

# **Kommunfullmäktige**

**PROTOKOLL**

**13 maj 2002**

**Kommunfullmäktige**  
**PROTOKOLL**  
**2002 05 13**

	Sid
§ 61 Information .....	86
§ 62 Temadiskussion om hälso- och sjukvården .....	87

Plats och tid Teatersalongen i Föreningshuset Borgen, Visby, kl 18.00-21.15

Beslutande Se följande sidor

Övriga närvarande Bo Dahllöf, regiondirektör  
Eleonor Lindstedt, kansliassistent

Utses att justera Lena Celion och Gerty Holmstedt

Justeringens plats och datum Ledningskontoret 2002 05 22

Underskrifter Sekreterare.....Paragraf 61-62  
Ann Egefalk

Ordförande .....  
Inger Harlevi

Justerande.....  
Lena Celion Gerty Holmstedt

---

**ANSLAG/BEVIS**

Protokollet är justerat. Justeringen har tillkännagivits genom anslag.

Organ **KOMMUNFULLMÄKTIGE**

Sammanträdesdag 2002-05-13

Datum för anslags uppsättande 2002-05-22

Datum för anslags nedtagande 2002-06-13

Förvaringsplats för protokollet Ledningskontoret, kansliteamet

Underskrift .....

**Beslutande**

**Ledamöter**

Inger Harlevi (m), ordförande  
Per-Olof Jacobsson (c)  
Ingibjörg Sigurdsdottir (s)  
Hans Klintbom (c)  
Lena Celion (m)  
Roy Hansson (m)  
Åke Svensson (s)  
Lars Thomsson (c)  
Eva Nypelius (c)  
Gösta Hult (c)  
Staffan Bergwall (m)  
Ove Nyman (m)  
Claes-Göran Nilsson (s)  
Bengt Olsson (s)  
Björn Jansson (s)  
Gerty Holmstedt (s)  
Leif Andreasson (s)  
Barbro Ronsten (c)  
Curt Broberg (c)  
Arne Ohlsson (c)  
Margareta Benneck (m)  
Lilian Edwards (m)  
Roland Olofsson (s)  
Ylva Simander (s)  
Lilian Virgin (s)  
Torsten Gislestam (c)  
Börje Lundberg (c)  
Margareta Persson (m)  
Solveig Artsman (m)  
Per-Rune Högberg (s)  
Jessica Cederblad (s)  
Eric Carlsson (c)  
Per-Anders Croon (m)  
Per Österlund (m)  
Ulla Hammarhjelm (m)  
Bodil Rosengren (v)  
Christer Engelhardt (s)  
Inger Samuelsson (c)  
Eva Gahnström (c)  
Britt-Marie Klintström (c)  
Christina Eriksson (m)  
Yngve Andersson (kd)  
Nils Ronquist (kd)  
Harriet Lihnell (mp)  
Torgny Lihnell (mp)  
Bengt Viberg (v)  
Brittis Benzler (v)

Barbro Öncel (fp), *(del av tid)*  
Sven Larsson (gp)  
Rut Smeds (kd)  
Björn Fransson (mp)  
Carina Lindberg (v)  
Carina Flodman-Andersson (v)  
Jan Lindell (fp)  
Torsten Andersson (gp)

***Tjänstgörande ersättare***

Wera Svensson (s),  
(för Jan Lundgren)

Per-Erik And (s),  
(för Sonia Landin)

Anna Wickström (s),  
(för Eric Martell)

Daicy Larsson (s),  
(för Rose-Marie Stenbom)

Stefan Nypelius (c),  
(för Anna Andersson)

Birgitta Johansson (s),  
(för Tommy Gardell)

Leif Dahlby (s),  
(för Maj-Britt Fallgren)

Curt Redner (s),  
(för Mona Magnusson)

Lars Wetterlund (s),  
(för Per-Åke Ekelöf)

Barbro Tillander (v),  
(för Elias Özyurt-Eldenblom)

Lars Ahlner (fp),  
(del av tiden, för Barbro Öncel)

Sonja Ilander (fp),  
(för Bror Lindahl)

Jennie Andersson (v),  
(för Jan-Erik Eriksson)

***Icke tjänstgörande ersättare***

Birgitta Eriksson (m)

Karl-Henrik Fridblom (m)

Göthe Malmros (m)

Christer Mattsson (c)

Pär Stenegård (c)

**Kf § 61**

**Information**

I anslutning till kommunfullmäktiges sammanträde informerade Fredrik Persson vid polisens nyinrättade narkotikagrupp om knarksituationen på Gotland och det arbete som bedrivs mot ungdomars ökande användning av narkotika.

