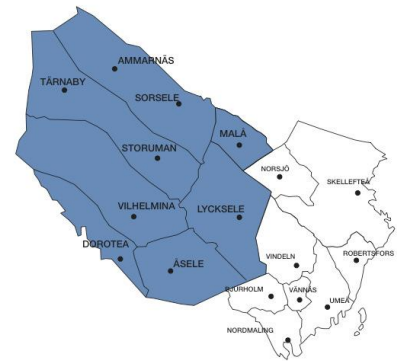


Nämnd för folkhälsa och primärvård i södra Lappland

Underlag inför plan och budget 2019



1 INLEDNING

Huvuduppgiften för nämnden för folkhälsa och primärvård i södra Lappland är att bedöma hälsoläget bland befolkningen i sitt geografiska område. I uppdraget ingår att skatta behovet av primärvård och folkhälsoinsatser samt att föreslå åtgärder som bedöms tillgodose dessa behov. Utifrån dessa bedömningar ska nämnden lämna underlag till landstingsstyrelsen inför fullmäktiges beslut om ny landstingsplan samt fördelning av budget.

1.1 SAMMANFATTNING

Nämnden har i sitt ansvarsområde noterat några utmanande områden i arbetet med att uppnå landstingets vision och målen om god och jämlik hälsa och vård. Nämnden bedömer att nedanstående strategiska punkter är viktiga för Landstingsstyrelsen i sitt arbete med Landstingsplan och budget 2019. Inför bedömningen av befolkningens behov av primärvård har nämnden vägt den inkomna informationen sakligt och därefter tagit ställning till vad som är prioriterat att föra vidare till Landstingsstyrelsen.

I södra Lappland uppvisar befolkningen hög grad av ohälsa med en riskprofil som ser annorlunda ut än i övriga länet. Det medför ett stort behov av väl fungerande primärvård och folkhälsoinsatser med fokus på förebyggande arbete som anpassas efter lokala förhållanden.

1.1.2 Primärvårdsinsatser

Nämnden vill göra landstingsstyrelsen uppmärksam på de svårigheter att säkra resurs- och kompetensförsörjning som man signalerar inom primärvården i nämndens ansvarsområde.

- ➔ Landstinget bör se över vilka andra professioner än Distriktsjuksköterskor som kan hålla i VHU-samtalen samt se till att proverna blir tagna på alla! Samtalen kan prioriteras till de som uppvisar ohälsosamma värden i första hand.
- ➔ Hemrehab av specialisteam med alla kompetenser bör erbjudas till alla strokepatienter i södra Lappland för att uppfylla landstingets långsiktiga mål om likvärdig vård och likvärdig hälsa.
- ➔ Nämnden vill att LTS ser till att utveckla fungerande statistik inom landstinget genom att sökordet "våldsutsatta" blir obligatoriskt i verksamheternas dokumentationssystem.

1.1.3 Folkhälsoinsatser

- ➔ Nämnden vill påtala till landstingsstyrelsen vikten av att utveckla och intensifiera arbetet med fallprevention. Nämnden är medveten om att landstinget inte har det totala ansvaret men ser ett stort behov av ökad samverkan med kommunerna och utvecklade arbetsmetoder. Landstinget måste arbeta för att läkemedelsgenomgångar blir obligatoriska.
- ➔ Nämnden ser ett stort behov av att utveckla teknikanvändandet i specialistvården för att stötta primärvård och andra aktörer samt att minimera antalet onödiga resor till sjukhusen för patienterna
- ➔ Nämnden anser att landstinget i större utsträckning bör stimulera arbetet med lokala folkhälsoinsatser genom incitament och stöd till kommunernas folkhälsoråd.
- ➔ Nämnden anser att landstinget bör informera om och utveckla cytostatikabehandlingen på Lycksele lasarett så att den blir tillgänglig för fler patienter vilket innebär minskat resande och ekonomisk vinst

1.1.4 Övriga insatser

- ➔ Nämnden föreslår att man tillsätter tjänsteperson för att aktivt kunna driva och vara behjälplig vid samverkan med kommunerna i södra Lappland. Nämnden vill i samband med samverkan med kommunerna påtala vikten av lokalkännedom.

- ➔ Nämnden föreslår att man på sjukstugorna i södra Lappland ser över möjligheterna till fler samt till storleken mindre videokonferensrum lämpliga för patientmöten eller mindre sammanträden som ett komplement till nuvarande sammanträdesrum. Man bör även arbeta aktivt för installerandet av fler utrustningar på enskilda datorer för användandet av Cisco meetings för personal.
- ➔ Nämnden ser ett behov att under dagtid kunna utveckla medborgardialogen och ser med nuvarande resurser en begränsning i de möjligheter till nyttjande av videokonferenslokaler som finns inom primärvården.
- ➔ Nämnden föreslår en fördjupad analys av orsakerna bakom den spretande bilden mellan de signaler som kommer från primärvård och kommunerna i nämndens ansvarsområde och de uppgifter som visar att BUP klarar sin verksamhet väl. Nämnden noterar med oro att antalet barn och unga som fått nybesök på BUP i Lycksele minskat drastiskt under ett antal år medan antalet inremisser är rätt stabilt. Nämnden finner det anmärkningsvärt att det inte finns uppgifter på anledning till antalet återremisser.
- ➔ Nämnden ser ett stort behov av att landstinget intensifierar sin rekrytering av tandläkare till länet.

Nämnden vill göra Landstingsstyrelsen uppmärksam på att området södra Lappland spänner över en stor geografisk yta. Det innebär ur ett medborgarperspektiv risk för mindre tid för dialog med ansvariga politiker. Nämnden har under 2017 fortsatt utveckla modellen med dialogmöten via länk för att öka effektiviteten och tillgängligheten vilket har varit mycket uppskattat. För en fortsatt positiv utveckling krävs dock en utveckling av de tekniska förutsättningarna i de lokaler där landstinget bedriver verksamhet.

2. FOLKHÄLSAN I SÖDRA LAPPLAND

Nämnden för folkhälsa och primärvård i södra Lappland kommer att beskriva folkhälsan i området under 2017 i två ben. Det första benet avser de erfarenheter som nämnden gjort under året under sina möten med medborgare och representanter för olika verksamheter i södra Lappland. Det andra benet avser aktuell statistik och rapporter som utifrån valda områden beskriver den aktuella folkhälsan. Nämnden gör utifrån dessa två ben en samlad bedömning och lägger förslag inför landstingsplan och budget 2019.

Inledningsvis presenterar nämnden en bild över befolkningens sammansättning, hur primärvården lyckats med genomförandet av VHU i området och resultaten de visat

2.1. Befolknings- och hälsoprofil

Området södra Lappland omfattar en geografisk yta som är nästan lika stor som hela landet Schweiz. I de sju kommunerna finns det vissa gemensamma nämnare liksom det även finns delar som skiljer dem åt.

2.1.1 Folkhälsans förutsättningar

Till förutsättningarna för en god folkhälsa hör bl.a. en rimlig ekonomisk situation, utbildning och arbete. Ålder har också betydelse för människors hälsa. Människors aktiva engagemang i samhället, mätt t.ex. som valdeltagande, liksom det geografiska områdets utveckling (mätt i form av befolkningstillväxt) är andra förutsättningar som beskrivs nedan med hjälp av de data som folkhälsoenkäten och vissa register ger möjlighet till.

Vi ser att den genomsnittliga åldern varierar mellan de tre folkhälsonämndernas upptagningsområden samt mot riket i stort. En genomsnittlig svensk är 41 år. I Umeå är genomsnittsåldern under 40 år, i Skellefteå är den drygt 43 och i Södra Lappland över 45 år. Dessa, till synes små skillnader, ger dock en betydande skillnad i åldersstrukturen mellan de olika områdena i Västerbotten. Förutsättningarna för en god hälsa varierar således, med de bästa förutsättningarna i Umeå.

Inkomsterna i länet är högst i Skellefteå, och lägst i Södra Lappland. Även om många med hög inkomst bor i Umeå finns samtidigt här en stor grupp studenter som lever på studielån vilket drar ner den totala inkomstnivån. Samtidigt kan vi konstatera att andelen personer som uppstår långvarigt ekonomiskt bistånd är lägst i södra Lapplands kommuner som har den lägsta inkomstnivån i länet. Andelen med ekonomiskt bistånd är dock genomgående lägre i Västerbotten än i Sverige som helhet.

Utbildningsnivå är också god i länet. Genomgående har fler slutfört gymnasiestudier i länets olika delar än i Sverige totalt. Siffran är lägst i Umeå området och högst i Södra Lappland.

Möjligheterna till ett arbete mäts delvis i måtten på långtidsarbetslöshet och, bland ungdomar, de som varken arbetar eller studerar. Vi kan konstatera att Västerbotten inte ligger sämre till än riket i stort och att Umeå ligger bäst till både vad gäller långtidsarbetslöshet och ungdomar som inte arbetar eller studerar.

