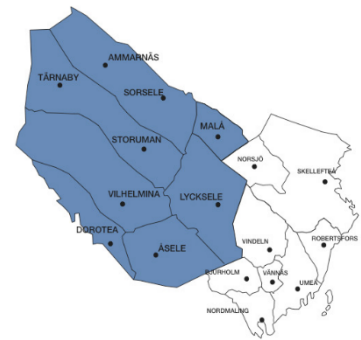


Nämnd för folkhälsa och primärvård i södra Lappland

Underlag inför plan och budget 2018



1 INLEDNING

Huvuduppgiften för nämnden för folkhälsa och primärvård i södra Lappland är att bedöma hälsoläget bland befolkningen i det geografiska området. I uppdraget ingår att skatta behovet av primärvård och folkhälsoinsatser samt att föreslå åtgärder som bedöms tillgodose dessa behov. Vidare ingår att bedöma i vilken utsträckning landstingets gällande prioriteringsprinciper¹ tillgodoser befolkningens behov av primärvård och folkhälsoinsatser.²

1.1 SAMMANFATTNING

Verksamhetsåret 2016 har enligt nämndens bedömning varit aktivt och givande.

Nämnden visar på god måluppfyllelse och på en ekonomi i balans. För fördjupad redogörelse hänvisar nämnden till sin årsredovisning för 2016.

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 dessa strategiska punkter är viktiga för Landstingsstyrelsen i arbete med Landstingsplanen:

- Hög grad av ohälsa – I södra Lappland uppvisar befolkningen högre 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.
- Svårigheter att säkra resurs och kompetensförsörjning inom primärvården.
- Vårdkedjan för barn och unga – i södra Lappland signalerar man ett akut problem med att barn och unga och deras familjer inte får den vård och det stöd de behöver.
- Risk för ojämlig vård för befolkningen i södra Lappland gällande både ungdomar och palliativa patienter.

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 2016 provat dialogmöten via länk för att öka effektiviteten och tillgängligheten vilket har varit mycket uppskattat. För en fortsatt positiv utveckling krävs dock en översyn och anpassning av de tekniska förutsättningarna i de lokaler som landstinget äger.

2. FOLKHÄLSAN I SÖDRA LAPPLAND

Nämnden för folkhälsa och primärvård i södra Lappland kommer att beskriva folkhälsan i området under 2016 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 2018.

2.1. Befolkningsprofil i södra Lappland

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.

I samtliga kommuner dör det fler människor än det föds och en allt större del av befolkningen ska försörjas av en mindre andel människor i arbetsför ålder. I de sju kommunerna finns det en ungefär lika stor, eller något lägre, andel personer i åldersgruppen 21 – 64 år än i resten av länet och i landet i stort. På samma gång har man i fem av sju kommuner en större andel äldre (65+ och uppåt) än resten av Västerbotten och resten av landet.

¹Se bla Prioriteringar i hälso- och sjukvård Socialstyrelsens analys och slutsatser utifrån rapporten "Vårdens alltför svåra val?", Socialstyrelsen Artikel nr 2007-103-4 www.socialstyrelsen.se

² Reglemente för nämnd för folkhälsa och primärvård i Umeåregionen, södra Lappland och Skellefteå och Norsjö. Reviderat, VLL 148:7-2014

Andelen utflyttade ligger över tid högre än andelen som flyttar in i områdets kommuner även om vi det senaste året noterar att trenden brutits.

Jämför man andelen elever som genomför och avslutar sina gymnasiestudier inom 4 år skiljer det sig mycket åt i södra Lapplands kommuner. I fem av sju kommuner har andelen minskat. I de två kommuner som har de lägsta siffrorna har ca 55 % av eleverna klarat av sina gymnasiestudier inom 4 år. Det kan jämföras med att den kommun i området som ligger i topp har 93 % av eleverna klarat sin gymnasieexamen inom 4 års tid.

När det gäller andelen av befolkningen som finns i förvärvsarbete står sig kommunerna i inlandet bra i alla åldersgrupper gentemot både länet och landet i stort. Långtidsarbetslösheten ligger i tre av sju kommuner lägre än både riket och resten av länet.

I Västerbottens inland skattar man sin hälsa i mindre utsträckning som god än vad befolkningen gör i resten av landets alla kommuner.³

2.2 VHU (Västerbottens hälsoundersökningar)

Hälsoprofilen i södra Lapplands kommuner skiljer sig något från resten av länet. Enligt Västerbottens hälsoundersökningar (VHU) 2013 – 2015 finns det några indikatorer som är särskilt viktiga att notera.

Vid en ålder av 60 år har befolkningen i södra Lappland hunnit utveckla en rad sjukdomar som enligt undersökningen kan sättas i samband med både kost och motion. Diabetes och sjukdomar kopplade till hjärta och kärl dominerar starkt i 60-årsåldern hos båda könen. Fetman är hos män från 40 års ålder klart mer omfattande än i övriga länet och vid 50-årskontrollen har kvinnorna utvecklat fetma i högre utsträckning än i övriga länet. Kvinnor från 50 och uppåt tenderar i högre utsträckning än länet i stort att röka och männen i alla åldersgrupper i VHU använder snus i större utsträckning än i övriga länet.

Utifrån VHU 2013 - 2015 är alkohol generellt ett mindre problem för kvinnor och män i området södra Lappland jämfört med övriga länet. Undantaget är män i 50 årsåldern som i hälsoundersökningen har angett att de dricker i större omfattning än resten av befolkningen i samma ålder i Västerbottens län.