Justerande:	Utdragsbestyrkande:
-------------	---------------------

## Kf § 62

### Temadiskussion om hälso- och sjukvården

På initiativ av kommunfullmäktiges förnyelsegrupp hade kommunfullmäktige kallats till temadiskussion om hälso- och sjukvården, dess problem och utveckling. Kommunfullmäktiges ordförande Inger Harlevi (m) hälsade fullmäktige och allmänhet välkommen.

Kommunfullmäktiges 1:e vice ordförande Per-Olof Jacobsson (c), som haft förnyelsegruppens uppdrag att utforma kvällen, presenterade upplägget. Det var konstaterade han, glädjande att på detta sätt uppmärksamma sjukvårdsfrågorna, som - trots att hälso- och sjukvården utgjorde en så betydande del av Gotlands kommuns verksamhet - inte avspeglade sig i samma proportion i kommunfullmäktiges vanliga arbete.

Kommunikationsdirektör Sören Berg\*, Stockholms läns landsting, kommunalrådet tillika ordföranden i hälso- och sjukvårdsnämnden, Lena Celion (m) och hälso- och sjukvårdsdirektör Jan-Olof Henriksson höll inledande anföranden och utgjorde sedan panel i den anslutande diskussionen. Diskussionen leddes av kommunfullmäktiges ordförande Inger Harlevi (m).

\* Sören Berg, som sedan ett år arbetar med frågor om information och kommunikation kring hälso- och sjukvårdsfrågor har dessförinnan arbetat hos landstingsförbundet med frågor om sjukvårdens långsiktiga utveckling. Han är författare till flera rapporter som landstingsförbundet utgivit, bl.a. "Solidarisk vård i en förändrad framtid - frågor och reflektioner inför en komplex utmaning".

### Kommunikationsdirektör Sören Berg

Sören Berg ämnade ge en bakgrund till vad som händer i vården och vad det betyder på sikt.

*Trots att möjligheterna att få hjälp är större än någonsin, talas det om problem i vården. Trots att det ständigt tillförs medel, upplever man resursbrist. Trots att det aldrig funnits så många läkare och sjuksköterskor som idag, upplever många att vården präglas av nedskärningar. Det finns fantastiska möjligheter i sjukvården men vi måste bli realistiska, om nuvarande finansieringssystem inte ska förtäras inifrån. Vi behöver inte välja bort det svåraste, det handlar i stället om att välja till det viktigaste.*

Inte sällan hade Sören Berg mött nyvalda förtroendevalda som tillträtt med ambition att lösa problem i sjukvården men som efter ett tag funnit sig hantera ekonomi och besparingar.

*Forts*

Justerande:	Utdragsbestyrkande:

**Kf § 62** *forts*

De ökande kostnaderna och det stora underskottet i sjukvården är inte unikt för Gotland; fenomenet förekommer i många andra landsting och i andra länder. Ekonomin är en viktig utgångspunkt, eftersom de starka kostnadsökningarna i hälso- och sjukvården är slående. Det spännande problemet är att vilja erbjuda en bra vård och samtidigt få kontroll på kostnadsutvecklingen. Ekonomin sätter ramarna för vad som är möjligt. Det finns en paradox i att både personal och patienter upplever nedskärningar medan kostnaderna för vården stiger snabbare än inflationen år efter år. Det är besynnerligt att man, trots att det faktiskt ständigt skjuts till mer resurser till vården, ändå bara uppfattar besparingar.

Tre faktorer ville Sören Berg lyfta fram som förklaring till kostnadsstegringen:

**BEHOVEN:** Befolkningens stigande medellivslängd gör att vårdbehoven ökar. Samtidigt ifrågasätts åldersfaktorn som förklaring, eftersom de äldre också blir allt friskare. Mycket tyder på att de stora vårdbehoven uppstår under de sista åren i livet, oavsett patientens ålder då. Men, även om åldersfaktorn är överdriven är den en realitet. I Sverige och Japan har den redan märkts men håller på att bli en dramatisk faktor i allt fler länder. Den förklarar emellertid inte kostnadsökningen från ett år till ett annat.

**LÖNEKOSTNADSUTVECKLINGEN:** De ökade lönekostnaderna är en tung och mer snabbverkande förklaringsfaktor just nu. En förklaring till att Sverige i internationell jämförelse haft måttliga sjukvårdskostnader har varit de relativt låga lönerna. I en bristsituation kostar det oerhört mycket att attrahera sjukvårdspersonal. Bemanningföretagen är ett bevis på den nya situationen. Att personal med låga löner genom dem kan kringgå den officiella lönepolitiken är egentligen en ganska naturlig mekanism. Den får emellertid dramatiska effekter och är en mycket tung faktor för att förklara de senaste årens utveckling. Och i en sådan situation spelar det ingen roll vad som står i huvudmannens lönepolicy.