Valdeltagandet kan ses som ett uttryck för människors samhällsengagemang, och både i Umeå och i Skellefteå ligger valdeltagandet högre än i riket som helhet. I södra Lappland ligger valdeltagandet sämre än i övriga länet och i riket i stort.

Då det gäller befolkningsutvecklingen så går Umeåområdet starkt framåt, medan ökningen är mer blygsam i Skellefteå. Södra Lappland visar i stort sett ingen förändring alls.

2.1.2 Faktorer som påverkar hälsan

Rökning utgör fortfarande, trots att allt färre röker, den viktigaste åtgärdbara orsaken till förtidig död i Sverige. Västerbotten ligger här bättre till än resten av Sverige. Södra Lappland ligger närmast rikssiffrorna och har också samma mönster där kvinnor röker i större utsträckning än männen. I både Skellefteå och Umeå är mönstret det omvända – kvinnorna har lägre rökfrekvens än männen. Bland kvinnorna i Umeå är det bara hälften så många rökare som i Sverige totalt.

Då det gäller riskkonsumtion av alkohol ligger Umeå i nivå med rikssiffrorna. Det som sticker ut är kvinnorna i Skellefteå vars konsumtion ligger i nivå med männens och också är högre än i riket totalt. I södra Lappland ligger kvinnorna under länet i stort medan männen i södra Lappland har angett en konsumtion som ligger mitt emellan konsumtionen hos män i Skellefteåområdet och Umeåområdet.

Intag av frukt och grönsaker visar på stora skillnader mellan kvinnor och män. Generellt tycks de som når upp till ett rekommenderat intag bara vara hälften så stort bland männen som bland kvinnorna. Det förhållandet gäller även när södra Lappland bryts ut. Kvinnorna i området har ett intag som är lägre än länet i övrigt samt riket. Männen i södra Lappland ligger i stort sätt på samma nivå som riket i stort. Männen i Skellefteå tycks ha det lägsta intaget av frukt och grönt i länet.

Då det gäller fysisk aktivitet är det framför allt kvinnor i Skellefteå och Södra Lappland som har något lägre värden. Gällande männen i södra Lappland ligger de högre i fysisk aktivitet än männen i Umeå och lägre än männen i Skellefteå och samtliga män i riket. Som fysisk aktivitet definieras rörelse/träning mer än trettio minuter per dag.

I södra Lappland är andelen i befolkningen som är drabbade av fetma högre i båda könen än både i länet och i riket som helhet. Med undantag av männen i Umeå är andelen feta högre i alla grupper i Västerbotten jämfört med riket i stort.

Hälsan, som man själv uppskattar den, ligger i Umeå ungefär på riksnivån, medan både kvinnor och män i Skellefteå och Södra Lappland skattar den som något lägre.

Tandhälsan är däremot minst lika god i länet som i landet som helhet. Särskilt kvinnorna i Skellefteå utmärker sig för god tandhälsa.

Att inte lita på andra människor, vilket ibland kallas för brist på "socialt kapital", är mindre vanligt i Västerbotten än i riket. Bland kvinnor i Skellefteå är det bara 15 procent som inte litar på andra, medan den siffran är över 25 procent i hela landet. I södra Lappland uppgår måttet ej tillit till andra till ca 24 procent hos både kvinnor och män.

Det goda sociala kapitalet kan möjligen vara en förklaring till att den psykiska hälsan överlag är god i Västerbotten jämfört med hela Sverige. Det är bara i Umeå man tangerar (eller för männens del överskrider) riksvärdet. Samma mönster går igenom då vi ser på regelbundet intag av lugnande läkemedel. Det är dock påfallande att andelen med regelbundet intag av lugnande medel är större än andelen som uppger nedsatt psykiskt välbefinnande. Det är nästan dubbelt så många som äter dessa läkemedel jämfört med de som har psykiska besvär, och det är oklart hur detta ska tolkas.

Fallskador bland äldre (här mätt i sjukhusinläggningar per 100 000 invånare över 65 år och äldre under ett år) är klart högre i Västerbotten än i riket. Skillnaderna är störst bland kvinnor. Flera undersökningar har försökt kasta ljus över orsakerna utan att man har kunnat finna några säkra förklaringar. En tänkbar mekanism är att fler äldre i Västerbotten än i riket i stort äter mediciner som påverkar balansförmågan. (se mer information i Underlag inför plan och budget 2018, Nämnd för folkhälsa och primärvård i södra Lappland)

Medellivslängden kan sägas vara ett slags sammanfattande mått på de sjukdomar och skador som leder till döden. Umeå ligger på samma nivå gällande medellivslängd i båda könen som riket i stort, medan medellivslängden för kvinnor i Skellefteå och Södra Lappland är något lägre. Lägst är den för män i Södra Lappland där den är ungefär två år kortare än i resten av landet. Två år är i detta sammanhang en betydande skillnad. Till skillnad mot många andra mått i den här presentationen påverkas inte medellivslängden av åldersstrukturen i nämndernas områden. Att både kvinnor och män i Södra Lappland har en kortare medellivslängd beror inte på att detta område har en högre genomsnittsålder, utan orsaken måste sökas i andra förhållanden – bland annat de förutsättningar och faktorer som påverkar hälsan (t.ex. rökning) som tidigare presenterats.

2.2 Västerbottens hälsoundersökningar

Nämnden har under året tagit del av de nya resultaten från 2016 års VHU samt resultaten från VHU 31½.

Nämnden kan konstatera att fetma redan vid genomförda VHU i yngre ålder är alarmerande både för kvinnor och män i södra Lappland. Resultaten från VHU 31½ är visserligen baserade på endast tre kommuner, varav två i södra Lappland (Sorsele och Malå), men om de är överensstämmande med utvecklingen i övriga området är det oroväckande.

Av deltagarna i VHU 31½ bedöms 22 % av männen och nästan 18 % av kvinnorna i de tre kommunerna lida av fetma. Männen hade ett BMI på 26,9 och kvinnorna i snitt 25,6.

I VHU för 40-åringar i 2016 års resultat ligger männen i inlandet på ett BMI på 28,5 jämfört med 26,5 i länet i stort. Kurvan har ökat brant sedan 1991 och har inte avstannat. De 40-åriga kvinnorna har i snitt ett BMI på 27. Kurvan tycks dock för kvinnorna ha planat ut något även om det kan vara svårt att dra lågtgående slutsatser över tid.

För 50-åringarna ligger BMI på 27,8 och för 60-åringarna 27,4 för kvinnorna. Hos män 50 år ligger BMI på 28,5 och för män 60 år på 28,9 i södra Lappland.

I alla åldersgrupper och båda könen har BMI stigit sedan mätningarna började 1991. Undantaget är kvinnor i 60-årsåldern som ligger på samma nivå (27,4) nu som då.

I övrigt när gällande VHU 2016 är det fler män i 40-årsåldern som uppvisar hypertoni i södra Lappland jämfört med resten av länet. Det är också dramatiskt fler än vid förra sammanställningen av VHU (2013 – 2015). Alkoholkonsumtionen är fortsatt lägre än jämförelsegruppen in länet.

Hos kvinnor 40 år i södra Lappland har diabetes ökat markant i jämförelse med 40-åriga kvinnor i området vid förra sammanställningen och med länet i övrigt. Vidare anger kvinnorna lågt socialt stöd, skattar sin egen hälsa som låg i högre utsträckning än i övriga länet samt ser man även hos kvinnorna en högre andel med hypertoni.

Hos 50-åriga män sticker alkohol, tobak och fetma ut från resten av länet. Den livsstilsrelaterade faktor som skiljer sig mest är rökning. I kapitlet ovan ligger männen i södra Lappland mitt emellan konsumtionen i Skellefteå- och Umeåområdet. Det är när vi plockat ut gruppen 50-åriga män som siffrorna blir annorlunda

Bland 50-åriga kvinnor i området lider betydligt fler av diabetes och även hypertoni ligger högre än länet i övrigt. Kvinnorna skattar i högre utsträckning sin hälsa som lägre och med mindre socialt stöd än i övriga länet. Fetma och rökning hittas fortfarande hos en högre andel och de som anger hjärtsjukdom i släkten är fler än i resten av Västerbotten.

Kvinnor i och män i 60-årsåldern röker i större utsträckning än övriga länet och männen lider mer av hypertoni. Fler kvinnor lider av diabetes än i Västerbotten i stort. Kvinnor i VHU 60 år anger att de upplever lägre socialt stöd än kvinnor i övriga delar av länet.¹

2.2.1 Antalet genomförda VHU i Västerbotten 2017

Nämnden kan konstatera att samtliga av södra Lapplands hälsocentraler med undantag för Stenbergsska hälsocentral i Lycksele, ligger över snittet i Västerbotten gällande andelen genomförda VHU:er.²

Tabell 1. Antal genomförda VHU totalt i länet under 2015 – 2017. Källa: controller ekonomistaben VLL

Årtal	Totalt aktuella	Totalt utförda	Andel utförda i procent
2015	9893	6093	61,59
2016	9768	5754	58,91
2017	9789	5463	55,81

Nämnden har under året fått information som kan tyda på att problem med genomförandet av VHU för hälsocentralerna kan bero att de har brist på sjuksköterskor.