Kvinnor i alla åldersgrupper i södra Lappland anger att de har lågt socialt stöd i något större utsträckning än vad kvinnor anger i övriga länet. Den största och tydligaste skillnaden mot länet ses bland de yngre kvinnorna.⁴

2.3 Nämndens samlade erfarenheter under 2016 samt aktuell statistik och rapporter

Nämnden har under 2016 riktat sitt arbete mot tre fokusområden, ungas psykiska hälsa, migrerad befolkning samt primärvård. Nämnden har av Fullmäktige via Landstingsplanen för 2016 fått Riktade Uppdrag (RU) som nämnden jobbat med under 2016. De riktade uppdragen är arbete mot våld i nära relation och riskbruk alkohol. Nedan följer de erfarenheter som nämnden gjort i sitt arbete samt en redovisning av viss statistik och fakta från rapporter som nämnden valt ut som intressanta för det nämnden beskriver kring folkhälsan i södra Lappland.

2.3.1 Ungas psykiska hälsa

Nämnden har under 2016 fått åtskilliga rapporter om att samarbetet kring barn och ungas psykiska hälsa inte fungerar tillfredställande i området södra Lappland. Såväl representanter för kommunens verksamheter som primärvård signalerar samma sak. Flera verksamhetsrepresentanter framför önskemål om ett arbets sätt där BUP besöker barnet i dess vardagsmiljö samt deltar i samverkan kring barnet med övriga verksamheter. Man är också angelägen om att få större möjlighet till konsultation kring enskilda barn och unga med BUP. Barn och ungdomshabiliteringens arbetssätt framhålls som mycket väl fungerande.

³ Urban Jahnert och Kristina....., Folkhälsoenheten VLL och Umeå universitet

⁴ Västerbottens hälsoundersökningar (VHU) 2013 - 2015

Under hösten 2016 anses läget vara akut. Många kommuner i inlandet har haft en generös mottagning av asylsökande, varav en hög andel barn och unga, (se kapitel 2.3.2 migrerad befolkning), vilket understryker betydelsen av ett fungerande samarbete kring barn och ungas psykiska hälsa.

Tjejjouren i Lycksele bekräftar bilden av att unga flickor som hör av sig till dem mår psykiskt dåligt och att behovet av breda samhällsinsatser är stort.

Nämnden hade den 14 februari 2017 ett arrangemang tillsammans med Socialpsykiatriskt centrum/region Västerbotten med temat "Psykisk ohälsa i glesbygd". Man uttryckte från deltagande kommuner att man upplever en otydlighet kring vad första linjen egentligen är och hur ansvarsfördelningen ser ut. De önskade ett tydliggörande från Landstinget i Västerbotten. Man lyfte också, både från primärvården och kommunerna, det stora behovet av konsultation och handledning från både barn och ungdomspsykiatri samt vuxenpsykiatri. Deltagarna från olika verksamheter var generellt mycket positivt inställda till tekniska lösningar som kan öka tillgängligheten till specialister och möjligheten till en dialog som de idag upplever är bristfällig. Det gäller både för handledning/konsultation och för gemensamma möten med patienter. Det var stor samstämmighet bland de deltagande verksamheterna kring de stora behoven av samverkan mellan kommunerna och landstinget kring barn och unga med psykisk ohälsa.

Idag finns endast ett aktuellt lokalt samverkansavtal i inlandet i Västerbotten som tydliggör och reglerar samarbete mellan landstinget och kommunen kring området barn och ungas psykiska hälsa.

2.3.2 Migrerad befolkning

Nämnden har i sitt arbete valt att avgränsa sig till grupperna *nyanlända* (de som fått uppehållstillstånd) och *asylsökande* (de som finns i migrationsverkets mottagningsssystem). Under det år som gått har mycket förändrats avseende kommunernas mottagande av asylsökande till följd av politiska beslut på nationell nivå. Nämnden har framförallt märkt det genom stor skillnad i den information från olika verksamheter som nämnden fick under våren 2016 mot den som presenterades under hösten. Under hösten kom fokus alltmer att ligga på den psykiska ohälsa som växer i framför allt gruppen ensamkommande barn och unga, men även hos övriga asylsökande. Osäkerhet kring framtiden för dem som väntar på besked om uppehållstillstånd lyfts fram som en stor faktor till ohälsa.

I Västerbottens läns landsting har vi i dagsläget inte någon statistik eller några uppgifter på regional nivå om hälsoläget hos våra nyanlända och asylsökande. Både asylsökande och kvotflyktingar erbjuds hälsoundersökning. Vi kan se att man i området genomfört ett stort antal undersökningar under 2015 – 2016 med en topp det första kvartalet 2016. Dessa stabiliseras dock till tidigare nivåer under sista kvartalet. Det finns inte någon samlad genomgång av genomförda hälsoundersökningar som kan bidra till bilden av hur hälsoläget ser ut i dessa grupper.⁵ Däremot finns forskning som kan ge vägledning i hur människor som är på flykt kan reagera.

Det Fredrik Saboonchi⁶, som genomfört en enkätstudie bland drygt 1 200 nyanlända flyktingar från Syrien och drygt 170 asylsökande från Somalia, Eritrea och Syrien, främst kan visa i sin rapport är att så många som en tredjedel av alla flyktingar och asylsökande hade en påtaglig depressions- eller ångestproblematik och ungefär lika många hade symtom som överensstämmer med posttraumatiskt stressyndrom.