**MÖJLIGHETSREVOLUTIONEN:** Sjukvårdens ständiga utveckling är den kanske mest intressanta förklaringsfaktorn, eftersom den också rymmer positiva möjligheter. Den handlar om hur mycket mer sjukvården kan åstadkomma idag, än den kunde för några år sedan. De nu i masskala utförda hjärt-, höftleds- och starroperationerna är exempel på en utveckling som gett människor oerhört högre livskvalitet. Kostnaderna för detta uttrycker en enorm standardförbättring.

*forts*

Justerande:	Utdragsbestyrkande:
-------------	---------------------



**Kf § 62** *forts*

Exempel: Cancervården i Stockholm, har i massmedia beskrivits vara i kris. Bland i cancervården verksamma finns en viss oro för framtiden, Man förutser ökade resursbehov p.g.a. ökad cancersjuklighet och ökade behandlingsmöjligheter.

Problemen att rekrytera personal gör det svårt att ge patienterna den omsorg och omvårdnad som de behöver. Men, situationen när det gäller medicinsk behandling förbättras dock för varje år!. Så, bilden av kris i cancervården är både sann och falsk, och det gäller flera områden.

En annan bild hämtade han från förlossningsvården i Stockholm. Det är naturligtvis olyckligt att behöva känna oro för om man ska få plats på förlossningen. Å andra sidan kan man, med en internationellt verksam chefsläkare, fråga sig, om det är k r i s , när man befinner sig i den stad, i den del av Sverige som har den nästan lägsta andelen skadade både barn och mammor, i det land som har det lägsta talet skadade barn och mammor i hela världen?

Möjlighetsrevolutionen är en oerhört viktig del av det som händer i sjukvården som inte får underskattas.

Han konstaterade att utvecklingen med ökade kostnader för samma verksamhet är dramatisk just nu, men att, förr eller senare, uppstår jämviktslägen, då lönerna i sjukvården är anpassade till arbetsmarknaden i övrigt. När det gäller behoven kan man förvänta en måttlig stegring. Utvecklingen av de medicinska möjligheterna upphör emellertid inte. Den är relativt snabb - inte lika snabb som löne-kostnadsfaktorn - men egentligen mycket positiv.

Paradoxen, att det å ena sidan hela tiden tillförs resurser till vården och å andra sidan upplevs besparingar, kan förklaras med den fortlöpande tillväxten i den medicinska kärnan. För att klara det tillskjuts medel. När de visar sig otillräckliga, sker dessutom en slags besparing i "kanten" - i de verksamheter som ligger i gränslandet mellan sjukvård och omsorg. Där sker många av besparingarna och det är en ganska dramatisk utveckling.

Om man betraktar utvecklingen under 1990-talet kan man grovt dela in vården i två (sammanvävda) komponenter: en slags OMSORGSKOMPONENT och en BEHANDLINGSKOMPONENT med olika karaktäristika. Omsorgskomponenten bygger på gammal eller "inneboende" mänsklig kunskap om och vilja att ta hand om sina anhöriga. Man har erfarenhet av att prioritera, därför att man vet att man måste göra avvägningar i sin vardag. Behandlingskomponenten utgör en mycket nyare del av vården. Den bygger på att människors tillstånd ska förändras, genom t.ex. läkemedel och kirurgi. Man går in och ändrar på någonting och ger inte *forts*

Justerande:	Utdragsbestyrkande:

**Kf § 62** *forts*

bara stöd till egen läkning. Den har ett mycket mer tekniskt innehåll och utmärks av en snabb kunskapsstillväxt. Prioriteringarna inom det området är vi ovana vid och de kan få karaktären av ett antingen eller: "ska vi operera den här patienten eller inte?" Frågan blir så "hård" att det finns risk för att man anser sig inte kunna prioritera. Eftersom det är det utomordentligt svårt att säga nej till behandling kommer prioriteringarna att ske inom omsorg.

Det förefaller som om den snabba tillväxten av behandlingsmöjligheter leder till en resursöverflyttning från och uttunning inom "omsorgsområdet". Det är naturligtvis dramatiskt och man kan ställa sig frågan vad som är det mest viktiga. Många gamla eller allvarligt sjuka människor är kanske mer oroliga över brister i omsorgen, än brister på behandlingsområdet, eftersom de - som de flesta - nog utgår ifrån, att den rent medicinska sidan fungerar ganska bra.

Frågan är om det skulle kunna vara annorlunda? Han exemplifierade med en kommentar från en politiker som, ställd inför denna bild, frågat sig om man gjort en riktig politisk prioritering under 90-talet, när man lovat att satsa på omsorg. Hon hade besvarat frågan nekande men samtidigt frågat sig, om man kunnat göra annorlunda? Att prioritera omsorg på bekostnad av att avstå från att tillhandahålla de bästa behandlingsmetoderna skulle inte ha gått. Det var inte vad man velat men man hade inte kunnat göra något annat.