Nämnden ser med oro på att antalet genomförda VHU sjunker i länet. Som förebyggande insats för folkhälsan har Västerbottens hälsoundersökningar varit mycket lyckade och att endast drygt hälften av de som omfattas av insatsen erhåller den ser nämnden som mycket allvarligt.

2.3 Psykisk hälsa

Primärvården i södra Lappland står inför stora utmaningar gällande rekrytering av i stort sett alla kompetenser. Det är i dagsläget ett av de stora bekymren gällande medborgarnas möjligheter till en god och likvärdig vård.

Enligt den presentation kring primärvårdens utmaningar och möjligheter som hölls under ett av nämndens dialogmöten under verksamhetsåret 2016, har den psykiska hälsan blivit sämre i länet. Den bilden bekräftas vid nämndens dialoger med verksamhetsrepresentanter i primärvård och kommuner i södra Lappland under 2017. Det har lett till ett ökat behov av psykologer, kuratorer och andra kompetenser med kunskaper om insatser och behandling av psykisk ohälsa.³

Enligt folkhälsoenhetens sammanställning ovan under rubriken 2.1.2 faktorer som påverkar hälsan, skattar befolkningen i Västerbotten sin psykiska hälsa högre än rikssnittet. Samtidigt är det dubbelt så många som regelbundet intar lugnande medicin som de som skattar sitt psykiska välbefinnande lågt. Nämnden noterar att antalet besök hos psykosocial kompetens i primärvården i södra Lappland ökat markant under 2017 på de flesta hälsocentraler.

¹ Västerbottens hälsoundersökningar 2016

² Controller, ekonomistaben Västerbottens läns landsting

³ Verksamhetsutvecklare landstingsdrivna Primärvården VLL, Dialogmöte 160525

Tabell 2. Antal besök hos psykosocial profession primärvård Källa: Controller ekonomistaben VLL

Hälsocentral Sjukstuga	Kurator 2016	Kurator 2017	PTP psykolog 2016	PTP psykolog 2017	Psykolog 2016	Psykolog 2017
Vilhelmina	421	597	-	-	-	-
Åsele	272	356	-	-	-	-
Dorotea	133	214	-	-		
Malå	213	302	-	-	219	271
Storuman	207	205	-	-	40	-
Stenbergiska	648	479	-	295	-	-
Sorsele	423	326	-	-	129	131

Nämnden kan konstatera att på alla hälsocentraler/sjukstugor utom Storuman och Sorsele har besöken hos psykosocial kompetens ökat från 2016 till 2017. I Dorotea har besöken hos kurator ökat med 61 procent följt av Vilhelmina och Malå där besöken har ökat med 42 procent. Det är endast två sjukstugor/hälsocentraler, Malå och Sorsele, som erbjuder psykolog samt Lycksele som har en PTP-psykolog. Storuman förlorade sin psykologkompetens verksamhetsåret 2017. Åsele och Dorotea delar kuratorresurs.

Tabell 3. Antal tjänster omräknat till heltid psykosociala professioner. Källa: controller ekonomistaben VLL

Hälsocentral Sjukstuga	Kurator 2016	Kurator 2017	PTP psykolog 2016	PTP psykolog 2017	Psykolog 2016	Psykolog 2017
Vilhelmina	1,06	1,75	-	-	-	-
Åsele	1,67	1,08	-	-	-	-
Dorotea	-	-	-	-	-	-
Malå	1	1	-	-	1	1
Storuman	0,46	0,5	-	-	-	-
Stenbergiska	2,82	2,9	-	1	-	-
Sorsele	0,67	0,8	-	-	-	-

2.3.1 Psykisk hälsa i glesbygd – temadag februari 2017

Nämnden genomförde under 2017 en dialogdag tillsammans med region Västerbotten. Till mötet var representanter för kommunerna, primärvården i södra Lappland, vuxenpsykiatrien samt de personliga ombuden i området inbjudna. Syftet var att identifiera behov i arbete med den psykiska ohälsan i området för att tillsammans ge förslag på förbättringar. Dagen var mycket välbesökt och många förslag på förbättringar blev resultatet.

Deltagarna efterlyser mer samverkan mellan kommuner och landsting men också mellan primärvård och psykiatri. Man vill se en tillgängligare specialistvård. Det gäller både i direkt patientarbete med också för konsultation från personal som jobbar i primärvård, skolan och socialtjänst. Man är mycket positiv till utökat användande av teknik för att möta de behov som finns.

2.3.2 Psykisk hälsa bland barn och unga i södra Lappland

Nämnden beslutade för verksamhetsåret 2017 att rikta de visionspengar som nämnden förfogar över till projekt som arbetar förebyggande för barn och ungas psykiska hälsa. Nämnden annonserade i de lokala annonsbladen och 21 ansökningar kom in. Nämnden valde att bevilja medel till 3 projekt: Missionskyrkan i Storuman beviljades 30 000kr för projekt som syftar till fritidsaktiviteter i en stressfri miljö. Tjejjouren Lycksele beviljades 20 000 kr till del av ansökan som syftar till utåtriktad verksamhet och fortbildning av jourtjejer. Studieförbundet vuxenskolan i Vilhelmina beviljades 10 000kr till sitt projekt Ungdomsteater.

Under året har nämnden träffat verksamhetsrepresentanter för primärvården och socialtjänsten i kommunerna. Frågan kring samarbetet med barn och ungas psykiska hälsa har lyfts på alla orter. Nämnden har från samtliga representanter fått signaler om att samarbetet mellan skola, primärvård och BUP inte fungerar väl. Det som särskilt lyfts fram är antalet återremisser från BUP.

2.3.2.1 Antal besök 0 – 19 år hos kurator, psykolog eller psykoterapeut i primärvården i södra Lappland under 2016 samt 2017

Hälsocentralerna har det primära ansvaret för bedömning och behandling av psykisk ohälsa. Det gäller för alla åldersgrupper. Barn och unga är en grupp som särskilt ska beaktas.⁴ I åldersgruppen 0 – 19 år. Endast två hälsocentraler kan erbjuda psykologhjälp samt erbjuder en hälsocentral PTP-psykolog.

Tabell 4. Antal besök 0 – 19 år hos kurator och psykolog i primärvården 2016 och 2017⁵

År	Antal besök	Förändring
2016	441	
2017	553	+25%

Antalet besök hos kurator och psykolog i primärvården i södra Lappland har ökat med 25 % mellan 2016 och 2017. I den ökningen ingår även besök till ungdomsmottagningen i Lycksele på Stenbergsska.

2.3.2.2 Antal inremisser och nybesök BUP 2015 - 2017

I tabellen nedan redovisas antalet unika remisser till BUP och hur många unika patienter det avser utifrån inremiss-modellen. Antalet inremisser innehåller samtliga remisser, även återremisser. Kolumnen för nybesök avser hur många faktiskt genomförda nybesök unika patienter som kliniken har haft under året. En patient kan ha blivit erbjuden ett nybesök men inte kommit. Dessa ingår inte i siffrorna. Det som redovisas handlar om genomförda nybesök.

Tidsintervallet är valt mellan 2015 – 2017 då remisstvänet till barn- och ungdomspsykiatrien infördes 2014. Därmed ändrades förutsättningarna för patienternas ingång till vård hos BUP.

Tabell 5 Antal inremisser och antal förstebesök BUP Västerbotten 2015 – 2017⁶

År	Antal inremisser	Unika patienter	Nybesök unika patienter	Unika patienter nybesök/inremiss %
2015	1618	1315	955	73 %
2016	1714	1284	893	70 %

⁴ Hälsöval Västerbotten

⁵ Källa: Controller, Ekonomistaben Västerbottens läns landsting

⁶ Källa: Controller, Ekonomistaben Västerbottens läns landsting

2017	1683	1256	815	65 %
------	------	------	-----	------

Tabell 6 Antal inremisser och antalet förstabetesök BUP fördelat på mottagningar i Västerbotten 2015

År 2015 uppdelat på ort	Antal inremisser	Unika patienter	Nybesök unika patienter	Unika patienter nybesök/inremiss %
Umeå	820	665	442	66 %
Lycksele	247	224	184	82 %
Skellefteå	551	444	334	75 %
TOTALT	1618	1315	955	73 %

Tabell 7 Antal inremisser och antalet förstabetesök BUP fördelat på mottagningar i Västerbotten 2016

År 2016 uppdelat på ort	Antal inremisser	Unika patienter	Nybesök unika patienter	Unika patienter nybesök/inremiss %
Umeå	925	684	415	61 %
Lycksele	262	206	149	72 %
Skellefteå	527	416	333	80 %
TOTALT	1714	1284	893	70%

Tabell 8 Antal inremisser och antalet förstabetesök BUP fördelat på mottagningar i Västerbotten 2017

År 2017 uppdelat på ort	Antal inremisser	Unika patienter	Nybesök unika patienter	Unika patienter nybesök/inremiss %
Umeå	883	649	407	63 %
Lycksele	254	206	127	62 %
Skellefteå	546	427	285	67 %
TOTALT	1683	1256	815	65 %

Siffrorna i tabell 5 visar att antalet inremisser till BUP i länet i stort har ökat något de senaste två åren. När det gäller unika individer ligger dock antalet rätt stabilt under perioden.