Anna-Clara Hollander, psykolog och forskare på institutionen för folkhälsovetenskap vid Karolinska Institutet, har i flera studier jämfört hälsoutfallet mellan flyktingar och andra invandrare från samma länder. För några år sedan studerade hon data från drygt 86 000 flyktingar och andra invandrare som fått uppehållstillstånd i Sverige mellan 1992 och 1998. I sin studie kunde hon visa att manliga flyktingar hade en signifikant högre risk att dö i hjärt-kärlsjukdom samt av orsaker som självmord och olyckor jämfört med män från samma länder som inte kommit som flyktingar. Något som hon föreslår skulle kunna bero på att flyktingar i högre utsträckning lider av depression och posttraumatisk stress, vilket i sin tur ökar risken för både hjärt-kärlsjukdom och självmord.

Några grundläggande utgångspunkter i den kunskap vi har om flyktingars hälsa är att det är visat att personer som tar sig från ett land till ett annat generellt sett är friskare och starkare än befolkningen i

⁵ Helen Björklund, utredare Västerbottens läns landsting

⁶ professor i folkhälsovetenskap vid Röda Korsets högskola och forskare vid institutionen för klinisk neurovetenskap vid Karolinska Institutet

genomsnitt. Detta kallar forskarna för "The healthy migrant effect". De som ger sig av till ett nytt land består oftast av en friskare del av befolkningen. Första generationens invandrare har i flera studier visats ha färre fysiska sjukdomar och en lägre dödlighet än snittbefolkningen både i det land de lämnar och det land dit de kommer, i alla fall de första åren i det nya landet. Samtidigt har man också ända sedan 1930-talet känt till att själva flytten till ett nytt land innebär en psykisk påfrestning för de som flyttar. Den stora ökningen av asylsökande behöver matchas med en ökad vårdinsats för att i möjligaste mån förhindra att de psykiska problem som de upplever utvecklas till något allvarigare ⁷

Nedan följer en kortare redogörelse för de uppgifter som finns tillgängliga idag gällande hur många personer som finns i Västerbottens inland i grupperna nya personer som är kommunplacerade under 2016 och personer utan uppehållstillstånd, och som kan ge en bild av hur vården bör planeras i området de närmaste åren:

Tabell 1

Kommunmottagna (personer som fått uppehållstillstånd/nyanlända) Jan-Nov 2016

DOROTEA	20
LYCKSELE	60
MALÅ	23
SORSELE	51
STORUMAN	36
VILHELMINA	53
ÅSELE	14

Tabell 2

Personer boende i Migrationsverkets mottagningssystem (asylsökande) 20170101

		0-6	7-15	16-17	18-19	20-59	60-64	64+	Totalt
DOROTEA	Anläggnings-boende (ABO)	5	12	4	9	27			57
	Övrigt boende		5	18					23
DOROTEA	Delsumma	5	17	22	9	27			80
LYCKSELE	Anläggnings-boende (ABO)	31	29	9	16	96	1		182
	Eget boende (EBO)	2			2	9	1		14
	Övrigt boende		10	33	1				44
LYCKSELE	Delsumma	33	39	42	19	105	2		240
MALÅ	Eget boende (EBO)					1			1
	Övrigt boende		7	24					31
MALÅ	Delsumma		7	24		1			32
SORSELE	Anläggnings-boende (ABO)	5	6	1	1	10	1		24
	Eget boende (EBO)	2				4			6
	Övrigt boende		3	31	1				35
SORSELE	Delsumma	7	9	32	2	14	1		65
STORUMAN	Eget boende (EBO)	1	3	1	1	13			19
	Övrigt boende		9	34	1				44
STORUMAN	Delsumma	1	12	35	2	13			63
VILHELMINA	Anläggnings-boende (ABO)	40	37	6	18	89	1	3	194
	Eget boende (EBO)	2	2	1	1	6			12
	Övrigt boende		4	28	1				33
VILHELMINA	Delsumma	42	43	35	20	95	1	3	239
ÅSELE	Anläggnings-boende (ABO)	25	18	2	13	83	1	4	146
	Eget boende (EBO)	1	2	1	2	8	1	1	16

⁷ <http://ki.se/forskning/forskare-befarar-psykiskt-lakande-motverkas>

	Övrigt boende		5	44					49
ÅSELE	Delsumma	26	25	47	15	91	2	5	211
INLANDET	TOTALT	114	152	237	67	346	6	8	930

"En fråga som kan bli aktuell, under inledningen av 2017, är att det stora antalet asylsökande som finns i länet kommer att få sina första besked angående om de får stanna i Sverige eller inte. Det kan bli många som får negativa besked, och eftersom fördelningen av asylsökande inte tagit hänsyn till orternas möjlighet att organisera sjukvård, kan det komma att bli en belastning för vissa hälsocentraler, ffa i inlandskommunerna (Åsele, Vilhelmina, Sorsele och Dorotea). Hälsocentralerna är första linjen när man söker för oro och sömnsvårigheter."⁸

I Västerbotten finns enligt Migrationsverket 2017-01-01 3 520 flyktingar i mottagningssystemet. Av dem finns 930 i inlandets kommuner. I området södra Lappland fanns det aktuella datumet 503 barn och unga under 18 år.

Enligt beslut av Migrationsverket kommer ett flertal mottagningsboenden i landet att läggas ned som en följd av det minskade inflödet av flyktingar. Oavsett detta kommer ett stort antal personer att presumtivt att vara i behov av vård som asylsökande eller som nyanlända. Den stora gruppen barn och unga påvisar åter vikten av fungerande samarbeten kring barn och ungas psykiska hälsa och tydliga lokala samverkansavtal under många år framöver.

Nämnden vill peka på vikten av att Västerbottens läns landsting planerar långsiktigt för att både inom primärvården och i specialistvården kunna möta den psykiska ohälsan enligt befintlig kunskap om flyktingar, hälsa och reaktioner.