Dramatiken ligger i att de nya fantastiska möjligheterna skapar frågor, som, om vi inte hanterar dem, kan leda till icke önskvärda förskjutningar. Risken är vi "spränger oss av ren välvilja". Vi tar på oss saker som vi har svårt att leva upp till. Med löftena följer inte automatiskt att vi åstadkommer mer; det sker först när vi orkar göra mer. Även på områden där förbättringar faktiskt åstadkommits, uppfattas det som om man inte lever upp till löftena.

Han nämnde som exempel en diskussion med personer med hög kompetens där han övertygats om vilken hälsorisk som övervikt hos barn innebar. Gruppen presenterade förslag till behandling - intensiva insatser av läkare, psykologer, kuratorer m.fl. på ganska små grupper av barn. I och för sig utmärkta metoder men orealistiska, eftersom en snabb beräkning visar, att det är fullständigt omöjligt att ge alla berörda barn den typen av personalinsatser; så många inom dessa personalkategorier finns inte. Risken är alltså att det byggs upp förväntningar, som leder till besvikelser; ty, även om vi kan åstadkomma förbättringar, kommer de är inte att bli lika stora som dem vi hade tänkt oss. *forts*

Justerande:	Utdragsbestyrkande:

**Kf § 62** *forts*

Det har aldrig funnits så många läkare och sjuksköterskor i Sverige som idag. Trots att antalet ökat varje år, talas det ändå om en väldig brist. Och den bristen handlar just om att vi ökat förväntningarna på vad som ska göras. Men det betyder ju inte att vi får mer gjort. Vi bygger upp en frustration åt oss själva. Och det föder ett förtroendeproblem.

Frågan kan belysas på ett annat sätt. Fördelas totalkostnaden för den vård som landstingen och de landstingsfria kommunerna utför på antalet invånare i Sverige, betalar varje svensk i storleksordningen 10 000 - 15 000 kr per år. Många anser att man inte får valuta för pengarna: "man betalar och ändå får jag inte kontakt med vårdcentralen, och ändå får jag vänta ... etc". Om man efter ett antal år "inte fått ut något på brandförsäkringen på sitt hus" blir man däremot inte upprörd. Hade man däremot betalat för ett - serviceavtal - som inte infriats har man rätt att vara upprörd.

Av beloppet (10 000 - 15 000 kr) går - mycket grovt räknat - i storleksordningen 10% till dem som i praktiken betalar mest till systemet, alltså de som i grunden är friska och arbetsföra. Huvuddelen går till livets första år, vård i livets slutskede och allvarliga kroniska sjukdomar. De flesta betalar ca 15 000 kr och får ut ett värde av 1 500 kr. Den som tycker att det är dyrt trorde sig betala för ett "serviceavtal" och förstod inte att det var en "brandförsäkring".

Det här föder en viktig fråga. Många som betalar ganska mycket, anser att systemet i och för sig är bra och betalar gärna - de flesta svenskar vill ha en solidariskt finansierad vård. Men man vill ändå ha valuta för pengarna. Kanske måste vården inom den mindre kostnadskrävande delen byggas ut, för att de som är med och betalar ska vara beredda att göra det. Om man ska bygga ut resurserna måste man kanske satsa en del på dem som är med och betalar systemet. Det är en väg. Den andra är den amerikanska modellen. Den första vägen innebär att man låter de arbetsföra via sina försäkringar och arbetsgivare betala och den stora kostnadskrävande området betalas gemensamt. Det finns likande system i Holland och i andra länder. Det är viktigt att konstatera att de som betalar mycket till systemet erhåller mycket litet och ser inte vad resten går till. De arbetsföra är kanske t.o.m. beredda att betala lite mer för att få litet bättre service (inom det mindre kostnadskrävande området). Om man ville förbättra servicen där skulle man ju bara behöva öka totalkostnaden för sjukvården med 10% och ändå fördubbla resurserna för dessa kategorier.

*forts*

Justerande:	Utdragsbestyrkande:
-------------	---------------------

**Kf § 62** *forts*

De flesta svenskar vill ha en solidariskt finansierad hälso- och sjukvård och delar värderingen, att den som drabbas av sjukdom ska få bra vård oavsett inkomst. Då är det oerhört viktigt att systemet inte slits sönder inifrån av det förtroende-problem som uppstår när de som jobbar i systemet och de patienter och människor, som ska ha nytta av det, uppfattar att löftena inte infrias. Risken finns att systemet uttunnas till ett lågt hängande skyddsnet för de allra fattigaste och att alla som kan, skaffar något annat vid sidan om. Vill vi slå vakt om det nuvarande systemet måste det finnas en realism mellan vad sjukvården utlovar och vad den kan leverera.