Antalet nybesök på BUP unika patienter sjunker under samma period. Antalet barn och unga som efter remiss från första linjen fått komma på nybesök till BUP i Västerbotten har minskat från 73 % 2015 till 65 % 2017. I södra Lappland har utvecklingen varit mer dramatisk än i länet i övrigt. Siffrorna visar en minskning av antalet barn och unga som får komma på ett första besök efter bedömning och remiss från primärvård och skola från 82 % 2015 till 62 % 2017 (tabell 6,7,8).

Efter kontakt med verksamhetschef har nämnden fått information att det inte är möjligt att ta fram statistik eller uppgifter på orsak till återremiss.

I de senaste redovisade resultaten från verksamheten ser man att BUP i Lycksele klarar sina uppdrag väl och har så gjort under de senaste åren. Måluppfyllelsen är bättre än i övriga länet. Mottagningen vid BUP i Lycksele har vid de senaste två redovisade mättillfällena (senaste redovisning december 2017) uppnått målet om genomförda förstabetesök inom 90 dagar med 100 %. Värdet i hela Västerbotten ligger på 90,5 % och för riket är siffran 97,6 %.⁷

2.4 Våld i nära relation

Nämnden har under året haft fokus på våld i nära relation med hänvisning till det uppdrag som fullmäktige gett bland andra nämnderna för folkhälsa och primärvård i Landstingsplan för 2017. Uppdraget var att utveckla vården för våldsutsatta vad gäller psykiskt, fysiskt och sexuellt våld. Nämnden valde att under 2017 föra dialog med primärvård kring implementering av landstingets vårdprogram för våldsutsatta. Nämnden har också valt att bredda uppdraget för att kartlägga andra myndigheters bild av läget i området.

2.4.1 Polisen och akutsjukvården i södra Lappland

När det gäller anmälda brott i nära relation, så ser kurvan ut att, efter några års nedgång, efter 2015 ha vänt uppåt igen. Vissa förklaringar kan ligga i att man gjort om vissa brottskoder. Ett sådant exempel är olaga hot mot kvinna. Det är ett brott som ser ut att öka. Om det nu är en faktisk ökning,

⁷ Vården i siffror – Sveriges kommuner och landsting (data från 180301)

eller en ökad anmälningsbenägenhet vet man inte, men polisen uppmärksammar detta på ett annat sätt idag än tidigare. Polisen konstaterar att unga tjejer känner sig otrygga idag. Det gäller företrädesvis utomhus. De flesta brotten mot kvinnor sker dock inomhus av någon som kvinnan känner.

När polisen analyserar data kring våld mot närstående skiljer man inte specifikt ut det sexuella våldet mot kvinnor huruvida det ökat eller inte. Alla de brottskoder som rör sexuellt våld ligger under klustret "brott i nära relation". Styrkan med ett litet polisområde är just litenheten och att man snabbt märker av tendenser. Utredare i södra Lapplands signalerar inga kraftiga ökning kring det sexuella våldet, men vi ser i statistiken att trenden visar en ökning från tidigare år när det gäller brott mot kvinnor. Polisen ser en stor utmaning i att preventionsmässigt och effektivt kunna hantera denna problembild. Siffror från Brottsförebyggande rådet bekräftar också att det nationellt verkar som att polisanmälda brott mot kvinnor ökar (i varierad omfattning) generellt. Se nedan tabell 9.⁸

Polisen uppfattar inte prostitution och människohandel som ett stort problem i södra Lappland.

Medarbetarna inom Akutsjukvården i upplever ingen ökning av vare sig hotfulla situationer eller tecken på sexuellt våld på unga kvinnor i södra Lappland.⁹

2.4.2 Antalet anmälda brott våld i nära relation enligt Brottsförebyggande rådet i kommunerna i södra Lappland 2017.

Brottsförebyggande rådet redovisar årligen sin brottsstatistik. Nämnden har valt att presentera antalet anmälda våldsbrott, statistik för kvinnofridsbrott samt under statistiken för sexbrott redovisat på antalet brott anmälda som våldtäkt, sexuellt tvång och ofredande för 2017 i södra Lapplands kommuner.

Tabell 9. Källa Brottsförebyggande rådet

Kommun	Antal anmälda Kvinnofridsbrott	Sexbrott (våldtäkt (V), ofredande (O), sexuellt tvång (ST))
Dorotea	0	4 (V)
Lycksele	3	21 (V=10, O=10, ST 1)
Malå	0	5 (V)
Sorsele	0	1 (O)
Storuman	0	9 (V=2, O=6, ST=1)
Vilhelmina	2	11 (V=5, O=5, ST=1)
Åsele	2	4 (V=2, O=2)

2.4.3 Primärvårdens i södra Lapplands arbete med våldsutsatta

Efter dialog med primärvård och representanter i kommunernas socialtjänst under året 2017 kan nämnden dra slutsatsen att det ser mycket olika ut i arbetet med våld i nära relation på hälsocentralerna och i kommunerna. De flesta hälsocentraler har påbörjat implementering av vårdprogrammet och påbörjat utbildning av sin personal.

De som jobbar aktivt signalerar att de uppfattar arbetet som mycket viktigt och att man lärt sig mycket under resans gång. Man vittnar om att personalen blir tryggare och att man vågar fråga patienter i större utsträckning. Flertalet av hälsocentralerna ingår också i samverkan med andra samhällsaktörer som polis och socialtjänst i arbete med våld i nära relation. Alla representanter både i kommun och inom primärvården signalerar att de behöver fortsatt fokus och kunskap i frågan.¹⁰

En viktig del av arbetet i vården med våld i nära relation är dokumentation och möjligheten att säkra statistik kring förekomst inför fortsatta politiska beslut och prioriteringar. Inom VLL i dokumentationssystemet System cross finns ett sökord om heter "våldsutsatt". Nämnden erfar att det inom primärvården endast är två hälsocentraler i länet som laddat hem och använder sig av sökordet.

⁸ Polisen södra Lappland december 2017

⁹ Verksamhetschef akutsjukvården VLL december 2017

¹⁰ Anteckningar från nämndens sammanträden 2017

Enligt landstingets jämställdhetsstrateg är det upp till varje verksamhetschef att besluta om sökordet ska implementeras i respektive verksamhet.

Det är sedan de lokalt systemansvariga (LSA) på varje enhet som ser till att anteckningstypen laddas hem. Detta sökord är avgörande för att "diagnosen" blir sökbar och möjliggör därmed för landstinget att säkra statistiska underlag inför kommande prioriteringar i verksamheterna.¹¹

3 ÄLDREHÄLSOVÅRDEN

Med en allt större andel av befolkningen som blir äldre är det viktigt för landstinget att arbeta aktivt för att utveckla vården för den äldre målgruppen. Det är också bland den äldre befolkningen som man konsumerar mest vård. Här blir förebyggande insatser mycket viktiga samt insatser som förhindrar återinsjuknande.

3.1. Äldrehälsovården i primärvården i södra Lappland

Nämnden har under verksamhetsåret 2017 haft ett riktat uppdrag från Fullmäktige att utveckla äldrehälsovården i primärvården. Nämnden har tillsammans med övriga två nämnder för folkhälsa och primärvård jobbat med en enkät i ämnet för att mäta hur medborgare ser på äldrehälsovården i Västerbotten. Resultatet redovisas nedan.

Nämnden har också valt att i möte med primärvården och kommunernas ansvariga för äldrehälsovården ställa frågor om möjligheter och utmaningar. Många hälsocentraler/sjukstugor och kommunens verksamheter berättar om likande utmaningar vilket också redovisas nedan.

3.1.1 Äldreenkäten

Vi har en åldrande befolkning vilket ger en ökad risk för en eller flera sjukdomar. Antalet personer som är multisjuka blir fler. Med utgångspunkt i detta har en enkät getts ut till äldre personer i Västerbotten för att se hur de upplever primärvården.

Majoriteten av de svarande i södra Lappland, både kvinnorna och männen, har upplevt ett "mycket gott" eller "gott" bemötande. Väldigt få hade fått ett bemötande som var sådär och ingen har fått ett dåligt bemötande.