Flertalet kommuner har tagit upp vikten av kompetens inom traumabehandling. Man har på många ställen goda erfarenheter av Röda Korsets traumaenhet i Skellefteå, men ser de långa avståndet som ett problem och önskar hjälp närmare bostadsorten.

Från flertalet verksamheter som arbetar med barn och unga i inlandets kommuner delger man erfarenheter av att BUP inte tar emot barn och unga som behöver psykiatrisk hjälp med hänvisning till att de inte omfattas av vård så länge de inte har uppehållstillstånd. Landstinget i Västerbotten har efter beslut i Landstingsstyrelsen 2015-10-20 (§ 209) slagit fast att asylsökande i Västerbotten ska få hälso- och sjukvård på samma villkor som svenska medborgare. Detta besked måste nå alla som kommer i kontakt med asylsökande i Västerbotten.

2.3.3 Primärvården

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 hälsocentralerna/sjukstugornas egna uppgifter är det främst bristen på sjuksköterskor som är problemet. Flertalet av cheferna anger att de är beroende av hyrsköterskor för att klara verksamheten. Kostnaderna har under 2016 ökat markant. Man ser också med oro på den bristande arbetsmiljö som kvarvarande personal drabbas av. Flera hälsocentraler uppger att det är mycket svårt att rekrytera medicinska sekreterare. Enligt uppgift Västerbottens läns landstings statistik för primärvården är den sammantagna bilden att det är svårt att rekrytera inom alla kompetenser och att vakanser finns inom alla kompetensområden. Enligt den presentation kring primärvårdens utmaningar och möjligheter som hölls under ett av nämndens dialogmöten 2016, har den psykiska hälsan blivit sämre i länet. Det har lett till ett ökat behov av psykologer, kuratorer och andra kompetenser med kunskaper om insatser och behandling av psykisk ohälsa.⁹

Av tillgänglig statistik inom VLL kan man utläsa att det finns vakanser inom såväl läkartjänster som sjuksköterskor, medicinska sekreterare samt psykologer och kuratorer i södra Lapplands samtliga hälsocentraler/sjukstugor.¹⁰

⁸ Helen Björklund, utredare VLL

⁹ Anders Östbom, verksamhetsutvecklare landstingsdrivna Primärvården VLL, Dialogmöte 160525

¹⁰ Niklas Vilhelmsson Controller, VLL

Läget kring rekrytering får anses akut för att tillförsäkra medborgarna i södra Lappland en likvärdig vård.

Tabell 3 Antalet budgeterade tjänster läkare samt vakanser och kostnader för hyrläkare

Sjukstuga/HC	Budgeterat antal tjänster	Verkligt antal	Diff i antal (Vakanser)	Kostnad hyrläkare 2016 (vanlig tid)	Kostnad hyrläkare 2016 jour
57121 Vilhelmina sjukstuga	4,6	1,22	-3,38	6385	3331
57122 Åsele sjukstuga	2	2,14	0,14	861	2244
57123 Dorotea sjukstuga	2	1,02	-0,98	3574	
57124 Familjeläk Malå	2,5	0,62	-1,88	4588	3464
57126 Familjeläk Storuman	3	1,70	-1,30	149	1451
57127 Familjeläk Tärnaby	1,6	0,69	-0,91	180	7
57129 Stenbergiska HC	3,9	2,45	-1,45	308	-
57131 Familjeläk Sorsele	1,7	0,82	-0,88	3246	2498
Summa Södra Lappland	21,3	10,66	-10,64	19292	12995

De kostnader för hyrpersonal som finns i primärvården i Västerbottens inland omfattar stafettläkare samt hyrsköterskor. I tabellen ovan redovisas det tjänstetrymme man budgeterat för yrkesgruppen läkare på varje hälsocentral, samt i vilken omfattning man haft vakanser. I tabellen ser man också den kostnad för stafettläkare som primärvården hade under 2016. Jämfört med tidigare år ligger kostnaden för stafettläkarna fortsatt högt men rätt stabilt över tid. Det gäller både kostnaden för vanlig tid (dagtid vardagar) och jourtid. (Lycksele har inte jourtid då man köper tjänst från akuten på Lycksele lasarett vilket är en fördelaktigare lösning). Jourtiden finansieras till nära 100 % av stafettläkare.

Medan kostnaderna för stafettläkarna ligger rätt konstant över tid har kostnaden för hyrsköterskor ökat kraftigt i södra Lappland. Från 1 539 000 kr 2015 till 6 715 000kr 2016.¹¹

I nämndens uppdrag ingår att bevaka att befolkningen får vård enligt prioriteringsprinciperna. Enligt uppgifter från primärvårdsområdena i södra Lappland jobbar man kontinuerligt med att säkerställa att det sker. Uppföljning görs varje kvartal på de olika enheterna.

Svårigheten med arbetet är att alla patienter i olika prioriteringsgrupper måste tas emot parallellt. Om någon grupp skjuts på framtiden riskerar hälsocentralerna få en stor grupp patienter som ligger i en kö som aldrig betas av.¹²

2.3.3.1 Fallskador

Nationell granskning visar att många äldre faller och skadar sig i Sverige. Västerbotten ligger långt över riksgenomsnittet. Vi satsar förhållandevis lite pengar på att förebygga fall i Sverige och satsar vi där det behövs mest?

Ca 10 % av fallen leder till allvarliga skador som frakturer, hjärnskador eller skador på mjukdelar. Frakturer hos äldre kan ge dramatiska konsekvenser för den drabbade i form av aktivitetsbegränsningar och delaktighetsinskränkningar. Det riskerar skapa stort lidande för de

¹¹ Controller Niklas Wilhelmsson VLL

¹² Anita Bjuhr, verksamhetschef Stenbergiska HC samt samordnare för HC/sjukstugor i södra Lappland

drabbade och stora kostnader för samhället i form av efterföljande vård, rehabilitering och hjälpinsatser. 51 % av alla fallskador skrivs in i slutenvården. De mest påtagliga försämringarna finns bland dem som drabbas av en höftfraktur.¹³



Bild 1. Fakta från Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) 2014.

I dag sker 77 % av alla fallolyckor inomhus och 58 % av dem sker i ordinärt boende, 65 % är kvinnor.

Nationellt kan vi se att vi lägger förhållandevis lite pengar på fallprevention i förhållande till vad de kostar varje år. Fall kostar Sverige 24,6 miljarder kr/år medan de pengar som läggs på förebyggande arbete endast är 3,4 miljarder kr/år. Vi kan jämföra med Trafikolyckor som kostar 23,5 miljarder/år medan vi satsar 43,7 miljarder/år på förebyggande arbete. Brand kostar 6,6 miljarder/år och Sverige satsar 19 miljarder kr/år på det förebyggande arbetet.¹⁴

Äldre kommer i uppgifterna nedan definieras som 65+. Tabell 4 visar hur många antal äldre som finns i Västerbottens inlands kommuner, antal i ordinärt boende samt antalet fallskador kommunvis under de senaste 4 åren.

¹³ Bylund PO, Personer 65 år och äldre som sökt vård på Norrlands universitetssjukhus (NUS) efter en fallskada under fyraårsperioden 2009-2012, 2012, Olycksanalysgruppen, Akut- och katastrofmedicinskt centrum, Norrlands universitetssjukhus.

¹⁴ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2012)

Tabell 4 Fallskador samt antal äldre över 65+ och antal äldre i ordinärt boende kommunvis

Fallskador totalt	2013	2014	2015	2016	Antal äldre över 65+	Antal äldre 65+ i ordinärt boende
Dorotea	43	57	49	43	828	761
Lycksele	211	193	199	168	3009	2830
Malå	67	74	37	52	804	799
Sorsele	43	50	56	48	693	-
Storuman	124	142	96	111	1695	1624
Vilhelmina	109	110	58	88	1692	1674
Åsele	69	53	54	66	859	-
Totalt Västerbotten	3677	3509	3437	3444	9580	7688

Tabellen visar att antalet fallskador i Västerbottens inland ligger rätt konstant över åren. Möjligen kan en minskning av antalet fall ses i några kommuner.

Då andelen äldre i ordinärt boende ökar i södra Lappland¹⁵, liksom i resten av Sverige¹⁶, och andelen äldre av den totala befolkningen blir allt större i Västerbottens inland (se befolkningsprofil ovan) skulle det med ovanstående redovisning visa på att den ekonomiska aspekten på effektiv och evidensbaserad fallprevention kommer att öka i betydelse. Utmaningen är att hitta en metod och ett ansvar för en effektiv fallprevention som når denna målgrupp. Ett faktum är att primärvården är den vårdgivare som finns närmast målgruppen i ordinärt boende tillsammans med kommunen (i de fall det finns beviljade insatser, t.ex. hemtjänst).

Inom Västerbottens läns landsting finns idag en arbetsgrupp som ser över rutiner för fallprevention vid hemskrivning från slutenvård. Fallint-kampanjen är spridd i hela länet och kommer att fortsätta 2017, om än i mindre utsträckning.¹⁷

2.3.4 Nämndens enkät

Nämndens ledamöter har under maj – november 2016 delat ut en enkät vid olika träffar med medborgarna. 300 enkäter har delats ut och 116 svar har inkommit. Alla inlämnade enkäter innehåller inte svar på alla frågor. I enkäten har man ställt fyra frågor:

1. Är tillgängligheten bra vid hälsocentralen/sjukstugan? (Ja/nej)
2. Känner du dig delaktig vid ditt besök med hälsocentralen/sjukvården?(Ja/nej)
3. Hur är bemötandet vid hälsocentralen/sjukstugan?(bra/mindre bra)
4. Vet du vad egenvård innebär?(Ja/nej)

Enkäten visar att 70 % av de medborgare som svarat är nöjda med tillgängligheten av primärvården. "Att gå in på mina sidor för att få tid eller recept fungerar mycket bra" och "lätt att få kontakt via telefon - oftast tid till läkare/ssk snabbt" är kommentarer som kan sammanfatta de positiva kommentarer och åsikter som uttrycks i enkäten. Ca 20 % var direkt missnöjda med tillgängligheten och några har ingen uppfattning. Av dem som var missnöjda angav man "för få telefontider" samt "omständligt tidbokningssystem via telefon" som de vanligaste orsakerna till missnöje.

Av de tillfrågade kände sig 78 % delaktiga i sin vård medan 14 % var missnöjda. Övriga svarade antingen blankt eller vet ej. En orsak till missnöje som återkommer i svaren är att man som patient upplever att man inte blir lyssnad på.

Huvuddelen av de som svarat på enkäten är nöjda med det bemötande de får på sin hälsocentral/sjukstuga. 12 % är missnöjda. Av dem som skrivit kommentarer anger man att det är beroende på vem som jobbar och man efterlyser information när man sitter och väntar. Personen som möter i receptionen är viktig för upplevelsen av besöket. Bristande trygghet och kontinuitet på grund av tillfällig personal har också angetts som en vanlig orsak till missnöje. Att man inte känner sig

¹⁵ Uppgifter enligt förfrågan Folkhälsoråden

¹⁶ Socialstyrelsen

¹⁷ Folkhälsoenheten Västerbottens läns landsting

lyssnad på är även här en orsak som anges av de som är missnöjda med bemötandet på sin sjukstuga/Hälsocentral.

När det gäller egenvård har 80 % svarat att de vet vad egenvård är. 11 % vet inte och 5 % har svarat både ja och nej. Under inspirationsdagen "Ta vara på det friska" i september, anordnade nämnden (tillsammans med Nämnden för funktionshinder och habilitering) en föreläsning om egenvård. Efter föreläsningen svarade deltagarna på enkäten. På frågan om egenvård angav flertalet av deltagarna att de efter föreläsningsspasset förstått mer av vad egenvård betyder.

2.3.5 Våld i nära relation (RU)

De olika verksamheter som nämnden träffat under året, som i sin vardag arbetar med våld i nära relation, ger en dystert bild av läget för de utsatta. Det är tydligt för nämnden att primärvården (såväl som all annan vård) har en mycket viktig roll att fylla i för att upptäcka och arbeta för att våld i nära relation ska minska. Det är också tydligt att behovet av samverkan på lokal nivå är en betydande faktor för att nå framgång i arbetet att minska våld i nära relation.

I området södra Lappland har polisen och kommunerna samverkansavtal och medborgarlöften som rör en rad olika områden. Samverkansavtalet är ännu på en övergripande nivå och man arbetar med att tydliggöra dem i lokala avtal som ska reglera ansvar och praktiskt arbete mer detaljerat. Det finns i Västerbottens inland för närvarande inget medborgarlöfte eller färdigt samverkansavtal som närmare reglerar ansvar och samarbete kring i våld i nära relation. Ett exempel på en kommun som tillsammans med polisen skrivit under ett medborgarlöfte kring arbete mot våld i nära relation är Arjeplog i Norrbottens län.¹⁸

Enligt polisens egen statistik kan man se vissa tendenser i området södra Lappland över åren 2013 - 2016. Denna statistik rör enbart den grövre brottsligheten

"Ett olaga hot/tvång eller liknande blir nog aldrig anmält till oss. Samhällets stora utmaning är fortfarande att öka benägenheten till att överhuvudtaget vilja anmäla sin livskamrat när man befinner sig i normaliseringsprocessen, och det kan ta många år i allvarlig fruktan innan uppbrottsprocessen tar överhand. All forskning tyder på att mörkertalet är stort, eftersom människor ofta inte vill eller kan berätta om sina erfarenheter av brott i nära relationer, speciellt inte om de grövre formerna av våld".¹⁹

Den kommun i södra Lappland som har flest anmälda brott i nära relation under 2016 är Vilhelmina. Man kan av statistiken utläsa en närapå fördubbling av antalet anmälda brott i nära relation under året. Det vanligaste brottet är misshandel, ej grov, inomhus, mot kvinna 18 år eller äldre bekant men ej i nära relation. I Lycksele är motsvarande uppgifter inom brottskategorin, misshandel ej grov, inomhus mot flicka 15-17 år, bekant med offret.²⁰ Även i Lycksele har antalet anmälningar om våld i nära relation gått upp sedan året innan.

Det totala antalet anmälningar av brott i nära relation i södra Lappland uppgår under 2016 till 60 st, vilket är en minskning från 2013 då 86 anmälningar kom in. År 2016 utgör 16% av alla anmälda våldsbrott till polisen i södra Lappland våld i nära relation²¹

Kvinnojourerna fyller en mycket viktig roll som kunskapsbärare och som skydd för utsatta kvinnor och barn. Det är ett stort bekymmer att finansieringen av verksamheten är så osäker. Det gör det svårt för kvinnojourerna att bygga upp den kunskap som behövs i ett längre perspektiv och att skapa kontinuitet i verksamheten. I södra Lappland finns aktiva Kvinnojourer i Vilhelmina och Lycksele samt Tjejjouren i Lycksele. Tjejjouren har en chatt dit unga från hela Sverige kan höra av sig. Varje dag finns någon av Sveriges tjejjourers chatt öppen för den som behöver stöd. Ett område som tjejerna i jouren i Lycksele lyfter vid sin information till nämnden, är det svåra mötet med de unga kvinnor som på något sätt ger uttryck för suicid. Tjejerna efterfrågar kompetensutveckling i framför allt bemötande av tjejer med suicidtankar.²²

¹⁸ Adam Nyström, lokalpolisområde södra Lappland

¹⁹ Christer Normark, lokalpolisområde södra Lappland

²⁰ Källa: Status

²¹ Källa: Status

²² Tjejjouren Lycksele möte med nämnd för folkhälsa och primärvård i södra Lappland 161214

2.3.6 Riskbruk av alkohol(RU)

Från verksamhetsrepresentanterna, som nämnden träffat i kommunerna i södra Lappland under 2016, kommer inga signaler om att man har ett problem med alkohol och andra droger. Nämnden har innan besöken skickat ut frågor kring bland annat riskbruk av alkohol. Det som framkommer är att man i alla kommuner har ett samarbete och förebyggande arbete kring ungdomar mellan skola, fritid, socialtjänst och polis. Man beskriver fördelar med att den egna kommunen är liten och att den sociala kontrollen är god.

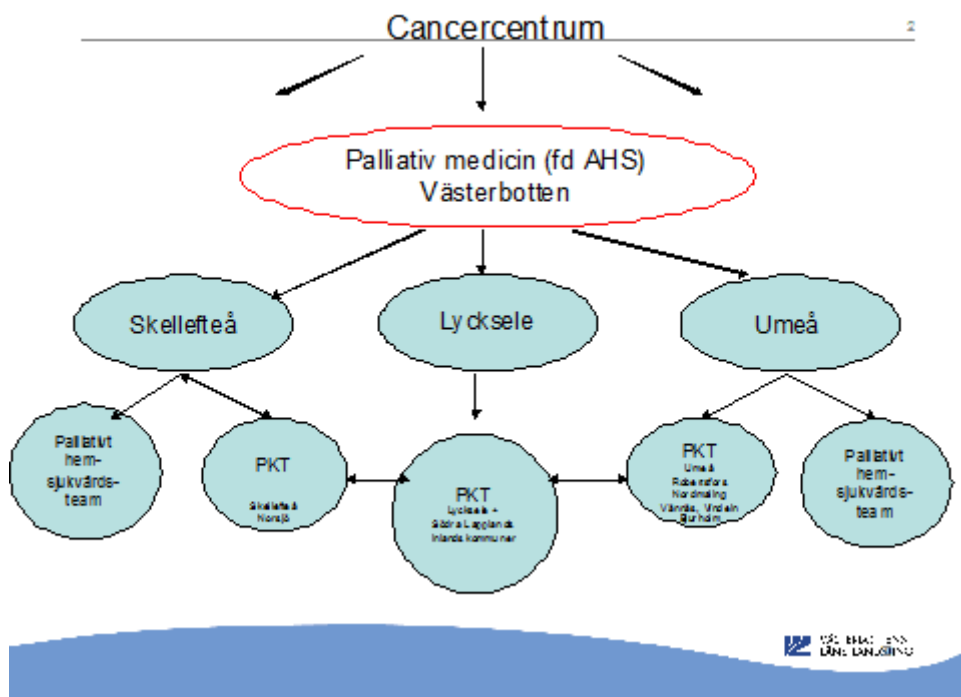
Västerbottens hälsoundersökningar (se 2.1.2. ovan) visar en bild av att riskbruk av alkohol, med något undantag, är mindre i området än i övriga länet.

3. JÄMLIK VÅRD

Landstingsfullmäktige har i Landstingsplanen 2016 – 2019 antagit ett långsiktigt inriktningsmål om Jämlik vård. Nämnden för folkhälsa och primärvård har under sitt arbete 2016 identifierat och fördjupat sig i två områden där befolkningen i södra Lappland har sämre möjligheter att erhålla jämlik vård än befolkningen i övriga länet.

3.1 Palliativ vård

Palliativ medicin är en länssektion som ligger under Cancercentrum tillsammans med Onkologi och Hematologi. Inom Palliativ medicin (tidigare AHS) finns palliativa hemsjukvårdsteam samt palliativa konsultteam. Den palliativa vården i länet ser olika ut.



I Lycksele och södra Lappland finns ett palliativt konsultteam (PKT) som är tillgängligt måndag till fredag under kontorstid. Här jobbar två sjuksköterskor och möjlighet till konsultstöd läkare finns vid behov. Läkaren är stationerad i Umeå. Konsultteamet finns till för patienten med anhöriga men också för råd, stöd (konsultation) och utbildning till personal i andra verksamheter. Det gäller allt ifrån avdelningspersonal på sjukhuset till läkare, sjuksköterskor och annan personal i primärvård, hemsjukvård och särskilda boendeformer i kommunerna i södra Lappland. PKT kan inte själva ordinera eller behandla patienten via läkaren på palliativ medicin. Det är upp till behandlande läkare och annan personal i de olika vårdformerna att själva avgöra när och om de vill använda sig av Palliativa konsultteamets kunskap eller råd kring t.ex. smärtlindring i livets slutskede. Det finns inget remisstväng till PKT.

I Umeå och Skellefteå finns palliativa hemsjukvårdsteam vilka är tillgängliga dygnet runt. Där blir patienten inskriven. Till skillnad från i södra Lappland ansvarar det palliativa hemsjukvårdsteamet för både bedömning och ordinerar behandling av patienten. Man har utöver det även Palliativa konsultteam (PKT) som jobbar på ett liknade sätt som PKT i södra Lappland. Till Palliativ medicin i Skellefteå och Umeå krävs remiss vilka bedöms enligt fastställda kriterier vilket avgör vilka patienter som blir inskrivna i det palliativa hemsjukvårdsteamet.

Inom Umeåområdets hemsjukvårdsteam finns paramedicinska resurser med arbetsterapeut, sjukgymnast, kurator och dietist. Även i Skellefteåområdet har hemsjukvårdsteamet tillgång till paramedicinska resurser.²³ I området södra Lappland ligger ansvaret på kommunen eller primärvårdens resurser beroende av om patienten är beviljad hemsjukvård eller inte. De psykosociala kompetenserna, psykolog och kurator samt dietist ingår inte i skatteväxlingen mellan landstinget och kommunerna²⁴. Därmed vilar de delarna av patientens behov av vård och stöd i livets slutskede helt på primärvården i södra Lappland. När en patient är beviljad hemsjukvård måste därmed också primärvårdens resurser möta patienten i hemmet för att patientens behov ska kunna tillgodoses.

Barn under 18 år ingår inte i skatteväxlingen vilket innebär att de inte har rätt till kommunens hemsjukvård.²⁵ Barn boende i Skellefteå- och Umeåområdet, som enligt kriterierna bedöms ha ett sådant behov, blir inskrivna i det palliativa hemsjukvårdsteamet och får därmed tillgång till specialiserad palliativ vård i hemmet. Det är inte möjligt för barn under 18 år i Västerbottens inland.

Ansvaret för vård i livets slutskede i södra Lappland vilar på primärvården/hemsjukvården vilket innebär en skillnad i på vilken vårdnivå medborgarnas behov uppfattas kunna bli tillgodosedda, beroende av geografisk hemvist. I Umeå- och Skellefteåområdet räknas behovet av viss palliativ hemsjukvård behöva tillgodoses av specialister inom palliativ medicin (inom alla kompetenser) medan behovet i södra Lappland räknas kunna tillgodoses av allmänkompetens på primärvårdsnivå med stöd av (frivillig)konsultation av Palliativ medicin.

Den risk för ojämlig vård nämnden därmed identifierat är:

- den patientgrupp inom den palliativa vården vilka i övriga Västerbotten bedöms ha behov av specialiserad hemsjukvård av landstinget,
- de barn och unga med palliativ sjukdom som inte ingår i den skatteväxling som är gjord och som därmed i området södra Lappland till skillnad från i övriga länet inte av någon huvudman, varken upp till primärvårdsnivå eller specialistnivå, har rätt till hemsjukvård.

3.2. Ungdomsmottagning/Ungdomshälsa tillgång

I södra Lapplands upptagningsområde finns endast en Ungdomsmottagning.

Ungdomsmottagningen, som är lokaliserad i Lycksele, signalerar att det är svårt att göra den investering i ungas hälsa som behövs med de pengar som regeringen tillskjutit. Verksamhetschefen ser begränsningar då pengarna inte räcker till nyanställningar. Man har erbjudit befintlig personal som inte haft heltidstjänst att gå upp i tjänstgöringsgrad.

*"Det är en smått omöjlig ekvation att rekrytera tre yrkeskategorier av de till oss tillförda medlen och samtidigt annonsera heltidstjänster. Enda möjligheten är att bemanna upp befintlig personal som inte arbetar heltid men kan/vill utöka sin arbetstid. I vårt fall är alltså detta möjligt med 10 % kurator. Oavsett hel- eller deltid är rekrytering till vården i södra Lappland den största utmaningen av alla. Med syfte att förbättra tillgängligheten inom befintliga ramar ser jag det som ett alternativ att förändra öppettiderna. Istället för öppet heldag ändra till öppet två eftermiddagar. Dels för att skapa alternativa dagar men även för att vår mottagning idag är mer välbesökt på eftermiddagen"*²⁶

²³ Stefan Silverlöv, avdelningschef Palliativ medicin i Umeå och Lycksele, Dialogmöte 161004 samt websida 1177

²⁴ Ledningsstaben, avtalsstrateg Anna Bergström

²⁵ Avtal om övertagande av hälso- och sjukvård i ordinärt boende mellan Västerbottens läns landsting och kommunerna i Västerbottens län (2012)

²⁶ Anita Bjühr, verksamhetschef Stenbergiska Hälsocentraler/sjukstugor i södra Lappland.

Ungdomsmottagningens lokaler är idag placerade inom hälsocentralen vilket försvårar anonymiteten för ungdomarna. Det kan innebära att de som har behov inte söker till mottagningen. Den verksamhet man bedriver för ungdomar inom Umeå-området är ett gott exempel på val av lokalisation av en Ungdomshälsa.

För att ta ett steg mot en ungdomshälsa har man inlett ett samarbete med Lycksele kommun som tillför en viss procent socialsekreterare till teamet. Målet för verksamhetschefen är att under 2017 verkliggöra en Ungdomshälsa i andra lokaler än Ungdomsmottagningens på Stenbergiska hälsocentral.²⁷

4. Behov av satsningar i södra Lappland inför budget och plan 2018

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.

4.1 Primärvårdsinsatser

- Nämnden anser att LTS under 2018 bör se över primärvårdens möjligheter att tillsammans med kommunerna arbeta med fallprevention framförallt riktad mot personer i ordinärt boende.
- Nämnden anser att LTS under 2018 bör säkerställa att alla unga med psykisk ohälsa som vänder sig till vården får hjälp på rätt vårdnivå. LTS bör se till att intensifiera informationsinsatserna kring nyanländas och asylsökandes rätt till lika vård vid psykisk ohälsa. Nämnden vill också lyfta det fortsatt stora behovet av Familjecentraler, en tillgänglig ungdomshälsa samt samverka för att effektivt kunna möta den ökande psykiska ohälsan hos befolkningen. Det är viktigt att tydliggöra 1:a linjens uppdrag i förhållande till psykiatri.
- Nämnden anser att LTS under 2018 bör vidta åtgärder för att säkerställa att den palliativa vården blir jämlik i hela Västerbotten!

4.2 Folkhälsoinsatser

- Nämnden anser att det är av största vikt att fler lokala samverkansavtal mellan kommunerna i området och Västerbottens läns landsting tecknas. Det gäller på alla områden men mest akut är det för området barn och unga. Nämnden vill påtala vikten av att man skyndsamt får till stånd väl genomtänkta och väl fungerande lokala avtal mellan kommunerna i södra Lappland och Västerbottens läns landsting.
- Nämnden anser att landstinget bör jobba med riktade folkhälsoinsatser mot södra Lappland då den riskprofil som VHU visar för området skiljer sig från länet i övrigt.
- Nämnden anser att LTS bör säkerställa att relevant hälsodata finns tillgänglig även för gruppen mellan 6-40 år för att bilden av folkhälsan ska blir mera heltäckande och lättare att tyda.

²⁷ Anita Bjuhr, verksamhetschef Stenbergiska hälsocentral samt samordnare hälsocentraler/sjukstugor i södra Lappland