De tre olika mekanismerna (mer pengar för samma verksamhet, mer pengar för samma standard, mer pengar för höjd standard) föranleder tre olika strategier.

Acceptera att det finns en arbetsmarknad som man måste anpassa sig till, om människor ska vilja jobba i vården. Omfördela arbetsuppgifter till yrkesgrupper som är lättare att få tag i; så sker i alla branscher som har ont om personal. Men man måste också våga ta tag i den i grunden mycket positiva "möjlighetsrevolutionen", eftersom den innebär att sjukvården kan göra något som är mycket bättre. För att slå vakt om en grundläggande solidarisk finansiering måste man se till att det finns en realistisk koppling mellan vad vi erbjuder och vad vi kan uppnå. Då blir prioriteringsdiskussionen - som hittills har förts på ett ganska allmänt sätt med hänvisning till att det är viktigt men svårt - angelägen att föra när nyheter introduceras i vården. Det är både svårt och kanske inte ens meningsfullt att försöka skära bort etablerad verksamhet, men när det kommer nyheter bör man fundera på om de ska lyftas in till det gemensamt finansierade området. Dylika initiativ har tagits på läkemedelsområdet. (Viagra t.ex. är ett godkänt läkemedel men ingår inte i den allmänna finansieringen. Det finns åtskilligt i vården som man betalar själv, alltifrån huvudvärkstabletter och glasögon.) Vi måste ta ställning till vad som ska ingå i den gemensamma finansieringen och se till att det finns en realistisk balans mellan tillgängliga resurser och det man lovar att leverera. Det finns, anser Sören Berg, stora möjligheter att göra det på ett bra sätt. Många av de livsviktiga insatserna kommer man troligen inte alls att behöva utsätta för prioriteringar. De stora viktiga frågorna ligger i gränslandet mot människors egna mer vardagliga krämpor. Där kommer många nya läkemedel att utvecklas, t.ex. mot förkylning. Och då är frågan, om det ska ingå i den gemensamt finansierade vården eller inte. Och svaret beror på hur mycket vi vill ta ut i skatt och på andra sätt.

*forts*

Justerande:	Utdragsbestyrkande:
-------------	---------------------

**Kf § 62** *forts*

Frågor ställdes av Hans Klintbom (c), Nils Ronquist (kd), Lars Thomsson (c) och Lena Celion (m) om bl.a. prioriteringar och programarbete.

Hälso- och sjukvårdsnämndens ordförande Lena Celion (m).

Hälso- och sjukvårdsnämndens ordförande Lena Celion framhöll bl.a. de ökade krav som ställs på sjukvården av alltmer välinformerade patienter. Hon välkomnade den utvecklingen och ville se en förskjutning av perspektivet, så att de värden som en god hälso- och sjukvård tillförde samhället i form av minskade kostnader framhålls. Sjukvården har en enorm utvecklingspotential och kan förbättra livet för många människor. Ekonomin är förvisso viktig men mer sällan belyses kostnaden för "icke-vård" - den uteblivna vården. Människor i kö är ingen besparing; tvärtom har det många negativa konsekvenser både för patienten och andra delar av samhället p.g.a. produktionsbortfall och försvårad rehabilitering.

Hon framhöll också personalens betydelse och vikten av att de trivs att de är delaktiga och blir lyssnade till. Den instängda kunskapens frustration är, enligt henne, ett stort hot.

Lena Celion tog också upp frågan om ersättningssystemen och finansieringen av hälso- och sjukvården. Hon kommenterade utvecklingen på läkemedelsområdet och ansåg det viktigt att vidga synen på var sjukvård skulle tillhandahållas.

Anm: Anförandet bifogas protokollet.

**Hälso- och sjukvårdsdirektör Jan-Olof Henriksson**

Hälso- och sjukvårdsdirektör Jan-Olof Henriksson presenterade fakta om samt beskrev organisationen och lokaliseringen av hälso- och sjukvården på Gotland. Han framhöll att gotlänningarna erhåller en mycket bra vård av en fantastisk personal. Mot bakgrund av kostnadsutvecklingen var den för honom mest angelägna frågan huruvida Gotlands kommun har möjlighet att vara sjukvårdshuvudman i framtiden. Han beskrev styrkor och svagheter som det lilla befolkningsunderlaget och ö-läget utgör när det gäller att hålla en hög kvalitet på sjukvården. Korta beslutsvägar och personliga relationer gav övervägande positiva möjligheter. Okonventionella organisatoriska lösningar används och som exempel nämnde han Barnnätverket, barnläkare (specialistkompetenta läkare) på BVC, konsultsamarbete, telemedicin, samutnyttjande inom försörjningsfunktionen, samordnad rehabilitering, utredning om BUP och möjligheterna till samordad psykiatri, samt samarbetet med Huddinge sjukhus (HSAB) både på den kliniska sidan och inom den patientadministrativa (utveckling av datajournal). *forts*