Med små marginaler är det lite fler som oftare får träffa samma vårdpersonal än de som inte får träffa samma vårdpersonal. Männen upplever till större del än kvinnorna att de får träffa samma personer vid sina vårdkontakter. Majoriteten, drygt hälften av både kvinnorna och männen upplever att de får tillräckligt med utrymme för samtliga vårdfrågor. Det är dock liten fler män än kvinnor som upplever tillräckligt med utrymme. Drygt var åttonde person av de svarande i södra Lappland vill att hälso- och sjukvården ska utvecklas så att de får träffa samma läkare/sköterska.

Nästan hälften av de svarande tycker att det ska bli lättare att komma i kontakt med hälsocentralerna. Nästan var tredje person tycker att det borde finnas drop in-tider. Bara drygt var tionde person uttryckte att hembesök skulle vara en bra utveckling av vården. Gällande dessa förslag fanns det inga skillnader mellan hur kvinnorna och männen tyckte.

När de svarande fick komma med egna förbättringsförslag ville de främst att tillgängligheten skulle öka, till exempel genom kvällsöppet och att uppringningsfunktionen skulle förenklas. De önskade även att det skulle finnas tidsbokning via webben, kortare väntetider och mer avsatt tid för varje besök för de äldre.

När enkäten skiljer ut dem över 65 år blir resultaten nästan desamma men det skiljer sig något från sammanställningen där alla ingår.

På frågan om vad som kunde utvecklas i hälso- och sjukvården blev det ytterst små förändringar.

- lite större andel som ville träffa samma läkare/sjuksköterska vid besöken
- det var även lite större andel som ville ha drop-in tider

¹¹ Jämställdhetsstrateg Folkhälsoenheten VLL.

- det var färre som ville ha hembesök.

På frågan om de hade hört talas om vård på distans var det *lite* färre som hört talas om det.

3.2.2 Frågor till verksamheterna kring förbättringar i äldreomsorgen i Västerbotten

Flera hälsocentraler och kommuner tycker att de behöver utveckla arbetet med samordnade vårdplaner.

Ett problem i satsningen på att utbilda fler undersköterskor i olika snabbspår är att skillnaden mellan kommun- och landstingsstyrd verksamhet (omsorg kontra vård) resulterar i att en undersköterska oftast inte är anställningsbar hos båda huvudmännen. Man signalerar från både kommunerna och primärvården att det behövs en satsning på kompetensutveckling för undersköterskor som gör dem anställningsbara i både vård och omsorg. Detta bör nödvändigtvis vara en del av kompetensutbildningsplanen för inlandet. Man ser behov av ett samtal kring Vård och omsorgscollege så att det inte tappas bort i nya regionalkommunen.

Flertalet sjukstugor/hälsocentraler tycker att VHU även bör erbjudas 70-åringar.

Många upplever att man skulle behöva mer samverkan mellan kommun och landsting i förebyggande insatser kring fallskador. I Vilhelmina håller man på att upprätta ett samarbete kring förebyggande äldrevård. De riktar sig till personer som bor hemma. Tanken är att man ska fånga upp dem i ett tidigt skede och genom tillsammans bedöma om det finns insatser att göra i hemmet. Detta kan vara en modell där förebyggande arbete kring fallskador kan ingå.

Såväl kommunernas verksamheter som primärvårdens representanter tycker att Landstinget har ofta har svårigheter med att samordna patienter för samma transport sjukresor samt att samordna olika besök för en patient till en och samma resa. För patienten tar resa fram och tillbaka och besök hos specialist ofta hela dagen. Man önskar att läkare skulle kunna åka ut och att patienter bokas in på hälsocentralen under en hel dag. Man upplever att då avstånden är långa att det finns äldre personer som avstår nödvändiga besök hos specialist av den anledningen. Många patienter måste åka till Lycksele för undersökningar som borde kunna göras på plats på den egna hälsocentralen. Korta och relativt enkla. Det utgör också en kostnad för kommunen som ibland behöver ordna med följeslagare.

Alla verksamhetsrepresentanter som nämnden träffat är positiva till digitala lösningar och önskar att fler specialister och specialistverksamheter ska göras tillgängliga genom modern teknik.

3.3 Stroke

Nämnden för folkhälsa och primärvård i södra Lappland har under 2017 valt att kartlägga strokerehabiliteringen i Västerbottens läns landsting med ett fokus på fullmäktiges inriktningsmål om god och jämlik vård.

Nämnden har haft ett dialogmöte riktat till patientföreningar på temat stroke och strokerehabilitering. Nämnden har också ställt frågor kring strokerehabilitering i primärvården/hemsjukvården till de verksamhetsrepresentanter som nämnden träffat under året vid sina sammanträden i kommunerna i södra Lappland.

Stroke är en av de stora folksjukdomarna. Varje år drabbas runt 30 000 personer i Sverige. Stroke är den tredje vanligaste dödsorsaken efter hjärtinfarkt och cancer och är den somatiska sjukdom som svarar för flest vård dagar på sjukhus.

Var femte man och var sjätte kvinna drabbats någon gång i livet av en stroke. Medelåldern vid insjuknandet är i snitt fem år lägre för män än för kvinnor. Kvinnors insjuknande är dock allvarligare än männens. Kvinnor är i högre utsträckning medvetandesänkta vid ankomst till sjukhus, dessutom har kvinnor mer ogynnsamma villkor före insjuknandet. Detta hänger delvis samman med att de är äldre än männen när de insjuknar

Sedan 1995 har både dödlighet och risken för att insjukna i stroke minskat. Störst först positiv förändring ser vi bland männen som nu närmar sig kvinnors lägre nivå. Förstagångsinsjuknandena i

stroke har minskat i befolkningen i stort. Bland kvinnor i förvärsarbetande åldrar ses ingen minskning under den senaste tjuogaårsperioden. Bland yngre medelålders personer av båda könen (35 – 44 år) ses istället en viss ökning på nationell nivå. Förändringen är tydligast bland kvinnor med kort utbildning.

Vård i akutfasen ska bedrivas på särskilda strokeenheter med multidisciplinära team som har till uppgift att tidigt mobilisera och rehabilitera patienten. Det finns ett starkt kunskapsunderlag för att det bland annat minskar dödlighet, det personliga beroendet och behovet av institutionsboende.¹²

3.3.1 Stroke i södra Lappland

I Västerbotten insjuknar varje år något större andel av befolkningen i stroke än i riket i stort. 1340 personer per 100 000 i Västerbotten mot 1301 personer per 100 000 i riket. Antalet patienter som insjuknar i stroke i södra Lappland har legat stabilt de senaste åren. Från 2014 – 2017 varierar det mellan strax under hundra till hundratrettio.

Tabell 10. Antalet vårdtillfällen stroke/rehab Lycksele lasarett 2017

Vårdtillfällen	Vård dagar I/U=2	Antal patienter	Medel vårdtid	Snittålder
137	1352	130	8,93	76,4

Antalet vårdtillfällen skiljer sig från antalet patienter då en och samma person kan insjukna igen och därmed återinläggas. Antalet vårdtillfällen är därför högre än antalet patienter.

Tabell 11. Antal patienter insjuknade i stroke 2017 sorterat på kön samt kommunvis

Åldersgrupp	Kön	Totalt	Dorotea	Lycksele	Malå	Sorsele	Storuman	Vilhelmina	Åsele
Totaler	Antal patienter	130	7	45	11	7	22	13	13
50-54	Kvinna	2	1					1	
55-59	Kvinna	1							
60-64	Kvinna	1		1					
65-69	Kvinna	3		1	1				1
70-74	Kvinna	13	1	5	1	2	3		1
75-79	Kvinna	8	1	2	1		3		1
80-84	Kvinna	9		5			3	1	1
85-89	Kvinna	9		5			1		1
90-94	Kvinna	6		2			1		2
45-49	Man	1		1					
55-59	Man	4		2			1		1
60-64	Man	6		3			2	2	
65-69	Man	8	1	1		1	1	3	1
70-74	Man	13	1	4		1	1	2	
75-79	Man	16	1	3	1	1	1	3	3
80-84	Man	21		7	3	2	5	1	1
85-89	Man	8	1	2	3				
90-94	Man	1		1					

Controller, ekonomistaben VLL 180301

Tid till trombolysbehandling är i snitt 30,5 min i Västerbotten och 38 minuter i riket i stort. Tiden som redovisas är från när patienten kommer in till sjukhuset.

I Västerbotten vårdas man på strokeenhet i något högre utsträckning än i riket i stort. Det är önskvärt att värdet högt och i Västerbotten får 97 % av alla som insjuknar i stroke sin vård på strokeenhet. I riket ligger siffran på 93 %. I södra Lappland får alla patienter (100%) som insjuknar i stroke vård på strokeenhet. Till strokeenhet räknas även vård vid intensivvårdsavdelning.

¹² (O)jämfästhet i hälsa och vård – Rapport Sveriges kommuner och landsting (2014)

Västerbotten står sig bra även om man tittar på direktinläggning vid strokeenhet mot övriga landet. I Västerbotten är det 88 % som läggs in direkt på strokeenhet mot 80 % i riket. I södra Lappland får 94 % av de som insjuknar direktinläggning på strokeenhet.

