda, för landstinget och kommunen gemensam fast vårdkontakt.

#### *Förslag # 2 Finansiering av fast vårdkontakt*

Utredningen presenterar två alternativ för att säkerställa finansieringen av fasta vårdkontakter för prioriterade patienter.

3. Berörda divisioner åläggs inom ramen för divisionsplanen att säkerställa att tillräckliga resurser avsätts för ändamålet.
4. Kostnaden finansieras separat i form av ”öronmärkta anslag”.

Vuxenpsykiatriens i Norrbotten erfarenheter av så kallade case managers för patienter med dubbel diagnos (svår psykisk störning och missbruk) ska beaktas vid utformningen av systemet med fasta vårdkontakter. Även erfarenheterna från Stockholms läns landsting av att erbjuda vissa patienter ett systematiskt telefonstöd (projektet aktiv hälsostyrning) ska beaktas. Detsamma gäller den försöksverksamhet som i samarbete med Socialstyrelsen bedrivs inom region Skåne samt landstingen i Sörmland och Jönköping med liknande inriktning

#### *Förslag # 3 Granskningsgrupp utvärderar samverkan*

Särskilda åtgärder krävs för att säkerställa att mest sjuka äldre men också kroniskt sjuka patienter i övrigt samt yngre med betydande funktionshinder inte ”faller mellan stolarna”. Utredningen föreslår därför att det på varje sjukhusort bildas en från verksamheten fristående granskningsgrupp som utvärderar hur samordningen fungerar ur ett patientperspektiv. Under förutsättning att överenskommelse om detta kan träffa med respektive kommun skall granskningsgruppens uppdrag även omfatta utvärdering av samverkan mellan landsting/kommun.

### *Vård i livets slutskede*

Det är viktigt hur vi lever men också hur vi dör. Som en följd av att vi lever allt längre kommer allt fler att avlida genom ett utdraget förlopp, det som brukar kallas den långsamma döden. Prioriteringsutredningen framhåller i betänkandet ”Vårdens svåra val” (SOU1995:5) att ”ett värdigt avsked från livet bör vara en av de högst prioriterade rättigheterna inom vården.” När bot inte är möjligt och dödlig utgång väntas inom kort ”bör målet vara att ge patienten livskvalitet i form av en lugn och värdig död. Det kan ske genom aktiv helhetsvård med lindring av smärta och andra besvärande symtom samt psykologiskt, socialt och andligt stöd åt patienten och den närstående.”

Inte minst inom den palliativa vården är det viktigt att betona att åtgärderna ska vara både ändamålsenliga och meningsfulla. Vården är ändamålsenlig om den kan nå sitt syfte, till exempel hjärtlungräddning som leder till att ett hjärtstillestånd hävs. Den är dessutom meningsfull om den medför återgång till medvetet liv. Prioriteringsutredningen menar att ”vården kan således vara ändamålsenligt men meningslös om den får en infektion under kontroll och hjärtat att fungera men patientens utgångsläge är så dåligt eller så svåra skador har hunnit uppstå att medvetet liv är uteslutet.”

### *När är livsuppehållande behandling motiverad?*

Livsuppehållande behandling kan bestå av intensivvård med höga kostnader. ”Insatsen är motiverad om kroppen efterhand kan återta kontrollen av de vitala funktionerna men kan inte försvaras, varken ur medicinsk, etisk eller ekonomisk synpunkt, om behandlingen endast har en marginell livsförlängande effekt och förhindrar ett döende i lugn och värdighet.”

Det råder enligt utredningen ”enighet om att läkare, när patienten befinner sig i livets slutskede, kan avstå från att ge såväl behandling riktad direkt mot sjukdomen som livsuppehållande behandling.” Samtidigt understryks att sådana ställningstaganden ska bygga på etiska och humanitära hänsynstaganden, inte ekonomiska. Vidare betonas vikten av lyhördhet för patientens och i förekommande fall närstående önskemål.

Frågan om livsuppehållande behandling har fått ökad uppmärksamhet under senare år och bland annat resulterat i att Socialstyrelsen utfärdat en handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal (”Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling”, juni 2011).

### *Risken för skadlig överbehandling*

Risken för ändamålsenlig men meningslös vård är särskilt stor inom specialiserad vård med tillgång till intensivvård och en betydande arsenal av kvalificerade diagnostiska resurser. Annorlunda uttryckt, ju större och mer specialiserat sjukhus – desto större risk för ”överbehandling” av inte minst patienter med multisjuklighet och/eller i livets slutskede. Mot detta kan ställas uppfattningen hos många medborgare att den mer avancerade sjukhusvården är säkrare och bättre, något som onekligen kan försvåra strävan att erbjuda en mer human palliativ vård. Det är en pedagogisk utmaning för närsjukvården att förklara för patienter och anhöriga att god vård ingalunda alltid är detsamma som mycket aktiv och högteknologisk vård.

Problemet med kostsam men meningslös överbehandling av cancerpatienter har för övrigt nyligen uppmärksammats av den vetenskapliga tidskriften *The Lancet Oncology* (”Delivering affordable cancer care in high-income countries”; nr 12:2011)

## **6. Primärvårdens roll**

### *Utredningens direktiv*

- Primärvården utgör den första linjens sjukvård och ska svara för befolkningens behov av basal hälso- och sjukvård inklusive akuta insatser. I det ingår även att svara för basala insatser avseende psykisk hälsa. Ett aktivt förebyggande arbete ska bedrivas i enlighet med de folkhälsopolitiska målen och den folkhälsopolitiska strategi som landstinget och kommunerna gemensamt tagit fram.
- Primärvården ska vara tillgänglig i hela länet och kunna svara för ett tryggt och säkert akut omhändertagande dygnet och året runt.
- Primärvården ska bedrivas effektivt och med tillgång till sådan kompetens att antalet patienter som hänvisas till den specialiserade vården minimeras.
- Primärvården ges i viss utsträckning även ansvaret för vårdplatserna vid sjukhus.
- Relationen mellan antalet besök inom primärvården och det totala antalet besök i öppen vård brukar kallas täckningsgrad. Flera landsting har gjort bedömningen att en väl fungerande primärvård bör kunna ha en täckningsgrad på cirka 80 procent. Något mål för täckningsgraden finns inte i Norrbotten. Utredningen bör därför belysa konsekvenserna av målet att primärvårdens täckningsgrad ska uppgå till minst 80 procent i alla kommuner .

## ***Utredningens slutsatser och förslag***

### *Primärvårdens täckningsgrad*

För att primärvården ska kunna spela en betydligt större roll i Norrbotten i enlighet med utredningens direktiv krävs att såväl ansvar som verksamheter och resurser successivt omfördelas från andra delar av hälso- och sjukvården till primärvården. Utredningen redovisar senare i rapporten hur en sådan omfördelning skulle kunna utformas.

År 2010 uppgick primärvårdens täckningsgrad i Norrbotten till knappt 69 procent (933 000 av 1 360 000 besök)<sup>2</sup>. Variationen mellan länets kommuner är relativt stor, från knappt 60 procent (Gällivare) till nästan 81 procent (Övertorneå). Även i övrigt återfinns den lägsta täckningsgraden i sjukhuskommunerna (Piteå 63,6, Kiruna 63,9, Kalix 65 och Luleå 69,1).

För att uppnå 80 procent täckningsgrad gör utredningen bedömningen att det sannolikt krävs såväl ekonomiska drivkrafter som åtgärder som minskar patienternas valfrihet genom remisstvång eller andra former av begränsningar i möjligheten att få tillgång till öppen vård på sjukhus. Detta torde över huvud taget vara en förutsättning för att nå direktivens mål att minimera ”antalet patienter som hänvisas till den specialiserade vården”. Baserat på 2010 års siffror skulle antalet besök inom primärvården ha behövt vara drygt 150 000 fler (+ 16,5 procent) och motsvarande antal färre inom den öppna sjukhusvården. I Gällivare hade antalet besök inom primärvården varit drygt 33 procent fler om målet hade varit uppnått.

#### *Förslag # 4 Mål för fördelningen mellan olika specialiteter*

En grundläggande strategisk fråga är hur rekryteringen av blivande specialister av i allmänmedicin prioriteras i förhållande till andra specialiteter. Utredningen föreslår att landstinget fastställer ett långsiktigt mål (perioden 2020-2030) för hur stor andel av det totala antalet specialistläkare som ska vara specialister i allmänmedicin. Målet ska utgå från primärvårdens framtida åtagande och ansvar. En sådan uttalad ambition kan sannolikt bidra till att successivt förbättra rekryteringsläget inom primärvården.

#### *Primärvård i glesbygd*

För att trygga primärvården i glesbygd är det särskilt viktigt att samarbetet med berörda kommunen fortsätter att utvecklas med inriktning mot ett mer gemensamt resursutnyttjande. Behovet av sådan samverkan kan antas bli än mer uttalat om ansvaret för hemsjukvården överförs till kommunerna.

#### *Förslag # 5 Vårdplatser i glesbygd*

På grund av långa avstånd föreslås att primärvården i glesbygd även i fortsättningen ska disponera egna vårdplatser (så kallade OBS-platser). Verksamhetens innehåll och dimension kan dock komma att förändras som en följd av såväl medicinska och medicinsk-tekniska framsteg som utvecklingen inom andra delar av hälso- och sjukvården.

#### *Akut omhändertagande*

En förutsättning för att primärvården ska kunna ta ett större ansvar för det akuta omhändertagandet är att tillgången till specialister i allmänmedicin är tillräckligt stort. I annat

<sup>2</sup> I besöksstatistiken ingår inte telefonkontakter eller besök hos privatpraktiserande läkare eller sjukgymnaster verksamma enligt LOL (lagen om läkarvårdsersättning) respektive LOS (lagen om sjukgymnastersättning). Däremot omfattas besök hos privata vårdgivare inom ramen för Vårdval Norrbotten.

fall finns en påtaglig risk att kontinuiteten i primärvården försämras, vilket främst kan ha negativa konsekvenser för patienter med kroniska och/eller komplexa vårdbehov.

*Förslag # 6 Långsiktig bemannings- och rekryteringsplan*

Utredningen förslår att landstinget gör en långsiktig rekryterings- och bemanningsplan som belyser hur primärvården ska kunna ta ett ökat ansvar för det akuta omhändertagandet utan att detta drabbar tillgänglighet och kontinuitet för högt prioriterade patienter.