Justerande:	Utdragsbestyrkande:

**Kf § 62** *forts*

Bland svårigheterna märktes behovet av transporter som fördyrade sjukvården och den sårbarhet som ligger i att specialiserad kompetens inte kan dubbleras och att enstaka speciella medicinska åtgärder för en patient kan få stort genomslag på kostnaderna. De ökade kostnaderna för läkemedel beskrev han som alarmerande. Avsaknaden av konkurrens var försvårande både när det gällde sjukvård och stödverksamheter. Han avslutade med att ge några ekonomiska fakta om sjukvårdskostnaderna, personalkostnaderna och regionvårdskostnaderna.

**Frågor och diskussion**

*Torsten Gislestam (c), Per-Olof Jacobsson (c) och Carina Lindberg (v)* om nedläggning av distriktssköterskemottagningen i Burgsvik och distriktssköterskemottagningar i allmänhet.

Lena Celion (m) och Jan-Olof Henriksson hänvisade bl.a. till ekonomiska realiteter, direktiv om översyn av servicenivåer och svårigheter att rekrytera personal.

*Ove Nyman (m)* om huruvida utnyttjandet av sjukvårdens lokaler - framför allt lasarettet - kunde anses vara optimalt och om ekonomiska effekter av den förlösningssvård som tillhandahållits patienter från Stockholms läns landsting.

*Per Österlund (m)* om möjligheterna på nationellt plan av att rekrytera läkare och sjuksköterskor.

*Hans Klintbom (c)* om vikten av att få grepp om hälso- och sjukvårdens ekonomi. Det tillskott av ekonomiska resurser som tillförts sjukvården var, enligt hans uppfattning, nästan gränsen för vad Gotlands kommuns övriga verksamheter klarar av. Att synkronisera ekonomi och verksamhet är utomordentligt viktigt, annars finns risken att kostnaderna för sjukvård och sociala insatser svälter ut övriga verksamheter. Den, enligt honom, kritiska frågan är inte huvudmannaskapet i sig, utan att få bukt med kostnaderna. Lösningen på det ligger inte i att bli ett sjukvårdsområde inom annat landsting. Värdet att gotlänningarna har ett avgörande inflytande över sin sjukvård är omistligt. Han ifrågasatte vad hälso- och sjukvårdsdirektör Jan-Olof Henriksson förväntade sig uppnå med "sjukvårdshuvudmannaskapsfrågan".

*Inger Harlevi (m)* om det fanns en övertro på omorganisationers effekt.

*Sören Berg* aktualiserade frågan om inställningen till den situation när patienten vill betala själv för vård som inte huvudmannen inte tillhandahåller och huruvida sjukvården skulle sälja behandlingar och insatser som inte tillhandahålls i den gemensamt finansierade vården.

*forts*

Justerande:	Utdragsbestyrkande:

**Kf § 62** *forts*

*Åke Svensson (s)* om eventuell utvärdering av vårdprocessen för diabetes.

*Margareta Persson (m)* om vad sjukvården gör för att lösa bostadsbristen för anställda.

*Sören Berg* om varför det finns en brist på läkare och sjuksköterskor trots att de aldrig varit så många. Skälen var enligt honom: arbetstidsförkortning, att man tagit bort yrkeskategorierna undersköterskor och biträden (vilket enligt honom var mycket olyckligt) och höjd ambitionsnivå med fler inrättade tjänster.

*Carina Lindberg (v)* om kostnaderna för personalomsättningen och behovet av andra perspektiv på den.

*Brittis Benzler (v)* om vad Lena Celion menade med "vi" i sitt anförande. Brittis Benzler ifrågasatte Lena Celions syn på den gränslösa sjukvården och ansåg att i centrum stod de människor som behövde vård och omsorg h ä r (på Gotland). De behövde kontinuitet, varför samarbetskontrakt och samverkan med ömsesidiga åtaganden var att föredra framför tillfälliga "köp" av personal. Diskussionen om prioritering i vården måste, enligt henne, föras på ett nationellt plan och frågan för oss på Gotland är hur vi här kan tillhandahålla vård som motsvarar den nationella.

*Gerty Holmstedt (s)* om vad som görs och planeras för att utveckla undersköterskorna.

*Allmänhet:* Kommentar om den dyra sjukhusvården och risken att man bortser ifrån att vård i hemmet också kostar. Fokuseringen på att vård ska tillhandahållas omedelbart skrämmer samtidigt upp människor med svåra sjukdomar som därför drabbas av stor oro när behandlingen inte tillhandahålls "omedelbart", trots att det finns fungerande behandlingar under tiden.