Tittar man på nedsatt funktionsförmåga efter stroke ligger patienter i södra Lappland något sämre till än resten av Västerbotten och riket som helhet även om skillnaderna i procent är små.¹³

Då befolkningsunderlaget och därmed antalet patienter är förhållandevis litet i södra Lappland är det svårt att dra slutsatser om stroke ökar i lägre åldrar eller annat som kan vara intressant att titta specifikt på, därtill är det statistiska underlaget för litet. Se tabell 11 ovan.

3.3.2. Strokerehabilitering i Västerbotten – en översikt

På alla tre sjukhus i Västerbotten finns stroke- och rehabiliteringsavdelningar. Till avdelningarna är rehabiliteringsteam med specialistkompetenser knutna.

Patienter som insjuknar i stroke i Umeåområdet och Skellefteå/Norsjöområdet erbjuds om behov finns hemrehab utfört av hemrehabteam efter utskrivning från sjukhuset. Hur länge och ofta den träningen sker är individualiserat och behovsprövat. I Umeå är antalet patienter per team ca 100/år. I teamen ingår läkare, fysioterapeut, arbetsterapeut, logoped, sjuksköterska och kurator.

I Södra Lappland skrivs patienterna ut till hemmet, särskilt boende eller sjukstuga efter vårdtiden på strokeenheten är avslutad. Det är primärvården eller kommunen som tar över ansvaret för patienten och därmed också den fortsatta rehabiliteringen då hemrehab hittills inte funnits i området. Patienterna kallas för uppföljande bedömning av sjuksköterska på strokeenheten på lasarettet efter en månad. Om behov finns träffar patienten vid tillfället även sjukgymnast och/eller sjukgymnast vid uppföljningen.

Patienterna erbjuds om behov finns dagrehab i Lycksele som har öppet två dagar per vecka. Dagrehab erbjuder allmän rehabilitering, det är inte enbart strokepatienter som kommer dit för träning. De flesta patienter som kan delta vid dagrehab bor i Lycksele med omnejd då avstånden från övriga området kan upplevas för stora. För övriga delar av Södra Lappland finns möjlighet att skicka remiss för inläggande träningsperioder på strokeenheten i Lycksele vid behov.¹⁴

Till stöd för samarbetet mellan avdelning stroke-rehab på Lycksele lasarett och primärvård/hemsjukvård i södra Lappland har man strokeforum två gånger per år för att lyfta frågor kring samarbetet och olika kompetensfrågor.

Gemensamma vårdplaneringar vid utskrivning och kontakt med dokumentation via överrapporteringsystemet Prator fungerar också som stöd för samarbetet och för att uppfylla krav på patientsäkerhet.

Patienter i arbetsför ålder i Västerbotten som insjuknar i stroke eller hjärtinfarkt kan remitteras till Björkgården i Sävar. Björkgården tar också emot patienter på egenremiss. Patienter med olika neurologiska sjukdomar remitteras hit samt bedriver man vuxenhabilitering.

På Neurorehab Sävar erbjuds patienterna fördjupad utredning och arbetsförmågebedömning. I teamet arbetar läkare, neuropsykolog, logoped, arbetsterapeut, sjuksköterska, kurator, sjukgymnast samt rehabassistenter. Patienten tas först emot för bedömning. Sedan finns tre olika alternativ av rehabilitering – Individuell rehab som innebär 5-dygnsvård, dagrehabilitering samt gruppbehandling i strokeprogrammet. Björkgården erbjuder också stöd till närstående¹⁵

3.3.2.1 Satsning på strokerehabiliteringen i södra Lappland 2018

Efter en översyn av strokevården i länet konstaterade Västerbottens läns landsting att insatser behövs för att leva upp till målet om en jämlik vård till alla. Beslut fattades om att arbeta fram en ny modell för stroke-hemrehabilitering i inlandet. På grund av de stora avstånden har man bedömt att det inte går att

¹³ Vården i siffror – SKL (180103) Resultat översikt för 16 hälso- och sjukvårdsområden

¹⁴ Utredning Strokerehabilitering södra Lappland 2017, Strokeenhet Lycksele lasarett

¹⁵ Presentation Strokerehabilitering av representanter för Neurorehab Sävar Dialogmöte 29 maj 2017

införa samma modell som i övriga länet. Man har istället tittat på Trondheim och använt deras modell som en förlaga.

Enligt definition i riksstroke ska det för ett hemrehabteam finnas en koppling till en strokeenhet på sjukhus. Sjukhusteamet ska bestå av läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, kurator och eller psykolog, logoped och dietist.¹⁶

Syftet med den nya satsningen är att erbjuda rehabilitering i hemmet för de som inte längre är i behov av sjukhusvård, men som fortfarande behöver frekventa insatser av rehabiliteringspersonal. Tanken är att hemrehabteamet ska vara ett stöd för patient och anhörig den första tiden hemma. Forskning som ligger till grund för Socialstyrelsens nya riktlinjer har visat att rehabiliteringen ger snabbare och bättre framsteg i hemmet och att patienterna uttrycker en större nöjdhet.

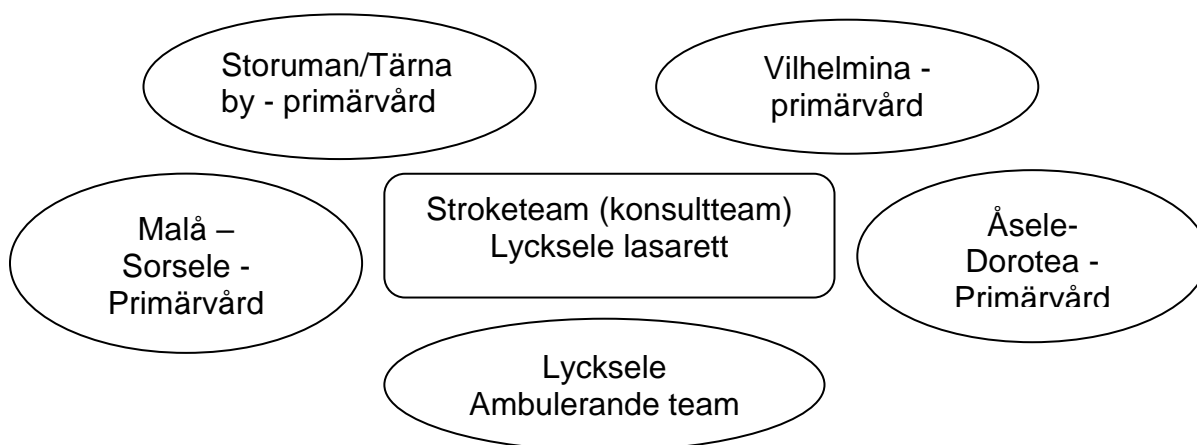
Målgruppen för denna insats är patienter som bedöms ha lätt till medelsvår stroke samt TIA. Det gäller patienter i eget boende. Patienter i särskilt boende undantas från insatsen. Insatsen kommer att gälla nyinsjuknade patienter från och man beräknar kunna starta projektet i april 2018. Patienter med stor stroke kommer även fortsättningsvis att vårdas på stroke-rehabavdelning på sjukhus.

Det hemrehabteam man planerat för och byggt enligt Trondheimmodellen kommer att vara ett ambuleringsteam. Teamet består av arbetsterapeut 0,5 tjänst av en heltid och fysioterapeut 0,5 tjänst av en heltid. De kommer att jobba mot ett konsultteam som är knutet till stroke-rehabavdelningen på Lycksele lasarett. Det ambuleringsteamet kommer att ha Lycksele kommun som upptagningsområde.

I konsultteamet finns de kompetenser som ska finnas enligt riks-stroke (se stycke två ovan). Förslaget är att teamet ska ha teamträffar minst 1 gång per vecka mot de olika upptagningsområdena. Tanken är att om projektet utvecklas enligt förslaget ska de fungera som en stödfunktion till arbetsterapeuterna och fysioterapeuterna på hälsocentralerna i inlandet samt mot det ambuleringsteamet. Strokerehabiliteringen i inlandet skulle därmed fortsatt ligga på primärvården men med ett förstärkt stöd från konsultteamet på Lycksele lasarett.¹⁷

Övriga kompetenser som finns i hemrehabteamen i Umeå och Skellefteå finns inte omnämnda i förslaget. I specialistteamet på sjukhuset i Lycksele finns dock alla kompetenser representerade, utom psykolog.