*Förslag # 7 Direktinläggning på sjukhus*

Utredningen föreslår att specialister inom allmänmedicin som är verksamma inom Vårdval Norrbotten ska kunna besluta om direktinläggning på sjukhusens internmedicinska/geriatriska vårdplatser. Möjligheten ska avse sådana patienter där bedömning på akutmottagning framstår som vare sig meningsfull eller ändamålsenlig. Frågan om primärvården helt eller delvis ska disponera *egna vårdplatser på sjukhus* bör däremot prövas i ett senare, långsiktigt perspektiv (se avsnitt 17).

*Vårdplatser inom primärvården*

Utredningen konstaterar att det råder delade meningar om konsekvenserna av att låta primärvården i tätort, inklusive sjukhusorterna, disponera *egna vårdplatser utanför sjukhus*. Å ena sidan görs gällande att detta skulle höja kvaliteten i omhändertagandet av inte minst de mest sjuka äldre och bidra till att minska såväl antalet besök på akutmottagningar som upprepade inläggningar i sluten vård. Sådana vårdplatser skulle till exempel kunna samlokaliseras med särskilda boenden som drivs kommunal regi. Förespråkarna för denna lösning pekar på behovet av någon form av ”mellanvårdsplatser” för patienter som inte får ett tillräckligt bra omhändertagande vare sig inom ramen för landstingets eller kommunens verksamhet.

Andra gör bedömningen att en sådan lösning sannolikt inte nämnvärt skulle bidra till en minskning av trycket på den övriga sjukhusvården. Många av patienterna som läggs in på sådana primärvårdsplatser skulle enligt denna uppfattning omfattas av kommunens vård- och omsorgsansvar, allra helst som om det i många fall rör sig om social svikt som faller inom socialtjänstlagstiftningen snarare än tillstånd som kräver medicinska insatser.

En kommunalisering av hemsjukvården skulle medföra en ny ansvarsfördelning mellan kommuner och landsting. Mot den bakgrunden finner utredningen inte det meningsfullt att i nuläget ta ställning till om primärvården i tätort ska kunna disponera *egna vårdplatser utanför sjukhus*. Frågan bör istället prövas i ett mer samlat perspektiv och då konsekvenserna av ett ändrat huvudmannskap för hemsjukvården kan överblickas.

*Akutmottagningen vid Sunderby sjukhus*

För närvarande genomförs en kortare försöksverksamhet med distriktsläkare som tjänstgör vid akutmottagningen på Sunderby sjukhus. Erfarenheterna från detta projekt bör beaktas när ställning tas till hur omhändertagandet på akutmottagningarna ska utvecklas i framtiden. I det sammanhanget bör även införandet av ett system med så kallade akutläkare övervägas (se avsnitt 7).

## **7. Akut omhändertagande**

### *Utredningens direktiv*

- Närsjukvården ska ha jouransvar och erbjuda ett tryggt och säkert akut omhändertagande året och dygnet runt
- Den akuta verksamheten ska koncentreras och effektiviseras. Verksamhet på jourtid ska minimeras för att ge utrymme för ökad planerad verksamhet på dagtid.
- Primärvården ska vara tillgänglig i hela länet och kunna svara för ett tryggt och säkert akut omhändertagande dygnet och året runt. Systemet med AT-läkare som i praktiken fungerar som ”första linjen” på sjukhusens akutmottagningar gynnar inte omhändertagandet av framför allt de mest sjuka äldre. Utredningen ska belysa vilka åtgärder som behöver vidtas för att förbättra förutsättningarna för det akuta omhändertagandet.

### *Utredningens slutsatser och förslag*

I samband med landstingsfullmäktiges beslut i juni 2011 om förändringar vid operationsverksamheten i Malmfälten redovisades vissa riktlinjer för utvecklingen av det akuta omhändertagandet. ”Ett divisionsövergripande arbete startar för att se över jourverksamheten i Malmfälten (både Gällivare och Kiruna) utifrån de riktlinjer som landstingsstyrelsen tidigare fastställt. Målet är att finna en primärvårdsbaserad samjournlösning som bygger på att AT-läkare normalt inte ska vara i första ledet utan jouransvaret vilar på en högre kompetens (minst leg läkare). Journlösningen ska ligga i linje med den utveckling som sker inom närsjukvården där primärvården förväntas få ett utökat ansvar dygnet runt för ett tryggt och säkert akut omhändertagande.”

Utredningen noterar att den föreslagna och väl motiverade kvalitetshöjningen förutsätter en ökad tillgång till specialister i allmänmedicin i såväl Kiruna som Gällivare. En mer uttalad samordning mellan internmedicin och allmänmedicin kan dessutom skapa mer flexibla verksamhetsförutsättningar och bör kunna bidra till att förbättra rekryteringsförutsättningarna.

Beslut har tidigare fattats om införande av en så kallad akutläkarfunktion vid Piteå Älvdals sjukhus. För närvarande saknas underlag för att avgöra om en sådan organisation skulle vara ändamålsenligt och kostnadseffektiv på övriga sjukhus i länet. Med tanke på att belastningen på akutmottagningarna varierar påtagligt beroende på skillnader i befolkningsunderlag är det sannolikt att lösningarna även i framtiden måste variera inom länet. I första hand framstår ett system med akutläkare som motiverat för akutmottagningen vid Sunderby sjukhus.

För närvarande genomför Socialstyrelsen en översyn av indelningen av specialiteter. Socialstyrelsen väntas då ta ställning till om akutsjukvård – det vill säga akutläkare – ska bli en egen så kallad basspecialitet. En sådan utveckling skulle sannolikt medföra betydligt mer gynnsamma förutsättningar för att såväl utbilda som rekrytera sådana.

### *Förslag # 8 Akutläkare i Sunderbyn*

Landstinget föreslås ta ställning till behovet av eventuella förändringar i avvägningen mellan olika specialistkompetenser vid Sunderby sjukhus akutmottagning efter det att Socialstyrelsen utredning om den framtida specialistindelningen slutförts. Då bör också prövas om det ska finnas särskilda akutläkare vid sjukhuset.

## **8. Verksamhetsmässiga förutsättningar, sjukhusens roll och interna samband**

### *Utredningens direktiv*

- Det ska även fortsättningsvis finnas fem sjukhus i länet. Däremot kan översynen komma att innebära att det verksamhetsmässiga innehållet inom och mellan sjukhusen kan förändras.
- Utredningen ska beakta det utvecklings-, kvalitetsutvecklings- och förbättringsarbete som pågår i övriga delar av hälso- och sjukvården och redovisa hur förslagen som avser att utveckla närsjukvården påverkar respektive påverkas av övriga delar av sjukvårdssystemet.
- Specialister i exempelvis allmänkirurgi, anestesi- och intensivvård, ortopedi, vuxenpsykiatri eller radiologi omfattas inte av begreppet närsjukvård. En central fråga är att bedöma hur tillgång till respektive avsaknad av sådana kompetenser påverkar patientflödet i den verksamhetsanalys som ska genomföras.
- Utredningen ska identifiera vilka patienter som kan behandlas akut respektive planerat inom närsjukvården. Analysen bör utgå från fyra olika verksamhetsmässiga förutsättningar beroende på varierande antaganden om den framtida tillgången på olika specialistkompetenser.
- Eftersom förhållandena varierar inom länet förefaller det sannolikt att olika lösningar måste sökas för närsjukvården även om utgångspunkten är att primärvården ska ges ett större ansvar i det norrbottniska sjukvårdssystemet. Även förutsättningarna för att nyttja alternativa vårdformer som patienthotell ska belysas.

### *Utredningens slutsatser och förslag*

#### *Äldre, akut sjuka*

Utredningen konstaterar att det finns ett komplext och finmaskigt ömsesidigt beroende mellan olika verksamhetsområden inom hälso- och sjukvården. Förändringar inom ett område kan därför medföra såväl väntade som oväntade konsekvenser liksom önskade/oönskade sådana inom andra.

Samtidigt utmärks utvecklingen av snabb kunskapsstillväxt och fortsatt specialisering. Kunskapsstyrning och processtänkande behöver få ett ännu mer systematiskt genomslag i framtiden. En fungerande närsjukvård är en förutsättning för att den mer specialiserade vården ska få utrymme att utvecklas och kunna ta till vara nya medicinska framsteg som kommer patienterna till godo. Närsjukvårdens breda kompetens och holistiska perspektiv samt den specialiserade vårdens utvecklingsmöjligheter ”på djupet” är ömsesidigt beroende av varandra.

För närsjukvården är det således viktigt att Sunderby sjukhus har tillräcklig spetskompetens för att kunna svara för såväl forskning, utveckling och kunskapspridning inom länet som erbjuda vård för patienter med mer komplexa eller resurskrävande sjukdomar eller skador. I sjukhusets roll uppdrag ligger också att medverka till att verksamheten kan bedrivas och organiseras ur ett helhetsperspektiv så att så många patienter som möjligt kan erbjudas vård med geografisk närhet.

#### *Internmedicin utan narkosläkare?*

Vid sjukhusens internmedicinska kliniker utgör sjuka äldre en klart dominerande grupp av patienterna. Inläggning i slutna vård sker i allmänhet vid akuta sjukdomstillstånd, det vill säga

oplanerat. Baserat på en studie av ett urval internmedicinska diagnoser konstaterar utredningen att en avveckling av anesthesi- och intensivvården vid något eller några av länets mindre sjukhus (Kalix, Kiruna, Piteå) sannolikt skulle medföra att ett betydande antal patienter måste transporteras till Sunderbyn och/eller Gällivare för vård. I nuläget finns inte tillräckliga resurser för att hantera en sådan förändring vid dessa två sjukhus.

Slutsatsen bygger på diagnosstatistik från 4 200 vårdtillfällen vid medicin- och rehabiliteringskliniken vid Piteå Älvdals sjukhus under år 2010. En relativt grov skattning visade att cirka 45 procent av antalet vårdtillfällen skulle ha behövt omfördelas till Sunderby sjukhus under givna förutsättningar. Eftersom det är mycket svårt att göra en exakt bedömning har utredningen valt att, för att inte riskera att överskatta patientflödet, utgå från antagandet att antalet patienter som skulle behöva skickas uppgår till mellan 30 och 50 procent.