*Hans Klintbom (c)* om bristande solidaritet landstingen emellan. Det ökade rekryteringsbehov som uppstår när ett landsting sänker sin norm för relationen antalet patient per läkare försvårar för andra. Han kommenterade också den ökade administrationen i själva vården och undrade vad som görs och kan göras för att få mer tid för direkt vård och behandling. Som en avslutande fråga undrade han om telemedicin "lönat sig".

*Per Österlund (m)* om ev. förekomsten av rapport/sammanställning av de enkäter som ibland görs i sjukvården på Gotland.

*forts*

Justerande:	Utdragsbestyrkande:

**Kf § 62** *forts*

**Avslutning**

Kommunfullmäktiges 1:e vice ordförande Per-Olof Jacobsson (c) tackade Sören Berg, Lena Celion och hälso- och sjukvårdsdirektör Jan-Olof Henriksson för deras medverkan och riktade också ett tack till dem inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen som producerat den utställning som visats i Borgens foajé i anslutning till mötet.

Kommunfullmäktiges ordförande Inger Harlevi (m) förklarade sammanträdet avslutat och rapporterade att ett ytterligare temamöte, då om skolan, planerades under mandatperioden.

Justerande:	Utdragsbestyrkande:
-------------	---------------------



*Anförande av Lena Celion (m) vid sammanträde 13 maj 2002*

Ikväll har vi samlats för att få möjlighet att diskutera de viktiga framtids- frågorna för den gotländska sjukvården, något jag anser vara mycket värde- fullt. Vi kanske inte kommer att hitta lösningarna idag, men vi måste på allvar se vad som kan göras, och se på det som händer i vården som möjligheter för Gotland och gotlänningarna.

Den gotländska sjukvården möter i dag patienter som är välinformerade och kritiska. Internets utbredning i hemmen möjliggör en fantastisk informations- inhämtning. Globaliseringen blottar brister i vissa sjukvårdssystem, samtidigt som den lyfter fram lyckade exempel. Varför ska patienter nöja sig med något annat än den bästa sjukvården – den sjukvård många redan idag enkelt kan få kunskap om via sin dator? Det är numera inte ovanligt att människor kommer till doktorn försedda med mängder av utskrifter från Internet.

Denna utmaning är givetvis stor för vår gotländska sjukvård. Hur ska vi lyckas nå upp till de högt ställda kraven? Eller är kanske kraven orimliga? Och var skall vi i så fall dra gränsen för när vi inte kan erbjuda vård inom de offentliga resurserna - hur ska prioriteringar i vården ske?

Är kraven orimliga? Den frågan måste besvaras med ett nej. Att patienter i allt högre utsträckning inser nya möjligheter och med rätta ställer ökade krav på sjukvården är inget problem. Detta är en följd av att den generella utbildnings- nivån har stigit, och att människor är vana att ställa krav i sammanhang utanför sjukvården. Ska vi lyckas med detta måste vi byta perspektiv på sjukvården, från en kostnad till en resursskapande verksamhet. En god vård ger minskade kostnader i andra delar av samhällsapparaten.

Sjukvårdens möjligheter att bota och lindra utvecklas snabbt. Sjukvården kan i dag bota sjukdomar som inte kunde botas tidigare, samt förbättra livet för många människor. Sjukvården står även inför enorma utvecklingsmöjligheter de närmaste decennierna. Utvecklingen inom områden som kombinationskemi, IT, materialteknik m.m. har lett till en accelererande utveckling inom vårdens område. Det är det som "Möjlighetsrevolutionen" handlar om.

Mot bakgrund av den begränsade ekonomin i Gotlands kommun diskuterar vi nu ofta kostnaderna för vården. Det är bra – alla vet vi att en god ekonomi på sikt är nödvändig för en god vård.

Mer sällan belyser vi kostnaderna för icke-vården. Det är ofta dyrare att låta människor vänta på vård än att ge vård. Man sparar inte pengar på att låta människor stå i kö. Tvärtom innebär köer – förutom mänskligt lidande – ett samhällsekonomiskt lidande av stora mått.

Väntan innebär lidande och oro. Men det kan också innebära att sjukdoms- tillstånd förvärras, vilket gör att både behandling och rehabilitering försvåras och fördyras. Detta påpekade också TCO-ordföranden Sture Nord flera gånger vid ett seminarium om Ohälsa i arbetslivet i Visby förra veckan. En snabb återgång till arbete är avgörande för en lyckad rehabilitering. Därutöver finns andra kostnader förknippade med köerna. Det handlar bl.a. om produktions- bortfall genom sjukfrånvaro och förtidspensioneringar, samt de extra sociala stödsatser som inte minst pensionärer kan behöva under väntetiden.