Figur 1. Förslag organisation från utredning av modell för hemrehabteam i södra Lappland



Den utredning som gjordes i anslutning inför satsningen på ett hemrehabteam i södra Lappland har tittat på antalet strokepatienter som insjuknat i respektive kommun i Lycksele lasarettets upptagningsområde och utifrån det gjort ett förslag på hur sjukstugorna/kommunerna skulle kunna

¹⁶ Socialstyrelsen – Nationella riktlinjer för vård vid stroke (37-2017)

¹⁷ Koordinator strokerehabilitering Lycksele lasarett (februari 2018)

samarbeta för att få ett rimligt antal patienter per enhet, enligt bild ovan. Varje team i respektive gruppering skulle i så fall få i genomsnitt 10-20 patienter per år, förutom Lycksele där det rör sig om ca 40 patienter per år (baserat på de senaste 6 årens statistik).¹⁸

3.3.3 Strokerehabilitering i primärvård/kommun i södra Lappland

När nämnden under 2017 mött representanter från kommunens hemsjukvård och primärvården vittnar de om en del utmaningar för verksamheterna samt har en del förbättringsförslag getts till nämnden.

Vårdplanering sker vid utskrivning och bilden som ges från verksamheterna är att det upplevs fungera väl. Det finns signaler om att det fungerar sämre vid utskrivning från NUS än vid utskrivning från Lycksele lasarett. Överrapportering från sjukhus till akutavdelning fungerar tillfredställande.

Kommun och landsting ska också göra en gemensam rehabiliteringsplan med patienten men det sker enligt kommunerna i varierande omfattning.

Primärvården signalerar att det inte riktigt fungerar tillfredställande med överrapportering till hälsocentralerna.

Vissa Hälsocentraler/sjukstugor erbjuder strokepatienten uppföljning efter några veckor eller upp till en månad efteråt och andra tar omedelbar kontakt. På några hälsocentraler kallar man inte längre patienter för uppföljande bedömning efter utskrivning från sjukhus på det sätt man gjorde tidigare. Man ser att patienter i allt högre utsträckning blir färdigbehandlade på sjukhuset. På några Hälsocentraler/sjukstugor anger man också att öppenvårdsrehabilitering sker sällan.

I kommunerna möter man mer multisjuka patienter. Några av kommunerna tycker att man ofta jobbar mer med habilitering och har inte någon särskild rehabplan just för stroke.

Genomgående har man från primärvården svarat att det är sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut som utgör rehabiliteringsteamet. I kommunerna har man inte psykosocial kompetens i form av kurator eller psykolog inom hemsjukvården eller äldrevården i övrigt. På flertalet orter upplever man att det blivit neddragningar av paramedicinsk personal under senare år vilket gör det svårt att hinna med både behandling och förebyggande arbete. Det gäller inte bara strokepatienter.

Både hälsocentralerna/sjukstugorna och kommunens verksamheter tycker genomgående att patientträffar via videokonferens en tillgång. Man ser behov av utveckling men framförallt bör det användas i större utsträckning. Man uppfattar att kusten inte är lika van och att specialister på sjukhusen är olika villiga att mötas via länk.

När det gäller tillgång till logoped är det lite olika signaler. Några Hälsocentraler/sjukstugor tycker att det fungerar jättebra och att man i någon kommun finns tillgång till ett afasirum.

Man signalerar ett visst utbildningsbehov från flera kommuner. Ett förbättringsförslag är att stroke/rehab på Lycksele lasarett skulle kunna ge regelbunden auskultation till inblandad personal i hemsjukvården i inlandet.

Kommunerna efterlyser mer resurser till primärvården för att kunna man tillsammans ska få möjlighet att jobba i hemmet i team. Idag är det kommunen som gör hemarbetet och här är teamen inte kompletta. Man tycker också att det skulle vara en klar förbättring med en läkare på lasarettet som kan planera och följa upp rehabiliteringen.

Det finns en samstämmig upplevelse i flertalet kommuner av att Lycksele lasarett vill få hem patienterna tidigare och tidigare och att de planeras direkt hem. Då blir inte primärvården inblandad. De signalerar att det är viktigt vid utskrivning att båda huvudmän ska vara inblandade i förekommande fall.

¹⁸ Utredning Strokerehabilitering södra Lappland 2017, Strokeenhet Lycksele lasarett

I vissa kommuner erbjuder man viss hemrehab via hemtjänst. Om man behöver träning i hemmet kan sjukgymnast från kommunen tillgodose behovet. I andra fall är patienten hänvisad till primärvården.

3.3.4 Rehabteamen/Paramedicinska teamen inom primärvården i södra Lappland

Primärvårdens kompetenser som ska ansvara för strokepatienternas rehabilitering är förutom sjuksköterskor och läkare de kompetenser som ingår i det paramedicinska teamen. Så kommer det också att se ut om förslaget på hemrehab som presenterats ovan blir verklighet.

De paramedicinska kompetenser som återfinns inom kommunens verksamhet är sjukgymnast och arbetsterapeut. Dessa ingår i skatteväxlingen. För att få tillgång till psykosocial rehabilitering måste patienten ta sig till sjukstugan/hälsocentralen.

Logoped och dietist erbjuds när behov bedömts finnas och kan på vissa ställen behöva lösas via länk.

Nedan följer en redovisning av den totala resursen av paramedicinsk personal som finns på respektive Hälsocentral/sjukstuga och förändring mellan 2016 till 2017, samt hur antalet besök förändrats under samma period till respektive kompetens. I redovisningen ingår alla besök oavsett problematik/diagnos.

3.3.4.1. Antal tjänster inom paramedicin omräknat till heltid

Tabell 12, 13 och 14 Källa: Controller Ekonomistaben Västerbottens läns landsting

Tabell 12	2016					
	Arbetsterapeut	Kurator	Psykolog PTP	Psykolog leg	Sjukgymnast	Total
Vilhelmina	1	1,06			2,67	4,73
Åsele	0,89	1,67			2	4,56
Dorotea					1	1
Malå	0,82	1		1	0,5	3,32
Storuman	0,75	0,46			2,21	3,42
Tärnaby					1,25	1,25
Stenbergiska		2,82			2,53	5,35
Sorsele	1	0,67			2,08	3,75
Totalt	4,46	7,68	0	1	14,24	27,38

Tabell 13	2017					
	Arbetsterapeut	Kurator	Psykolog PTP	Psykolog leg	Sjukgymnast	Total
Vilhelmina	1	1,75			1,57	4,32
Åsele	0,85	1,08			1,17	3,1
Dorotea					1,08	1,08
Malå	1	1		1	1	4
Storuman	0,75	0,5			1,57	2,82
Tärnaby					0,85	0,85
Stenbergiska		2,9	1		1,9	5,8
Sorsele	1	0,8			2,79	4,59
Total	4,6	8,03	1	1	11,93	26,56

Tabell 14	Förändring					
	Arbetsterapeut	Kurator	Psykolog PTP	Psykolog leg	Sjukgymnast	Total
Vilhelmina	0%	65%			-41%	-9%
Åsele	-4%	-35%			-42%	-32%

Dorotea					8%	8%
Malå	22%	0%		0%	100%	20%
Storuman	0%	9%			-29%	-18%
Tärnaby					-32%	-32%
Stenbergiska		3%			-25%	8%
Sorsele	0%	19%			34%	22%
Total	3%	5%		0%	-16%	-3%

Av fakta som redovisas i tabellerna ser vi att totala antalet tjänster paramedicinsk personal inom primärvården i södra Lappland har minskat något mellan 2016 till 2017. Den yrkesgrupp som minskat mest är fysioterapeuterna.

3.3.4.2 Antalet besök hos paramedicinsk personal i primärvård 2016 – 2017

Tabell 15, 16 och 17 Källa: controller, Ekonomistab Västerbottens läns landsting

Tabell 15	2016					
	Arbetsterapeut	Kurator	Psykolog PTP	Psykolog leg	Sjukgymnast	Total
Vilhelmina	244	421			2 265	2 930
Åsele	161	272			1 833	2 266
Dorotea	103	133			2 504	2 740
Malå	164	213		219	784	1 380
Storuman	302	207		40	2 266	2 815
Tärnaby	21				1 385	1 406
Stenbergiska	107	648			3 598	4 353
Sorsele	432	423		129	2 355	3 339
Totalt	1 534	2 317	0	388	16 990	21229

Tabell 16	2017					
	Arbetsterapeut	Kurator	Psykolog PTP	Psykolog leg	Sjukgymnast	Total
Vilhelmina	267	597		41	2 323	3 228
Åsele	176	356			1 703	2 235
Dorotea	89	214			1 137	1 440
Malå	119	302		271	1 369	2 061
Storuman	269	205			2 243	2 717
Tärnaby	34				1 436	1 470
Stenbergiska	136	479	295		3 022	3 932
Sorsele	443	326		131	2 718	3 618
Totalt	1 533	2 479	295	443	15 951	20701

Tabell 17	Förändring					
	Arbetsterapeut	Kurator	Psykolog PTP	Psykolog leg	Sjukgymnast	Total
Vilhelmina	9%	42%			3%	10%
Åsele	9%	31%			-7%	-1%
Dorotea	-14%	61%			-55%	-47%
Malå	-27%	42%		24%	75%	49%
Storuman	-11%	-1%		-100%	-1%	-3%
Tärnaby	62%				4%	5%
Stenbergiska	27%	-26%			-16%	-10%
Sorsele	3%	-23%		2%	15%	8%

Totalt	0%	7%		14%	-6%	-2%
--------	----	----	--	-----	-----	-----

Antalet besök hos paramedicinsk personal under 2016 och 2017 har totalt sett minskat något. Minskningen är dock inte lika stor som minskningen av antalet tjänster totalt sett. De som jobbat kvar har tagit emot fler besök 2017 i förhållande till antalet tjänster. De kompetenser där antalet besök ökat mest är psykolog och kurator. Kurator är också den kompetens där tjänsterna ökat mest i de paramedicinska teamen

3.3.5. Uppföljning efter stroke

Socialstyrelsen trycker i sina nya riktlinjer på vikten av en strukturerad uppföljning under rehabilitering efter stroke. Strukturerad uppföljning innebär att hälso- och sjukvården regelbundet följer upp patienter som insjuknat i stroke eller TIA, utifrån ett strukturerat innehåll. Efter utskrivning från sjukhus är det viktigt att rehabiliteringen kommer igång i hemmet och att uppföljningar görs regelbundet.

Syftet med uppföljningen är att se över sekundärpreventiva åtgärder, tidigt identifiera nya eller förändrade symtom, och att kunna erbjuda rätt åtgärd eller hänvisa vidare till rätt instans i vårdkedjan utifrån patientens aktuella situation och behov. Uppföljningen ger även patienter och närstående möjlighet att ställa frågor och få individanpassad information om sjukdomen samt vilka behandlingsalternativ som finns.

Uppföljningen sker inom öppen vård, antingen på ett sjukhus eller på en mottagning i primärvårdens regi, och genomförs av olika professioner med särskild kunskap om stroke.

För att kunna bedöma samtliga aspekter av patientens funktionshinder och hälsa samt specifika behov av insatser är det viktigt att det finns tillgång till relevanta kompetenser i det multidisciplinära teamet, såsom läkare, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator och logoped samt vid behov även dietist och psykolog (gärna med neuropsykologisk inriktning)¹⁹

3.3.5.1 Psykosocialt stöd

Nämnden kan se att hälsocentralerna/sjukstugorna har planerat och lagt upp arbetet med rehabiliteringen efter stroke olika i området södra Lappland. Nämnden lägger inte någon värdering i begreppet "olika".

En enskild faktor som nämnden vill uppmärksamma är vikten av att det psykosociala stödet fungerar under hela vårdförloppet efter stroke.

Enligt socialstyrelsens riktlinjer bör möjlighet till samtalsstöd finnas genom hela vårdkedjan. Samtalsstödet behöver fokusera på de reaktioner som är relaterade till själva stroke-insjuknandet, men också på de reaktioner som kan uppstå senare då personen behöver lära sig hantera de konsekvenser som en stroke kan medföra. Tillgång till kuratorer eller psykologer med neuropsykologisk inriktning är önskvärt.²⁰

I södra Lappland ligger det psykosociala stödet i rehabiliteringsansvaret efter utskrivning från sjukhus på primärvårdsnivå. Även med den nya modellen med hemrehab kommer det att ligga på primärvården och inte som i övriga länet med specialistkompetens i hemrehabteam. När det gäller patienter som beviljats hemsjukvård erbjuds ej det psykosociala stödet från kurator eller psykolog under den tid patienten inte kan ta sig till HC/sjukstuga då ingen av kommunerna i dagsläget erbjuder kurator eller psykologkompetens.

Under nämndens sammanträden har man från primärvård och hemsjukvård/äldreomsorg är det endast en hälsocentral/sjukstuga som mer systematiskt erbjuder strokepatienter och anhöriga psykosocialt stöd. Övriga anger att de skickar till kurator eller psykolog vid behov. Gällande stöd till anhöriga är en hälsocentral som uppger att de jobbar med anhörigstöd. Det ingår dock inte i ett strukturerat arbetssätt utan det är anhöriga som söker på egen hand.

¹⁹ Socialstyrelsen – Nationella riktlinjer för vård vid stroke

²⁰ Socialstyrelsen – Nationella riktlinjer för vård vid stroke

Efter förfrågan till de psykosociala kompetenserna på respektive sjukstuga i hur de ingår i rehabiliteringen efter stroke stärks bilden av att det fungerar mycket olika. Nedan följer några röster från kuratorer och psykologer i södra Lapplands primärvård:

"Ja, Kurator, fysioterapeut och läkare sitter med vid själva bedömningsmötet. Bedömningsmöten hålls varje vecka. Psykolog kopplas in endast vid speciella ärenden.

"Visst har vi strokepatienter men inte kommer de automatiskt efter insjuknandet till oss. De vårdas och sköts via "strokerehab" i första hand"

"Anhöriga till strokepatienter kommer väl oftast till oss, de söker själva hit. Det handlar då oftast om livsomställningsproblem, trötthet, nedstämdhet och behov av samtalsstöd."

"Prator kommer vi i gång med först i april -18. Överrapportering från sjukhuset sker då och då, INTE ofta."

"Att ge stöd till de anhöriga fungerar bra. När det gäller direkt till de strokedrabbade patienterna så saknar vi nog medicinsk kunskap"

"Kurator och psykolog ingår i rehabteamet men vi är inte med och gör bedömningar av de patienter som kommer till primärvården gällande vilket stöd de behöver."

"Kurator och psykolog får remisser från övriga kompetenser på sjukstugan"

"Vi ger ej anhörigstöd och får ej överrapportering från sjukhusen via Prator."

"Vi känner inte att vi har tillräcklig kompetens för att ge stöd till patientgruppen."

"Jag har arbetat på sjukstugan i drygt 1 år nu och har aldrig varit med i någon bedömning för planerat stöd kring strokepatienter. Ej heller något via prator"

"Har ingen speciell utbildning om stroke."

3.4 Ungdomshälsa i södra Lappland

I södra Lappland finns ingen ungdomshälsa i dagsläget. I Lycksele har ett samarbete inletts med kommunen och man beräknar kunna komma igång med en verksamhet under april månad 2018.

3.4.1 Vilhelmina Ungdomsmottagning

Den övre åldersgränsen för att söka till ungdomsmottagningen i Vilhelmina är 23 år. De professioner som finns på mottagningen är barnmorska, kurator, PTP-psykolog och läkare. Man håller öppet tre heldagar i veckan varav en kväll. Mottagningen erbjuder drop-in tider hos barnmorska och kurator.²¹

3.4.2 Lycksele Ungdomsmottagning

Mottagningen i Lycksele är öppen en heldag varje vecka. Man erbjuder drop-in tider hos barnmorska och bokade tider hos övriga professioner 10.00 -15.30. Man tar emot alla ungdomar i Lycksele oavsett vilken kommun de kommer ifrån eller vilken hälsocentral de är listade på.

De professioner som finns är barnmorska, läkare, psykolog och socionom/kurator, samt är det tänkt att en familjebehandlare anställd av Lycksele kommun ska ansluta när man blir Ungdomshälsa.

Man planerar för att Ungdomshälsan ska bli öppen 2 dgr/vecka. Målgruppen är ungdomar upp till 23 år.²²

²¹ Verksamhetschef, Vilhelmina sjukstuga

²² Verksamhetschef Stenbergiska hälsocentral

4. AKTIV OCH ATTRAKTIV SAMARBETSPARTNER

4.1 Samverkan med andra aktörer

Nämnden arbetar aktivt för att tillsammans med de olika kommunerna i området ta fram lokala samverkansavtal. Under 2017 har nämnden träffat Malå och Vilhelmina kommun.

I Vilhelmina kommun har man under hösten arbetat internt och tillsammans med primärvården för att skapa en modell för samverkan som är lokalt anpassad för de lokala förutsättningarna. Man har under 2018 satt en aktivitets- och processplan för arbetet i Vilhelmina och har i den gjort lokala anpassningar.

Det finns ännu inte en centralt tillsatt tjänsteperson på landstinget som har mandat att representera landstingets verksamheter i samverkan i inlandet. Nämnden har påtalat behovet till landstingsstyrelsen vid flertalet tillfällen.

4.2 Utveckla dialogen med funktionshinderföreningarna i södra Lappland

Nämnden har under 2017 fortsatt att jobba med tillgängligheten till dialogmöten som en viktig del i att utveckla medborgardialogen. Nämnden har också arbetat med frågeställningar som skickats ut via mail till föreningarna för att i vissa frågor få en mer direkt och snabb dialog med föreningarna.

De dialogträffar som genomförts med möjlighet att delta via länk har varit mycket uppskattade av föreningarna i inlandets kommuner. Det har fungerat bäst när en nämndsledamot kunnat delta från aktuell sjukstuga och sköta teknik samt hjälpa till som samtalsledare och representant för nämnden på plats.