Inom ramen för detta intervall skulle krävas ett tillskott på mellan 50 och drygt 80 vårdplatser i Sunderbyn och mellan 9 och 16 i Gällivare.<sup>3</sup> Samtidigt kan det inte uteslutas att en fördjupad och mer detaljerade analys skulle kunna ge ännu högre siffror. Det kan nämnas att Division medicin har gjort bedömningen att det skulle behövas cirka 90 vårdplatser ytterligare vid Sunderbyn vid antagandet att det inte skulle finnas tillgång till anestesiläkare dygnet runt vid sjukhusen i Kalix och Piteå

#### *Hur många måste skickas för säkerhets skull?*

En starkt bidragande orsak till osäkerheten är svårigheten att avgöra hur många patienter som ”för säkerhets skull” skulle komma att skickas från ett sjukhus utan tillgång till anesthesi- och intensivvård. Med detta avses sådana tillstånd som i vart fall initialt inte ställer krav på sådana resurser men där det i det fortsatta förloppet kan uppstå ett behov av omedelbara livsuppehållande insatser. Det kan exempelvis röra sig patienter som drabbats av stroke eller lindrig hjärtinfarkt, liksom patienter med hjärtsvikt eller patienter med andningssvårigheter i samband med KOL. För att göra en mer träffsäker bedömning skulle det krävas retrospektiva journalstudier av ett urval relevanta diagnoser respektive åtgärder som underlag för en medicinsk analys.

Förändringarna inom allmänkirurgin har minskat behovet av anesthesi- och intensivvård vid sjukhusen i Kalix, Kiruna och Piteå för den operativa verksamheten. Däremot kvarstår enligt utredningens bedömning behovet av anesthesiologisk kompetens dygnet runt inom den internmedicinska verksamheten vid länets samtliga sjukhus.

I sammanhanget bär också nämnas att Division opererande i fråga om den planerade ortopedin i Piteå framhåller att tillgång till anesthesiolog dygnet runt är en nödvändig förutsättning för den verksamhet som för närvarande bedrivs vid sjukhuset. Om narkosläkare endast fanns tillgänglig dagtid skulle det behövas utökade resurser<sup>25</sup> vid Sunderby sjukhus eftersom patienter med mer komplexa tillstånd inte längre skulle kunna operas i Piteå med godtagbar medicinsk säkerhet.

#### *Subspecialisering hot mot mindre sjukhus?*

En central fråga är om en fortsatt, långtgående specialisering och subspecialisering kan komma att undergräva möjligheterna att även i framtiden bedriva bred internmedicinsk verksamhet vid mindre medicinkliniker. Växande patientkrav, nationella riktlinjer och/eller

---

<sup>3</sup> Kalkylen baserad på nuvarande, genomsnittlig vårdtid och beläggningsgrad

krav på separata bakjourer skulle kunna bidra till detta. Utredningen gör för sin del bedömningen att det för närvarande – på kort och medellång sikt – inte föreligger något direkt sådant hot mot länets mindre sjukhus. Däremot är det svårt att ha en bestämd uppfattning om vad som kan bli följden i ett mer långsiktigt perspektiv – det vill säga för perioden 2020 och därefter.

#### *Beredskap för en önskad situation*

Samtidigt konstaterar utredningen att den faktiska bemanningssituationen det vill säga vakansläget och beroendet av olika former av stafettlösningar är oroväckande. Av landstingets delårsrapport i augusti 2011 framgår att kostnaderna för inhyrda läkare beräknas öka från 124 miljoner kronor år 2010 till 140 miljoner kronor 2011 (+12,9 procent). Läkarebemanningen inom vissa verksamheter upprätthålls dessutom ibland på ett sätt som förefaller strida mot i vart fall arbetstidslagets anda. Tjänstgöringsförhållanden som innebär mycket långa sammanhängande jour- eller beredskapspass i kombination med aktivt arbete dagtid kan inte heller anses vara långsiktigt hållbara ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Denna problematik för närvarande särskilt uttalad vid sjukhusen i Malmfälten.

Till detta kan läggas intrycket av att läkare inom sjukhusvården i ökat utsträckning tenderar att söka sig till större orter och sjukhus. Såväl sociala faktorer som familjeförhållanden och arbetsmarknadsutsikter för anhöriga samt ett bredare utbildnings- kultur- och nöjesutbud kan säkert vara bidragande faktorer. På den punkten skiljer sig läkare knappast från andra grupper i samhället. På det professionella planet förefaller det dessutom som om de större sjukhusens mer specialiserade verksamhet, den större tillgången till kollegor samt ofta mer rimliga arbetstidsförhållanden verkar i samma riktning. Även om det självfallet finns undantag från detta mönster riskerar små sjukhus i glesbygd med stora avstånd att blir förlorarna på en läkararbetsmarknad som alltmer tycks präglas av dessa värderingar.

Mot denna bakgrund anser utredningen att det trots allt inte går att utesluta att en viss centralisering av den akuta internmedicinska verksamheten kan bli nödvändig som en följd av växande svårigheter att klara kompetensförsörjningen. Det framstår därför som önskvärt att landstinget har en beredskap för att möta en sådan situation.

#### *Förslag # 9 Frigör lokaler och resurser vid Sunderby sjukhus*

Utredningen föreslår att möjligheterna att med relativt kort varsel frigöra lokaler och andra resurser vid Sunderby sjukhus till förmån för en utökad internmedicinsk verksamhet analyseras. En tänkbar åtgärd skulle vara en utlokalisering av viss mottagningsverksamhet samt vissa dagkirurgiska ingrepp till centrala Luleå. I analysen bör även ingå att bedöma vilka ytterligare krav som skulle komma ställas på den akuta sjuktransportkapaciteten och dess medicinska innehåll och hur dessa behov ska kunna tillgodoses.

Planeringen för att utöka antalet platser vid patienthotellet i Sunderbyn ska ses mot bakgrund av de förändringar som skett framför allt inom de opererande specialiteterna och som medfört ett ökat tryck på sjukhusets vårdplatser. Samtidigt finns det ett icke tillgodosett behov av patienthotell i både Kiruna och Gällivare. Avsaknaden av patienthotell kan vara en bidragande faktor till de relativt sett långa vårdtiderna i Malmfälten jämfört med övriga länet.

#### *Behovet av vårdplatser*

Det är inte meningsfullt att i nuläget göra någon bedömning av behovet av vårdplatser i Norrbotten med inriktning mot år 2020. Å ena sidan förefaller det troligt att utvecklingen mot mer öppna vårdformer fortsätter och att ännu fler patienter i framtiden kan vårdas i eget hem.

Detta skulle alltså tala för att antalet vårdplatser fortsätter att minska vilket också ligger i linje med den hitillsvarande medicinska och tekniska utvecklingen. Å andra sidan kan ett förändrat sjukdomspanorama som en följd av exempelvis resistensutveckling mot antibiotika verka i den motsatta riktningen.

Åtgärder för att erbjuda ett tryggt omhändertagande och god omvårdnad i övrigt för inte minst de mest sjuka äldre är synnerligen angelägna för att minska risken för onödiga inläggningar i slutna vård (se avsnitt 5). Misslyckas detta är det högst sannolikt att behovet av vårdplatser ökar påtagligt från och med 2020 och framåt som en följd av den demografiska utvecklingen.

#### *Förändringar inom rehabiliteringen tillstyrks*

En rehabiliteringsöversyn som genomförts inom landstinget har resulterat i en rad förslag som utgår från att rehabiliteringen struktureras i tre nivåer med varierande grad av kompetens och resurser. Alla ”sjukhusområden” kommer enligt förslaget att ha tillgång till internmedicinsk vård och rehabilitering i slutna och öppna vård inom områdena akutgeriatrik, geriatrisk rehabilitering samt i form av palliativa enheter respektive strokeenheter. En annan viktig förutsättning är att Sunderby sjukhus får rollen som kompetenscentrum med uppgift att svara för kunskapsutveckling, forskning och utveckling. Vid Sunderby sjukhus föreslås vidare en viss omfördelning av vårdplatser till förmån för vård av äldre.

Utredningen konstaterar att förslagen om en förändrad rehabiliteringsorganisation ligger väl i linje med närsjukvårdens utvecklingsbehov och tillstyrker därför att de genomförs.

#### *Regionbildningens tänkbara konsekvenser*

Det har inte varit utredningens uppdrag att analysera konsekvenserna av en eventuell regionförstoring. Utredningen gör dock bedömningen att en region som omfattar såväl Norrbottens som Västerbottens län sannolikt skulle skapa mer gynnsamma förutsättningar i framför allt följande avseenden.

- Samverkan och arbetsfördelning mellan Norrlands universitetssjukhus i Umeå och Sunderby sjukhus inom länsspecialiteterna samt inom laboratoriemedicinen (till exempel patologi, virologi, transfusionsmedicin och mikrobiologi).
- Samverkan och arbetsfördelning mellan sjukhusen i Piteå och Skellefteå inom exempelvis ortopedi respektive psykiatri.
- En gemensam satsning på rekrytering, kunskapsutveckling och distansöverbryggande lösningar som stöd för glesbygdsmedicinsk verksamhet vid vårdcentraler i båda länen med stora avstånd till närmaste sjukhus.

## **9. Samverkan**

### *Utredningens direktiv*

- Samverkan ska förbättras inom den specialiserade vården och mellan den specialiserade verksamheten på sjukhusen samt primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården.
- Utredningen ska belysa behovet av förändringar i förhållningssätt och arbetsmetoder för att säkerställa såväl samverkan internt (mellan olika verksamheter inom landstingets hälso- och sjukvård) som med externa aktörer.
- Förutsättningarna för samverkan med kommunerna för att i extrem glesbygd öka tryggheten vid akuta sjukdomstillstånd ska prövas.
- I särskilt fokus ska vara att belysa vad som krävs för att åstadkomma en fördjupad samverkan med länets kommuner.

- På längre sikt kommer vissa kommuner med stor sannolikhet att få stora svårigheter att upprätthålla sitt välfärdsuppdrag till följd av försämrade ekonomi och brist på kompetent personal. Samma förhållande kan även komma att drabba landstinget om den negativa befolkningsutvecklingen fortsätter.
- Regeringen har tillsatt en nationell samordnare ska stödja landsting och kommuner i processen att föra över ansvaret för hemsjukvården från landstinget till kommunerna. Regeringen har likaså utsett en nationell samordnare för att utveckla vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Närsjukvårdsutredningen ska ta hänsyn till de initiativ och åtgärder som regeringens beslut kan leda till.
- Samverkan bör utvecklas med kommunerna avseende familjecentraler.

### ***Utredningens slutsatser och förslag***

#### *Ingen optimal organisationsform*

Utredningen konstaterar att det inte är möjligt att identifiera en viss organisationsform eller någon specifik modell som säkerställer en optimal samverkan vare sig internt inom landstinget eller i förhållande till kommunerna. Snarare handlar det om olika aktörers intresse och förmåga att verka för att överbrygga administrativa, juridiska, ekonomiska och professionella hinder för att på bästa sätt tillgodose patientens/brukarens samlade, individuella behov.

Staten och SKL har träffat en treårig överenskommelse för att bidra till ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete för de mest sjuka äldre. Medel har bland annat ställts till förfogande för att finansiera införandet av en gemensam hållbar ledningsstruktur för samverkan mellan huvudmännen. I Norrbotten disponerar parterna en miljon kronor för detta ändamål. Vidare har tre miljoner kronor tilldelats landstinget och länets kommuner för att anställa gemensamma utvecklingsledare.

Samverkansfrågorna kommer få ökad tyngd som en följd av att en för landstinget och kommunerna gemensam politiskt styrgrupp är under bildande för områdena vård, skola och omsorg.

#### *Kommunaliserad hemsjukvård*

Regeringen beslutade i juni 2010 att tillsätta en nationell samordnare som ska stödja landsting och kommuner i processen att föra över ansvaret för hemsjukvården från landstingen till kommunerna. Syftet med uppdraget var att på frivillig väg få ett enhetligt kommunalt huvudmannaskap för den kommunala hälso- och sjukvården och hemsjukvården i landet. Samordnaren har bland annat föreslagit att kommunerna ska ges rätt att svara för alla hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet i både ordinärt och särskilt boende ("Kommunaliserad hemsjukvård"; SOU 2011:55). Detta skulle innebära att kommunerna även ges rätt att bedriva specialiserad somatisk respektive psykiatrisk hemsjukvård. Däremot föreslås ingen rätt för kommunerna att anställa läkare. Utredningen remissbehandlas för närvarande.

I Norrbotten förbereder landstinget och kommunerna gemensamt en reform som skulle innebära ett samlat kommunalt ansvar för social omsorg och hemsjukvård i ordinärt boende. Målet är att ett förändrat huvudmannaskap ska kunna träda i kraft den 1 januari 2013. En kommunalisering av hemsjukvården skapar nya förutsättningar för samverkan mellan de två huvudmännen, samtidigt som kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar utökas.

### *Äldresamordnare*

På nationell nivå har även andra initiativ tagits för att förbättra vården och omsorgen för de mest sjuka äldre. En särskild äldresamordnare har utsetts av regeringen med målet att få omsorgen och vården i form av hemsjukvård, äldreomsorg, vårdcentraler och sjukhusvård att samverka bättre kring äldre. Arbetet bedrivs i projektform i samarbete med SKL och Socialstyrelsen. Totalt har 3,75 miljarder kronor avsatts för ändamålet under perioden 2011 till och med 2014.

#### *Förslag # 10 Tre olika modeller för samverkan*

Utredningen presenterar tre olika förslag till förbättrad samverkan dels inom landstingets hälso- och sjukvård, dels i förhållande till kommunernas vård och omsorg.

1. Samverkan sker inom ramen för befintlig organisation och med nuvarande ansvarsfördelning. Kravet på samverkan inom närsjukvårdens tydliggörs genom att beställaruppdraget inom Vårdval Norrbotten successivt utvecklas till att avse beställning av närsjukvård.
2. Samverkan sker inom ramen för nuvarande organisatoriska struktur (divisionsorganisationen) men med tydligare krav på insatser över divisionsgränserna. Kravet på förstärkt samverkan riktas särskilt mot Division medicin, Division primärvård och Division vuxenpsykiatri. För att bidra till denna utveckling samt förbättrad samverkan med kommunerna inrättas befattningar för närsjukvårdscoordinatorer inom geografiskt avgränsade områden.
3. Inom landstinget skapas från och med 2013 en sammanhållen struktur för närsjukvården (Division närsjukvård). Divisionen får verksamhets- och budgetansvar för följande verksamheter.
  - Primärvård i egen regi.
  - Den breda intermedicinska verksamhet som bedrivs vid samtliga sjukhus i länet inklusive rehabilitering och geriatrik.
  - Vuxenpsykiatri.
  - Akutmottagningarna, anestesi- och intensivvården samt ambulansverksamheten vid sjukhusen i Kalix, Kiruna och Piteå.

#### *Förslag # 11 Fördjupad samverkan med vissa kommuner*

På sikt bör möjligheterna till en mer fördjupad, organisatorisk samverkan mellan landstinget och vissa kommuner övervägas. Sådana lösningar kan vara aktuella i mindre kommuner där svårigheter med kompetensförsörjningen kan bli mycket besvärande för båda huvudmännen. Erfarenheterna av olika legala konstruktioner (gemensam nämnd, kommunalförbund, den så kallade Norrtäljmodellen) bör beaktas i detta sammanhang.

Verksamhet med familjecentral bedrivs för närvarande i Kalix kommun. Erfarenheterna från Kalix bör ligga till grund för beslut inom ramen för den årliga översynen av regelverket för Vårdval Norrbotten om motsvarande verksamhet bör bedrivas på fler orter .

## 10. Kompetensförsörjning

### *Utredningens direktiv*

- En central utmaning är förmågan att, givet befolkningsminskningen, försörja hälso- och sjukvården med kompetent personal.
- Verksamheterna behöver arbeta aktivt redan nu för att hantera den kompetensväxling som är pågående och tilltagande i volym.

### *Utredningens slutsatser och förslag*

#### *Kompetensförsörjningen alltmer gränssättande*

Stora pensionsavgångar i kombination med en växande konkurrens om den specialiserade arbetskraften gör att det framstår som högst sannolikt att problem med kompetensförsörjningen blir än mer gränssättande för hälso- och sjukvårdens utveckling i framtiden. Hur tillgången på specialistkompetenta läkare utvecklas är av särskilt stor betydelse för hälso- och sjukvårdens framtida innehåll och struktur. Det som skiljer läkare från andra grupper är den mycket långa utbildningstiden. För andra personalgrupper är möjligheterna att genom särskilda insatser snabbare åtgärda en bristsituation betydligt större.

Mot den bakgrunden ställs krav på tydliga och divisionsövergripande prioriteringar, till exempel vad gäller avvägningen mellan olika specialiteter och orter, där behoven ur ett patientperspektiv är vägledande.

#### *Omläggning av AT-tjänstgöringen*

Förändringar inom den kirurgiska verksamheten har nödvändiggjort justeringar inom AT-organisationen. AT-läkare i Piteå, Kalix och Kiruna måste därför fullgöra den del av tjänstgöringen som avser opererande verksamhet vid sjukhusen i Sunderbyn respektive Gällivare. Följden blir enligt länschefen för AT att knappt hälften av tjänstgöringen (8-9 månader) i Kalix respektive Kiruna måste göras vid annat sjukhus. För AT i Piteå rör det sig om cirka 5 månader eftersom psykiatridelen kan genomföras på orten. Det är mot denna bakgrund särskilt angeläget att AT-tjänstgöringen vid dessa tre sjukhus får ett innehåll och en utformning i övrigt som gör att det går att rekrytera AT-läkare till dessa även i framtiden.

#### *Distanslösningar och flexibelt arbetssätt*

Risken att drabbas av en allt större brist på specialutbildad personal bör vara en central för att inte säga avgörande drivkraft för att utveckla distansöverbyggande lösningar. För Norrbotten med sina extremt stora avstånd och de rekryteringssvårigheter som erfarenhetsmässigt präglar skogsläna kan detta ses som en högt prioriterad framtidsfråga. I det sammanhanget vill utredningen också peka på vikten av ett så flexibelt arbetssätt som möjligt (se avsnitt 12).

#### *Utmanande, krävande och stimulerande*

En förutsättning för att den utvidgade roll för primärvården som direktiven anger skall vara möjlig att förverkliga är att rekryteringen av blivande specialister i allmänmedicin ges hög prioritet. Det är viktigt att klargöra att primärvården i Norrbotten, liksom den i Västerbotten, på grund av de geografiska förhållandena har ett uppdrag som är mer utmanande och mer krävande – men också mer professionellt stimulerande - än det som kan erbjudas av andra landsting.

Mot den bakgrunden måste framtidens allmänläkare Norrbotten erbjudas särskild kompetensutveckling inom såväl akut omhändertagande som geriatrik och rehabilitering. En strukturerad modell för detta skulle med fördel kunna utvecklas gemensamt med landstinget i

Västerbotten. Om en trovärdig lösning i det här avseendet inte kan presenteras finns det en uppenbar risk för att rekryteringen till allmänmedicinen snarare försvåras än underlättas.

## **11 Lösningar som för kompetensen till patienterna istället för tvärtom**

### *Utredningens direktiv*

- Specialistsjukvården kommer sannolikt att fortsätta att utvecklas som hittills, d v s att verksamheten kan bedrivas närmare patienterna. Förutsättningarna för att bedriva konsultverksamhet på plats lokalt eller med hjälp av distansöverbyggande teknik ska belysas.
- Verksamheten ska i allt högre grad utföras i öppen vård och med hjälp av telemedicin/distansöverbyggande teknik, t ex videokonferens i vård- och behandlingsarbetet. Möjligheterna att göra specialistkompetens tillgänglig i länets perifera delar med stöd av sådan teknik ska prövas.
- Utredningen ska belysa förutsättningarna att erbjuda konsultverksamhet dagtid av specialister lokalt.

### *Utredningens slutsatser och förslag*

#### *Goda idéer finns*

Som redovisats i föregående avsnitt är behovet av att utveckla distansöverbyggande lösningar särskilt påtagligt i Norrbotten med dess stora avstånd. Det underlag som divisionerna redovisat till utredningen visar också att det finns ett stort intresse för att ta tillvara dessa möjligheter, vilket nedanstående exempel får illustrera.

- Utlokaliserad ögonmottagning där exempelvis diabetesscreening eller uppföljning av patienter som behandlas för gula fläcken görs av ögonläkare på distans.
- Specialistkonsultationer till patienter i palliativ vård på lokalt sjukhus, på vårdcentral eller i eget hem.
- Distanspatologi; nödvändig utrustning finns men används för närvarande i mycket blygsam omfattning.
- Fortsatt utbyggnad av samordnad radiologisk jourverksamhet.
- Mottagningsplattformar vid länets sjukhus med stöd av spetskompetens på distans, till exempel inom rehabiliteringsverksamheten.
- Samordning av bakjourer i internmedicin som stöds genom att bildfunktion görs tillgänglig på distans.
- Interaktiva lösningar för att kunna följa upp diet, motion, läkemedel och andra faktorer av betydelse för hälsotillståndet.
- Informationsöverföring via video till svårt sjuka som vårdas i eget hem.
- Tidbokning över nätet och tillgång till medicinsk information, exempelvis delar av den egna patientjournalen.

#### *Ingen problemfri utveckling*

Samtidigt framhåller divisionerna att det finns en rad organisatoriska och legala snarare än tekniska hinder som försvårar en positiv utveckling. Detta är inte oväntat eftersom strävan att utveckla distansöverbyggande lösningar ingalunda varit problemfri.

I tidskriften Eurohealth konstaterar två forskare att ”en del av problemet är bristande kvalitet i evidensen för nyttan av vård på distans” (”Adopting integrated mainstream telecare services. Lessons from the UK”; nummer 1; 2009). ”Det har publicerats nästan 9 000 artiklar i vetenskapliga tidskrifter om erfarenheter från försök och projekt, men trots detta

informationsflöde har mycket lite i form av entydiga slutsatser kunna dras [...] Även om ett växande antalet patienter har erhållit vård på distans kantas försöken att utveckla pilotprojekt till systematiska tillämpningar av misslyckanden”.

Bilden bekräftas i någon mån av rapporten ”Hälsa genom e” (Vinnova 2011:04); ”trots framsynta nationella satsningar och stora investeringar har eHälsa haft en ganska långsam spridning”. Bland många användare finns dessutom en ganska kritisk inställning. En orsak ”kan vara att IT i vård och omsorg idag stödjer många fler arbetsuppgifter och att systemen har blivit mer komplexa i det att de ofta omfattar tidbok, journaler, remiss och svar, läkemedel och kopplingar till andra system. Kravet på professionen att kunna hantera många olika applikationer och gränssnitt, och bristen på samverkan mellan system, leder till tidsförluster snarare än besparingar och ger upphov till nya patientrisker. Det leder i sin tur till stress i en redan starkt utsatt och tidspressad verksamhet.”

Ett betydande problem enligt rapporten är att det i dagsläget inte finns ”incitament för att göra annorlunda eftersom ersättningssystemen inte uppmuntrar samverkan. Den som gör investeringen är inte den som tar hem effektivitetsvinsten och även om det ur medborgarens perspektiv är samma pengar som används så saknar verksamheten incitament för samarbete. Som ersättningssystemet är utformat skapar det inget intresse i verksamheten att utveckla eller använda arbetssätt och tekniker som inte premieras.” Vinnova menar att det är ”mycket betydelsefullt för utveckling och användning av informationssystem och e-tjänster i vård och omsorg att ersättningssystemet anpassas till en verklighet där vård inte nödvändigtvis utförs på sjukhus och vårdcentraler utan på andra platser, ex.vis i hemmet.”

#### *Norrbotten har goda tekniska förutsättningar*

Utredningen konstaterar att landstinget har en teknisk plattform och kunskap samt en grundläggande infrastruktur i övrigt som ligger mycket långt framme jämfört med andra landsting/regioner. Det finns även enskilda exempel på goda och framgångsrika tillämpningar från vilka viktiga lärdomar kan dras som kan komma andra verksamheter till godo. Det som däremot saknas är en tydlig prioritering baserat på närsjukvårdens framtida behov samt en stark styrning av utvecklingen.

Utvecklingsenheten inom landstingsdirektörens stab har nyligen fått i uppdrag att svara för nödvändig samordning inom området. Detta skapar förutsättningar för en sammanhållen och systematisk tillämpning av lösningar som framför allt kan komma högt prioriterade patienter inom närsjukvården till godo.

#### *Konsultverksamhet på plats*

Redan idag förekommer konsultverksamhet på plats dagtid i varierande omfattning vid bland annat sjukhusen i Kalix, Kiruna och Piteå inom olika verksamheter, till exempel inom öron-, barn- och ögonsjukvården samt gynekologin. Det är angeläget att ständigt pröva möjligheterna att erbjuda den här typen av decentraliserade verksamheter bland annat för att minska behovet av sjukresor för inte minst äldre, sköra patienter.

## 12. Flexibelt arbetssätt

### *Utredningens direktiv*

- Alla tillgängliga resurser måste användas flexibelt och optimalt.

### **Utredningens slutsatser och förslag**

Multiprofessionellt teamarbete allt vanligare

Utredningen ansluter sig till Socialstyrelsen uppfattning att ”ett förbättrat multiprofessionellt teamarbete och en mer flexibel användning av personalens kompetens är både önskvärd och nödvändig” (”Hälso- och sjukvårdsrapport 2009”). Genom omfördelning av roller och arbetsuppgifter skulle de samlade resurserna kunna användas effektivare. Även i detta avseende kan svårigheter med kompetensförsörjningen vara en viktig drivkraft. Samtidigt utgör en fast rotad fördelning av arbetsuppgifter och traditionella professionella revir uppenbara hinder.

Utvecklingen till förmån för ett mer multiprofessionellt arbetssätt väntas fortsätta, sannolikt i kombination med att yrkesrollerna förändras. Den allt bättre utbildningsnivån inom vården och en starkare forskningsanknytning har successivt skapat förutsättningar för ett alltmer kunskapsbaserat vård- och omsorgsarbete.

### *Divisionernas bedömningar*

Division opererande framhåller att det under lång tid skett en successiv förskjutning av arbetsuppgifter från läkare till sjuksköterskor, en utveckling som väntas fortsätta. Inom allmänkirurgin skulle det vara möjligt i att utbilda sjuksköterskor att sköta endoskopiska undersökningar. Inom ortopedin skulle sjukgymnaster i större utsträckning än idag kunna svara för vissa bedömningar inför operation men också för återbesök och kontroller. På motsvarande sätt kommer den utlokaliserade ögonsjukvården i större utsträckning att kunna skötas av ögonsjuksköterskor med stöd av ögonläkare på distans. Divisionerna menar vidare att det borde vara möjligt för läkarsekreterare att avlasta läkare och sjuksköterskor administrativa uppgifter.

Även inom den diagnostiska verksamheten är det sannolikt att det sker en förskjutning från läkare till andra personalkategorier. Exempelvis kan det handla om att biomedicinska analytiker gör vissa utskärningar inom patologin eller att den del ultraljudundersökningar görs av specialutbildade röntgensjuksköterskor.

Andra tänkbara utvecklingslinjer enligt divisionerna kan vara att distriktssköterskor får ett större ansvar inom den öppna vården eller att arbetsfördelningen mellan undersköterskor och sjuksköterskor ses över.

### *Exempel från andra landsting*

Tidningen Dagens Medicin har under våren 2011 i en serie artiklar belyst hur yrkesrollerna förändras. Följande exempel är hämtade från detta material.

- I Kalmar län finns sedan tio år specialutbildade demenssköterskor på alla vårdcentraler (Dagens Medicin nr 5).
- På kirurgkliniken vid Västerviks sjukhus bedrivs försöksverksamhet som innebär att en specialutbildad sjuksköterska skriver in och ut patienter, utfärdar vissa remisser samt håller ihop avdelningsarbetet (nr 7).
- En specialistutbildad sjuksköterska i onkologi vid kirurgkliniken, Sahlgrenska sjukhuset/Östra i Göteborg svarar för kontakten med kolonrektalcancerpatienter.

Sjuksköterskan deltar alltid då patienten får reda på sin diagnos och svarar därefter för uppföljning och fortsatt kontakt med patienten (nr 12).

- Biomedicinska analytiker med tio veckors specialutbildning svarar för utskärning inom patologin, vilket resulterat i betydligt kortare väntetider för provsvaren genom att patologerna kan koncentrera sig på att diagnostisera (nr 13).

### **13. Psykisk ohälsa**

#### *Utredningens direktiv*

- Närsjukvården ska bedriva ett aktivt arbete för att förebygga psykisk ohälsa i hela befolkningen. Den uttalat negativa utvecklingen avseende psykisk ohälsa bland ungdomar i allmänhet och unga kvinnor i synnerhet utgör en särskild utmaning.
- Samverkan bör utvecklas med kommunerna avseende familjecentraler

#### *Utredningens slutsatser och förslag*

Framtidens närsjukvård har en central roll i hälso- och sjukvårdens arbete med att förebygga psykisk ohälsa i hela befolkningen, oavsett ålder. Den uttalat negativa utvecklingen avseende ungdomar i allmänhet och unga kvinnor i synnerhet utgör en särskild utmaning. Stora krav ställs på samarbete med såväl länets kommuner som barn- och ungdomspsykiatri. De brister som Socialstyrelsen uppmärksammat i sin nationella granskning av dessa verksamheter bör analyseras för att ligga till grund för åtgärder.

Inom ramen för Vårdval Norrbotten bör vidare prövas om det finns anledning att ställa mer preciserade krav på tillgång till psykosocial kompetens med särskilt fokus på barn och ungdomars hälsa.

Projektet Livsviktigt som landstinget bedriver tillsammans med Piteå och Gällivare kommun väntas ge ett kunskapsbaserat underlag för hur ett framgångsrikt förebyggande arbete kan utvecklas i Norrbotten med närsjukvården som en viktig aktör.

### **14. Att förebygga sjukdom och ohälsa**

#### *Utredningens direktiv*

- Det förebyggande och hälsofrämjande perspektivet och arbetet inom hälso- och sjukvården ska stärkas. Befolkningen ska engageras aktivt i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet och patienterna ska göras mer delaktiga i den egna vården.

#### *Utredningens slutsatser och förslag*

Landstinget har tillsammans med andra aktörer, bland annat kommunerna, tagit en rad initiativ för öka vårdens hälsoorientering. De nationella riktlinjer från Socialstyrelsen som väntas föreligga inom kort kommer att ge stöd för olika kunskapsbaserade insatser.

#### *Förslag # 12 Resurser för förebyggande insatser*

Utredningen föreslår att landstinget i arbetet med landstingsplanen för perioden 2013-2015 tar ställning till ambitionsnivån för det förebyggande området och hur detta ska finansieras. Specialdestinerade medel bör avsättas för att höja närsjukvårdens kompetens inom dessa områden. Särskilt stort är behovet av att förstärka insatserna vad gäller sambandet mellan kost/nutrition och hälsa.

*Förslag # 13 Kunskapscentrum tillsammans med länets kommuner*

Det är viktigt att kunskapsbaserade metoder inom det hälsofrämjande arbetet, baserat på bland annat Socialstyrelsens riktlinjer, får ett ökat genomslag. Utredningen föreslår därför att landstinget inbjuder länets kommuner att tillsammans med landstinget bygga upp ett kunskapscentrum inom området. Förebyggande insatser mot psykisk ohälsa hos yngre respektive barnfetma bör vara särskilt prioriterade i detta sammanhang.

*Förslag # 14 Sätt pris på hälsofrämjande insatser*

Folkhälsoinstitutet har förordat att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser i hela hälso- och sjukvården bör premieras ekonomiskt. Utredningen föreslår att denna möjlighet prövas löpande dels vad avser regelverket för Vårdval Norrbotten, men också vad avser den mer specialiserade vården.

## **15. Valfrihetssystem**

### *Utredningens direktiv*

- När åtgärder utreds och planeras inom den övriga hälso- och sjukvården måste hänsyn tas till de konsekvenser som valfrihetssystemet kan komma att ha.

### *Utredningens slutsatser och förslag*

Valfrihetssystemet inom ramen för Vårdval Norrbotten har enligt utredningens bedömning hittills inte på något mer påtagligt sätt förändrat förutsättningarna för närsjukvårdens utveckling. Samtidigt kan konstateras att tillkomsten av privata vårdgivare har nödvändiggjort en mer tydlig precisering av primärvårdens uppdrag och resurser i form av den regelbok som revideras en gång årligen.

I takt med att antalet privata vårdgivare ökar blir utformningen av landstingets beställning allt mer central som instrument för att styra primärvårdens – och därmed också närsjukvårdens - utveckling. Detta gäller i än högre grad om riksdagen skulle ålägga landstingen att införa ett utvidgat vårdval som även, helt eller delvis, omfattar den specialiserade öppna vården.

En utflyttning av vissa verksamheter från Sunderby sjukhus till centrala Luleå som diskuterats i avsnitt 8 skulle skapa goda förutsättningar för verksamheten i egen regi att konkurrera med privata aktörer vid om riksdagen beslutar att ett utvidgat vårdvalssystem ska införas. Över huvud taget finner utredningen det önskvärt att landstinget utvecklar en strategi för hur reformer på nationell nivå som är ägnade att öka patienternas valfrihet inte bara inom primärvården ska hanteras.

Landsting och regioner har dragit olika organisatoriska slutsatser av valfrihetssystemets konsekvenser. Utredningen konstaterar att det i och för sig inte finns några legala eller andra formella hinder för att verksamheten i egen regi bedrivs inom ramen för en sammanhållen modell, det vill säga alternativet att bilda en Division närsjukvård enligt vad som redovisats i avsnitt 9.

## **16. Resursutnyttjande och ekonomiska förutsättningar**

### *Utredningens direktiv*

- Möjligheterna att ställa de samlade vårdresurserna i länet till patienternas förfogande ska utnyttjas maximalt och samverkan i ett länsperspektiv ska stärkas.

- Den planerade hälso- och sjukvården ska kontinuerligt effektiviseras i syfte att öka tillgängligheten för patienterna.
- Kostnadsminskningar motsvarande 400 mkr bör gälla som utgångspunkt för utredningen. Kostnadsminskningen ska uppnås inom den samlade hälso- och sjukvården och inte begränsas enbart till den verksamhet som omfattas av närsjukvårdsbegreppet. En betydande del av kostnadsminskningen förväntas dock ske genom de åtgärder som berör verksamheter som omfattas av närsjukvårdsbegreppet.
- Hälso- och sjukvårdens kostnader i Norrbotten (exklusive tandvård och läkemedelsförmån) uppgick år 2009 till 20 400 kronor per invånare. Av denna summa svarade den specialiserade somatiska vården för 59 procent och primärvården för 22 procent. Utredningen ska utgå från att det sker en omfördelning av resurser och verksamhet från specialiserad somatisk vård till primärvård. Som riktmärke inför 2020 bör gälla att fördelningen ska vara cirka 50 procent för specialiserad somatisk vård respektive cirka 30 procent för primärvård. Skulle ansvaret för hemsjukvården överföras till kommunerna ska riktmärket anpassas till de ändrade förutsättningar som detta medför i ekonomiskt hänseende.

### ***Utredningens slutsatser och förslag***

#### *Extraordinära insatser krävs*

Utredningen erinrar inledningsvis om den slutsats som redovisats i avsnitt 2. Det vill säga att stora investeringar i personal och kompetens, fastigheter, medicinsk-teknisk utrustning, samt övrig infrastruktur påtaligt begränsar landstingets handlingsfrihet vad gäller möjligheten att framgångsrikt genomföra betydande strukturella reformer på kort och medellång sikt.

Det är svårt att se något entydigt samband mellan respektive landstings kostnader och hälso- och sjukvårdens grundläggande struktur (till exempel antalet sjukhus, arbetsfördelning mellan sjukhusen eller mellan primärvården och andra verksamhetsområden etc). På motsvarande sätt saknas trovärdiga och entydiga studier om sambandet mellan storlek (antal vårdplatser, behandlade patienter etc) och kostnader respektive effektivitet annat än i mycket begränsade avseenden.

Såväl de demografiska förutsättningarna som den medicinska och tekniska utvecklingen tyder på att kostnaderna för hälso- och sjukvården kommer att fortsätta att öka. Mot den bakgrunden är det uppenbart att det krävs extraordinära insatser om det ska vara möjligt att uppnå en permanent nivå-sänkning på cirka 400 miljoner kronor för hälso- och sjukvårdens kostnader i Norrbotten.

#### *Bättre folkhälsa och lägre sjukvårdskostnader?*

En central fråga för utredningen är i vilken utsträckning en omfördelning av ansvar och resurser till primärvården kan bidra till att sänka hälso- och sjukvårdens kostnader. Argument för att det skulle kunna vara så återfinns bland annat i Socialstyrelsens rapport "Primärvårdens bidrag till effektiv resursanvändning i hälso- och sjukvården" (1999:19). "En bra primärvård har positiva effekter på folkhälsan som den kan avläsas i olika folkhälsomått och bidrar till en lägre konsumtion av både sluten och öppen vård och därmed till lägre totala sjukvårdskostnader."

I "Hälso- och sjukvårdsrapport 2009" redovisar Socialstyrelsen bedömningen att "en väl fungerande primärvård och närsjukvård kan bidra till bättre folkhälsa och på sikt minska de totala sjukvårdskostnaderna". Det heter också att "i ett vidare perspektiv framstår behovet av

en tyngdpunktsförskjutning från specialiserad sjukhusvård till hälsoinriktad primärvård och närvård vara allmängiltig. Världshälsoorganisationen (WHO) pekar på att en oproportionerlig fokusering på specialiserad vård ger dålig valuta för pengarna. Ineffektiva sätt att hantera hälsoproblem tränger ut effektivare, mer ändamålsenliga och rättvisa sätt att organisera vården och förbättra hälsan.”

År 2006 redovisades slutsatser i en omfattande amerikansk studie som pekar i samma riktning; ”The Care of Patients with Severe Chronic Illness” (The Center for the Evaluative Clinical Sciences, Dartmouth Medical School; 2006). Rapporten bygger på en uppföljning av 4,7 miljoner patienter som omfattades av försäkringssystemet Medicare och som avled i någon av tolv kroniska sjukdomar under åren 1999-2003. Patienterna hade vårdats vid något av de 4300 sjukhus i 306 regioner som omfattades av studien.

#### *Lägre kostnader och högre kvalitet*

Delstater med ett större inslag av primärvårdsläkare i förhållande till andra specialister tenderade att ha lägre kostnader, färre vårdplatser på sjukhus, färre remisser till mer specialiserad vård samt bättre kvalitet enligt kriterier som ingick i en jämförande sjukhusdatabas. Samtidigt noterades anmärkningsvärt stora skillnader mellan mycket ansedda universitets- och forskningssjukhus i hur vården av kroniskt sjuka patienter bedrevs.

På grund av olikheter i hur vården är organiserad går det inte att dra säkra och långgående paralleller mellan USA:s respektive svensk sjukvård. Icke desto mindre ger den onekligen ett visst stöd åt de åsikter som framförts av såväl Socialstyrelsen som WHO.

Den brittiska tidskriften *The Economist* har nyligen redovisat en forskningsrapport om framtidens hälso- och sjukvård i Europa (”The future of healthcare in Europe”; 2011) som går i samma riktning. Rapporten bygger dels på uppgifter om olika länders sjukvårdssystem, dels på djupintervjuer med ett antal experter inom olika områden.

En av de grundläggande slutsatserna är att ”distriktsläkare kommer att få en allt viktigare roll som ’grindvakter’ (gatekeepers) och koordinatörer i vården av patienter med multipla hälsoproblem [...] Med högre ålder följer multisjuklighet; den genomsnittlige äldre patienten har tre eller fyra kroniska sjukdomar som var och en sköts av olika specialister. Men behandlar man en sjukdom finns det en risk för att en annan påverkas. Distriktsläkaren har en unik förmåga att kunna behandla multisjuka patienter på ett holistiskt sätt”.

#### *Vad blir slutsatsen för Norrbotten?*

Utredningen konstaterar att det är svårt att dra några entydiga slutsatser om vilka konsekvenserna skulle bli i Norrbotten om den angivna omfördelningen av resurser till primärvården från cirka 22 till 30 procent av de samlade sjukvårdskostnaderna genomförs på sikt. Uttryckt i 2009 års fasta priser skulle detta, allt annat lika, innebära att 480 miljoner kronor omfördelas till förmån för primärvården (exklusive läkemedel). Härutöver bör hänsyn tas till målet att sänka hälso- och sjukvårdens kostnader med 400 miljoner kronor på årsbasis. För enkelhetens skull antas att åtgärderna fördelas i förhållande till respektive verksamhets andel av de totala kostnaderna. Sammantaget skulle effekten vid denna utgångspunkt bli att anslaget för primärvård ökade med drygt 360 miljoner kronor (+ 34 procent) medan anslaget för somatisk korttidsvård minskar med nästan 600 miljoner kronor (./ 22 procent).

Utredningens bedömning är att en omfördelning av resurser i denna storleksordning måste genomföras successivt under en följd av år och med en tydlig prioritering av vilka patienter som i framtiden ska erbjudas tillgång till den mer specialiserade vårdens resurser.

Direktiven anger att ”en betydande del av kostnadsminskningen förväntas ske genom de åtgärder som berör verksamheter som omfattas av närsjukvårdsbegreppet”. Sätts denna ambition i relation till ovanstående kalkyl blir slutsatsen att utrymmet för internmedicinsk verksamhet reduceras högst avsevärt. En sådan utveckling torde endast kunna förverkligas inom ramen för framtidsbild 2 i avsnitt 17.

#### *Sänker närsjukvården kostnaderna?*

På kort respektive medellång sikt gör utredningen bedömningen att det inte är möjligt att med säkerhet hävda att en satsning på närsjukvård i enlighet med förslagen i denna rapport på ett påtagligt sätt kommer att bidra till att sänka hälso- och sjukvårdens kostnader. I vissa avseenden är det snarare realistiskt att räkna med kostnadsökningar. Det gäller till exempel behovet av ökade resurser för det förebyggande arbetet, den förslagna satsningen på kompetensutveckling inom allmänmedicinen, behovet av att avsätta mer resurser för att utveckla intern och extern samverkan liksom behovet av utvecklingsinsatser för ett kraftfullt införande av distansöverbyggande lösningar som stöd för närsjukvården.

I ett mer långsiktigt perspektiv förefaller det däremot rimligt att anta att ett hälso- och sjukvårdssystem som bygger mer på närsjukvård med ett starkt inslag av primärvård kan tillgodose kraven på god vård till en lägre kostnad än en mer specialiserad modell. Med tanke på växande vårdbehov handlar det kanske framför allt om att kostnadsökningstakten blir lägre med en tydlig satsning på närsjukvård.

En viss rationaliseringspotential även i det kortare perspektivet bedöms dock föreligga genom en mer utvecklad, systematisk samverkan mellan allmänmedicin och internmedicin. Även en förbättrad samverkan med kommunerna i vården av de mest sjuka äldre som vissa kroniska patienter i övrigt borde kunna bidra till att åtminstone bromsa kostnadsutvecklingen. Det analysmaterial som redovisats tidigare tyder på att det för vissa patienter borde vara fullt möjligt att erbjuda ett kvalitativt bättre omhändertagande till en lägre kostnad.

#### *Svårt att ”ta hem” vinster*

Erfarenheten visar att samtidigt att det kan vara svårt att ”ta hem” vinster av det här slaget. Givetvis är det positivt om antalet ”onödiga” besök på sjukhusens akutmottagningar minskar eller om det sker en minskning av behovet av slutna vård för dessa patienter. Däremot är det ingalunda säkert att effekterna är så betydande att det i praktiken går att minska antalet vårdplatser eller minska bemanningen på akutmottagningarna.

Sjukvårdstrukturen i Norrbotten gör att effekterna sprids på fem sjukhus vilket minskar sannolikheten för att de i och för sig positiva konsekvenserna ska bli påtagligt märkbara. Istället är det ganska sannolikt att frigjorda resurser används för nya verksamheter eller för att höja ambitionsnivån för andra patienter. Detta kan sägas vara ett klassiskt fenomen inom sjukvården. Det samlade resultatet tenderar således att bli kvalitetshöjningar som kommer patienterna till godo – men också ökade totalkostnader för landstinget. För att citera SKL:s ekonomirapport (maj 2011); ”ett dilemma inom välfärdssektorn är att de resurser som frigörs vid en produktivitetstillväxt omedelbart växlas över till ny verksamhet.”

Det är därför ibland nödvändigt med en relativt stark övergripande styrning av resurserna, allra helst som det rör sig om att omfördela över ansvarsgränser, till exempel mellan olika enheter.

#### *Produktiviteten kan öka*

Det sammanvägda intrycket av olika nationella jämförelser mellan verksamhet och kostnader inom landsting/regioner tyder på att det ska vara möjligt att öka produktiviteten inom Norrbottens läns landsting uttryckt i traditionella prestationsmått som besök/vårdkontakter eller vård dagar. Det borde kort sagt gå att i viss mån producera mer vård utan att i motsvarande grad öka kostnaderna. Jämförelserna ger däremot föga vägledning om vilka åtgärder som krävs för att möjliggöra en sådan utveckling.

Den nyligen publicerade SKL-rapporten ”Produktivitet och effektivitet i hälso- och sjukvård” (2011) styrker slutsatsen att Norrbottens produktivitet borde kunna bli bättre. Vad gäller effektiviteten ligger landstinget mycket nära riksgenomsnittet. Av landstingets delårsrapport i augusti 2010 framgår för övrigt att det inte är omöjligt att öka produktiviteten. I Kalix har kostnaden per DRG-poäng minskat med 10 procent tack vare att antalet vårdtillfällen ökat med 9 procent men med en låg kostnadsökning.

#### *Förslag # 15 Kostnadsänkande åtgärder måste prioriteras*

Utredningens föreslår att ett sammanhållet, divisionsövergripande arbete för uthålligt att sänka hälso- och sjukvårdens kostnader med cirka 400 miljoner kronor påbörjas omedelbart och bedrivs med högsta prioritet. Arbetet bör drivas inom ramen för traditionella rationaliserings-, effektiviserings- och prioriteringsinsatser. Utredningen redovisar i det följande sina synpunkter på hur inriktningen av detta arbete skulle kunna utformas.

Åtgärder som minskar kostnaderna genom att förebygga för patienterna negativa bieffekter av vården, till exempel sjukhusinläggning på grund av undvikbara läkemedelsbiverkningar eller vårdrelaterade infektioner har självfallet högsta prioritet. Detta ligger också helt i linje med landstingets ansträngningar att förbättra patientsäkerheten.

#### *Öppna jämförelser behöver användas i större utsträckning*

Öppna jämförelser bör liksom hittills men i ännu större utsträckning, användas som underlag för att analysera och vid behov förändra medicinsk praxis. Inom ramen för det divisionsövergripande arbete bör ett urval diagnoser, sjukdomar eller behandlingar identifieras där behovet av ökad kostnadseffektivitet är särskilt stort.

Nya läkemedel och behandlingsmetoder, nya diagnostiska metoder, nya medicinsk-tekniska lösningar etc är erfarenhetsmässigt i allmänhet kvalitetshöjande men också kostnadsdrivande. Tydliga riktlinjer för hur dessa nya möjligheter ska hanteras ur såväl hälsoekonomiskt som landstingsekonomisk perspektiv bör utvecklas. I det sammanhanget är det viktigt att beakta risken för att indikationerna successivt vidgas med avtagande gränsnytta som följd.

Kostnadsutvecklingen inom läkemedelsområdet är oroande vilket motiverar frågan om det krävs ytterligare åtgärder för att öka följsamheten till läkemedelskommitténs rekommendationer. Det kan även finnas anledning att se över om nuvarande samband mellan förskrivning och kostnadsansvar är tillräckligt uttalat. Vidare finns det uppgifter som tyder på att Västerbottens läns landsting har höga läkemedelskostnader, vilket också får genomslag för Norrbottenspatienter som vårdas vid Norrlands universitetssjukhus. Även detta förhållande förtjänar uppmärksamhet.

### *Prioriteringar krävs*

Striktare tillämpning av vilka patienter som ska ha tillgång till den mer specialiserade vårdens resurser eller skärpta indikationer för vissa behandlingar är tänkbara prioriteringsmetoder. Till grund för sådana beslut kan ligga lokala handläggningsöverenskommelser (HÖK). Ett mer systematiskt arbete inom dessa områden med tydliga beslutsvägar och riktlinjer för enhetlig tillämpning inom alla berörda verksamheter framstår som en absolut förutsättning om direktivens mål att minimera det antalet patienter till den specialiserade vården ska kunna uppnås.

I landstingsplanen för 2012-2014 konstateras att införandet av nya medicinska metoder, behandlingar och läkemedel i allt väsentligt ”måste ske inom befintliga ekonomiska ramar vilket kommer att öka behovet av öppna politiska prioriteringar. Samtidigt är det lika viktigt att kontinuerligt utvärdera och ifrågasätta de metoder som används och vid behov utmönstra dessa för att bedriva en effektiv och patientsäker verksamhet”.

### *Var finns kostnaderna?*

Det är väl känt att kostnaderna för sjukhusvården vid sjukhusen i Malmfälten uttryckt i KPP (Kostnad Per Patient)<sup>4</sup> i förhållande till DRG (DiagnosRelaterade Grupper)<sup>5</sup> ligger väsentligt högre än andra, jämförbara sjukhus. Detta förhållande kan sannolikt i betydande utsträckning förklaras med att patientunderlaget är förhållandevis litet, det vill säga det rör sig om smådriftsnackdelar. Ytterst är det en politisk fråga hur stora ”överkostnader” som ska accepteras vid de två sjukhusen.

Utredningen konstaterar samtidigt att eventuella åtgärder för att minska kostnaderna i Malmfälten i sig ingalunda är tillräckliga för att uppnå målet för nödvändiga kostnadssänkningar eftersom volymen (antalet behandlade patienter) är förhållandevis låg. Det kan nämnas att länets tre övriga sjukhus tillsammans svarar för drygt 80 procent av den slutna vården (exklusiv psykiatri) uttryckt i DRG-poäng.

En synnerligen kostsam behandling som är mycket ovanlig behöver i sig inte medföra någon större belastning för landstingets ekonomi. Omvänt kan en betydligt mindre dyr behandling som istället är mycket vanlig medföra stora kostnader. Förhållandet att internmedicinska och ortopediska sjukdomar samt förlossningar är vanliga inom sjukvården medför att kostnadsreducerande åtgärder inom dessa verksamheter kan ha större genomslagskraft än om de riktas mot exempelvis allmänkirurgiska respektive psykiska sjukdomar, som inte är lika vanliga.

### *Identifiera höga kostnader*

Med hjälp av uppgifter från KPP/DRG-materialet bör det vara möjligt att identifiera diagnoser/behandlingar vars kostnader påtagligt avviker från riskgenomsnittet. Det är också i viss utsträckning möjligt att hitta påtagliga avvikelser mellan länets sjukhus under förutsättning att det statistiska underlaget är tillräckligt stort. Några slutsatser kan självfallet inte dras av sådana jämförelser i sig, däremot kan det vara en utgångspunkt för analys av såväl medicinsk praxis som organisation av verksamheten. Ett exempel på detta skulle kunna vara behandling av kärlsjukdomar i hjärnan exklusive stroke där Norrbotten redovisar såväl långa

---

<sup>4</sup> KPP är en metod för beräkning av sjukvårdskostnaden för varje enskild patient och vårdkontakt

<sup>5</sup> DRG innebär förenklat en viktning av olika åtgärder/sjukdomstillstånd för att kunna göra jämförelser mellan olika verksamheter

vårdtider som många vårdtillfällen och därmed också höga kostnader. Redan idag används materialet i viss utsträckning på detta sätt men sannolikt finns en betydande potential för ytterligare sådana insatser. Även i detta avseende ställs krav på analys och framtagande av åtgärdsförslag över divisionsgränserna.

Utredningen förordar vidare att en översyn görs av ersättningssystemets utformning ur ett långsiktigt perspektiv. I det sammanhanget bör erfarenheterna av den behovsbaserade resursfördelningen inom primärvården beaktas. Detsamma gäller de nya principer för resursfördelning som utvecklats inom Division medicin. Modellen innebär en tydligare koppling mellan verksamhetens uppdrag och tilldelade resurser. Syftet är att åstadkomma en kvalitativ likvärdig vård i hela länet genom en mer behovsbaserad resursfördelning.

#### *Förslag # 16 Utveckla ersättningssystemet*

Landstingets ersättningssystem bör ses över för att utveckla en modell som i större utsträckning premierar såväl produktivitet som kvalitet och effektivitet. Möjligheterna att införa en behovsbaserad resursfördelning för den samlade hälso- och sjukvårdens bör övervägas. En lösning skulle kunna vara en beställning som omfattar hela närsjukvårdsuppdraget eller, ännu mer långtgående, att primärvården ges ett avgörande inflytande över resursfördelningen inom hälso- och sjukvården.

En betydande del av den rörliga, påverkbara kostnaden inom hälso- och sjukvården består av löner och sociala avgifter. Det är därför inte realistiskt att räkna med att det skulle vara möjligt att uppnå en betydande nivå-sänkning av de totala sjukvårdskostnaderna utan att påtagligt minska antalet anställda. En viktig utgångspunkt för detta arbete bör vara att ständigt eftersträva en optimal balans mellan behov och kvalitetsmål å ena sidan och kompetenskrav å den andra. Ett mer flexibelt personalutnyttjande enligt vad som diskuterats i avsnitt 12 kan bidra positivt till sådana lösningar.

## **17. Framtidsbilder och alternativa förslag**

### *Utredningens direktiv*

- Styrelsen efterlyser en tydlig bild av framtidens hälso- och sjukvård. Med de betydande utmaningar som landstinget står inför är det angeläget att med utgångspunkt i den bilden identifiera vilka konkreta åtgärder som behöver vidtas för att framtidsbilden ska kunna realiserars.
- Det fortsatta utredningsarbetet förutsätts utmynna i flera tänkbara alternativ.

### *Utredningens slutsatser och förslag*

Utredningen konstaterar att det på avgörande punkter råder betydande osäkerhet om utvecklingen i ett långsiktigt perspektiv. Det gäller centrala faktorer som exempelvis

- Medborgarnas respektive patienternas krav och förväntningar.
- Nya möjligheter som en följd av medicinsk och medicinsk-teknisk utveckling.
- Specialisering som en följd av forskning och kunskapsstillväxt inom den kliniska tillämpningen.
- Landstingets ekonomiska förutsättningar vad gäller såväl inkomster som kostnader och kostnadsutveckling.
- Personal- och kompetensförsörjning.

Trots dessa osäkerheter måste landstinget fatta nödvändiga långsiktiga, strategiska beslut för att kunna möta de framtidsutmaningar som framstår som sannolika. Att tillämpa principen ”vänta och se” innebär en lösning till befintliga lösningar, arbetsmetoder och strukturer som i

vissa avseenden kan ge upphov till stora problem på sikt även om det kan förefalla enklast för stunden att avvakta. Förhållandet att av även nödvändiga förändringar inte sällan möter motstånd och invändningar riskerar att bidra till denna konserverande effekt.

#### *Förslag # 17 Två olika framtidsbilder inför perioden 2020-2030*

Utredningen förslår att två alternativa framtidsbilder får ligga till grund för framtagandet av en för länet sammanhållen utvecklingsplan för såväl sjukhusvårdens som närsjukvårdens utformning i perspektivet 2020-2030. Därmed tillgodoses också styrelsens krav på ”flera tänkbara alternativ”. Först efter en analys av de två framtidsbildernas för- och nackdelar tas ställning till vilken inriktning som ska gälla.

*Framtidsbild 1* utgår från att nuvarande grundstruktur består, dock med en utvecklad närsjukvård enligt utredningens förslag. Detta innebär bland annat att primärvårdens uppdrag och ansvar vidgats, samtidigt som specialiserad akutmedicinsk vård kan erbjudas vid samtliga länets sjukhus.

*Framtidsbild 2* utgår från att primärvården svarar för öppen och sluten vård med undantag för två specialiserade sjukhus i länet. Detta utesluter inte tillgång till även andra specialister för planerad verksamhet inom närsjukvården, sannolikt huvudsakligen i form av distansstöd. All somatisk korttidsvård i kusten bedrivs vid Sunderby sjukhus som blir föremål för en betydande utbyggnad. Motsvarande koncentration sker till ett av sjukhusen i Malmfälten (Malmfältssjukhuset).

Utredningen vill samtidigt betona att det föreslagna arbetet med att ta fram en samlad utvecklingsplan inte får leda till att arbetet med kostnadsänkande åtgärderna i ett kortsiktigt perspektiv fördröjs.

### **18. Unika utmaningar & unika möjligheter**

Hälso- och sjukvården i Norrbotten står på grund av de geografiska och demografiska förutsättningarna inför stora och i förhållande till de flesta landstingen delvis unika utmaningar. Därför är det naturligt att såväl utredningens direktiv som denna slutrapport präglas av hotbilder och problembeskrivningar.

Risken för att det blir en slagsida åt de negativa aspekterna är påtalig. Utredningen vill därför framhålla att situationen också lägger grunden för unika möjligheter – bara utmaningarna kan hanteras på rätt sätt. Ett bra exempel på detta är utredningens tidigare konstaterande att primärvården i Norrbotten har ett uppdrag som på vissa orter inte bara är mer utmanande och krävande – men också mer professionellt stimulerande.

För att utveckla framtidens hälso- och sjukvård och ta vara på länets unika möjligheter har utredningen identifierat sex strategiska utvecklingsområden där insatser är nödvändiga parallellt med att arbetet med kostnadsänkande åtgärder genomförs.

- En långsiktig beskrivning av *primärvårdens framtida uppdrag* och ansvar och hur dess resursbehov ska tillgodoses. Primärvårdens utveckling måste bygga på tydliga vårdprocesser med ett uttalat helhetsperspektiv på patientens samlade behov.
- En utveckling av *landstingets styr- och ersättningssystem* med ett ökat fokus på behov, kvalitet, effektivitet och produktivitet. Ersättningssystemet ska bland annat säkerställa att tillräckliga resurser avsätts för de prioriterade områdena

- Vården av mest sjuka äldre
  - Psykisk ohälsa samt
  - Förebyggande och hälsofrämjande insatser
- Åtgärder för att i *samverkan* med länets kommuner erbjuda ett tryggt omhändertagande och god omvårdnad för inte minst de mest sjuka äldre. För att detta ska vara möjligt krävs ett samarbete över ansvarsgränser som identifierar problemen med såväl över- som underbehandling av dessa patienter.
- Systematisk utveckling av *distansöverbyggande lösningar* till förmån för patienter som behöver hälso- och sjukvården resurser ofta med geografisk närhet med ett betydande behov av trygghet.
- Fortsatt och fördjupat arbete med en mer *flexibel och effektiv användning av personalens kompetens* i beaktande av de utmaningar som kompetensförsörjningen väntas stå inför.
- Ett *brett och öppet prioriteringsarbete* som har till syfte att diskutera det offentliga åtagandets omfattning mot bakgrund av att landstingets intäkter inte växer i samma takt som kostnaderna.

## Källförteckning

- Adopting integrated mainstream telecare services. Lessons from the UK*”; Eurohealth 2009
- A randomized Trial of Telephone Care-Management Strategy*; The New England Journal of Medicine 2010
- Delivering affordable cancer care in high-income countries*; The Lancet Oncology 2011
- Framtidens hälso- och sjukvård; slutrapport*; Stockholms läns landsting, 2011
- Hälsa genom e*; Vinnova rapport 2011:04
- Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*; Socialstyrelsen 2009
- Kommunaliserad hemsjukvård*; SOU 2011:55
- Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre*; OH-bilder från SKL-konferens maj 2011
- Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år*; SOU 2010:48
- Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling*; Socialstyrelsen 2011
- Primärvårdens bidrag till hälso- och sjukvårdens systemeffektivitet*; Socialstyrelsens rapport 1999:19;
- Produktivitet och effektivitet i hälso- och sjukvård*; SKL 2011
- Rätt information vid rätt tillfälle inom vård och omsorg – samverkan utan verkan?*; Riksrevisionens rapport 2011:19
- Telemonitoring in Patients with heart failure*”; The New England Journal of Medicine 2010
- Telemonitoring of structured telephone support programmes for patients with chronic heart failure*; British Medical Journal 2007
- The Care of Patients with Severe Chronic Illness*; The Center for the Evaluative Clinical Sciences, Dartmouth Medical School; 2006
- The future of healthcare in Europe*; The Economist 2011
- Volym och resultat; en inventering av det vetenskapliga underlaget på kirurgins område*; SBU 2011
- Vårdens svåra val*; SOU1995:5
- Översyn av rehabiliteringsverksamheten i Norrbottens läns landsting*; Slutrapport 2011-01-31