En förutsättning för att ge god vård i tid är givetvis att vår sjukvårds- personal trivs. En självkritisk spegling visar att ansvar inte alltid har följt befogenhet, utvecklingsmöjligheterna kunde ha varit större och belöningarna fler. Möjligheterna att kunna påverka och bli lyssnad på måste öka på alla nivåer i kommunen. Blir vi inte bättre på dessa områden riskerar vi att misshushålla med sjukvårdens viktigaste tillgång: den oftast mycket hög- utbildade personalen. "Den instängda kunskapens frustration" är ett av de största hoten mot en bra sjukvård. *forts*

Justerande:	Utdragsbestyrkande:

All erfarenhet talar för ökad trivsel hos personalen då en mångfald av arbetsgivare erbjuds. Det gäller såväl den personal som stannar kvar i offentlig regi, som den som väljer nya arbetsgivare. Detta är inget hot mot sjukvården, utan en möjlighet.

En nyligen genomförd undersökning från SKOP – Skandinavisk Opinion – visar att bland allmänheten tror 80 procent att fler arbetsgivare inom vården skulle underlätta rekryteringen av vårdpersonal. Hela 83 procent tror dessutom att en mångfald av arbetsgivare ger vårdpersonalen bättre möjligheter att utvecklas i arbetslivet.

Endast en knapp fjärdedel av västvärldens invånare lever i länder där sjukvården i dominerande utsträckning utförs av offentliga vårdgivare. På sikt anser jag vi bör se över och samordna de offentligt finansierade sjukersättningssystemen och införa en offentligt och solidariskt finansierad hälsoförsäkring som omfattar alla, så att våra gemensamma resurser kan användas som i Socsam och Finsam-projekten vi haft tidigare på Gotland.

Innan riksdagen ger oss den möjligheten gör vi allt för att kapa köerna. På Gotland opereras nu knän och höftleder nonstop under ett par månader och köerna kapas rejält.

Det problematiseras ofta kring att nya läkemedel är dyra. En friare handel skulle visserligen sänka priserna, men fortfarande skulle kostnaden bli betydande. Det är rätt att läkemedelspriserna tas upp till debatt, men det får inte innebära att man tar höga priser som intäkt för att det skulle vara något sjukt med utvecklingen på området. Vissa läkemedel sänker de totala kostnaderna: magsårsmediciner har t.ex. medfört att vissa typer av operationer med efterföljande sjukskrivningar i stort sett försvunnit. Allra mest värdefullt torde den frånvaro av mänskligt lidande vara, som vi har att tacka tillverkningen av dessa läkemedel för.

Sedan vi tillträdde efter valet 1998 har vi arbetat för att ge gotlänningarna vård i tid. Något annat vore oförsvarligt, eftersom gotlänningarna själva har betalat för vården. - I förskott, dessutom. Vård i tid kan också innebära att den gotländske patienten söker vård utanför vår ö. I framtiden vill vi även sudda ut gränsen mellan svensk och utländsk sjukvård. Det finns inget egenvärde i att Sverige, och än mindre Gotland, är helt självförsörjande på sjukvårdstjänster. Gotlänningarna måste i enlighet med EU-tanken kunna dra nytta av utländska läkares kompetens, på samma sätt som utländska patienter måste få ökade möjligheter att komma till Gotland för att få vård av våra skickliga läkare och sjuksköterskor.

Personalen koncentrerar sig på det den är bäst på. Effektiviteten och kvalitén ökar. Det är alltså inte så att gotlänningarnas vård hotas om gotländsk vård blir så eftertraktad att även fastlänningar, européer och andra patienter söker vård här. Snarare tvärtom. Ett exempel på det är när Stockholms läns landsting köper förlossningsplatser på Visby lasarett i projektet "Kom och Föd på Gotland". Visby BB har egentligen ett otillräckligt antal födslar per år, men tack vare denna arbetsdelning kan såväl stockholmare som gotlänningar erbjudas en god förlossningsvård.

En ö med väl fungerande sjukvård har heller ingen anledning att hindra sina kommuninvånare från att söka vård någon annanstans. En kommun eller ett landsting med dåligt fungerande sjukvård bör heller inte göra det; en sådan politik förvägrar gotlänningarna bästa tillgängliga vård, och tar dessutom bort trycket på förbättringar på den egna sjukvården.

EU-medborgarna har fri rörlighet mellan medlemsstaterna, men patienterna inom samma länder saknar den möjligheten. De borde få vård där den är som bäst och där den ges i tid. Kanske skulle Gotland kunna ta ett sådant initiativ i det europeiska samarbetet.

Justerande:	Utdragsbestyrkande: