

Svar på interpellationer från Lotta Heelge (V), Anna-Lena Sörenson (S) samt Martin Tollén (S) angående **konsekvenser av viktiga åtgärder för att hålla budget** (LiÖ 2009-887, 2009-897, 2009-904)

Företrädare för oppositionen lyfter i tre separata interpellationer frågor som berör arbetet med att uppnå ekonomisk balans i verksamheten och viktiga åtgärder av Landstingsstyrelse och landstingsdirektören. Eftersom dessa frågeställningar ansluter till varandra avser jag att besvara dessa i en samlad kontext.

Bakgrund

Den globala lågkonjunkturen har inneburit en kraftig försämring av skatteintäkterna för våra kommuner och landsting. Östergötland är inget undantag, även om en långsiktigt ansvarsfull ekonomisk politik har bidragit till ett ökat mått av stabilitet.

Som framgår av den finansplan som majoriteten förelägger fullmäktige kommer 2010-2012 behöva vara år av återhållsamhet. Redan 2008 påbörjades arbetet med att dämpa kostnaderna inom den östgötska hälso- och sjukvården. I skrivande stund kan vi dock konstatera att det återstår mycket arbete i verksamheterna innan man anpassat sig till de nuvarande avtalen med Hälso- och sjukvårdsnämnden. Man fortsätter helt enkelt att överskrida sin budget med motsvarande 139 mkr (enligt HB 08).

Kompletterande kostnadsreducerande åtgärder

Landstingsstyrelsen beslutade i september att ställa sig bakom ett antal kompletterande åtgärder som innebär ett minskat behov av antalet anställda (Dnr 2009-640). Bland dessa åtgärder återfinns avskaffande av kostsamma arbetstidsmodeller, införande av fler semesterperioder och tjänstgöring varannan helg (där det är tillämpligt). I november beslutade landstingsstyrelsen också att tidigarelägga tjänstgöring varannan helg.

I beslutsunderlaget pekas mycket riktigt på att delar av de föreslagna åtgärderna innebär en försämring för många av våra medarbetare. Det är olyckligt, men ett medvetet val där i huvudsak våra medarbetare får känna av konsekvenserna av våra besparingar till förmån för patienter och medborgare. När ekonomin så medger måste de därför tas upp för omprövning.

Viktigt är också att komma ihåg att de tre åtgärder som nämns ovan i sig inte behöver innebära några besparingar. Konsekvensen av dem är enbart att de minskar behovet av medarbetare, vilket i sin tur behöver leda till en minskning av antalet anställda. Först då innebär beslutet en faktisk besparing.

Lotta Heelge: Vilka konsekvenser förväntar sig majoriteten att det generella sparandet kommer att få på vårdens kvalitet och tillgänglighet?

Jag förväntar mig att reduceringen av överenskommelserna mellan verksamheterna och Hälso- och sjukvårdsnämnden kommer ha mycket liten påverkan på vårdens kvalitet och tillgänglighet. Detta grundar jag på framförallt två saker;

- Både när det gäller kvalitets- och tillgänglighetsarbete pågår mycket arbete i hälso- och sjukvården för att förbättra detta. Det arbetet ligger fast och understöds också genom att Hälso- och sjukvårdsnämnden gör särskilda tillgänglighetssatsningar genom att köpa insatser från externa vårdgivare och andra landsting.

- Landstingsstyrelsens beslut om kompletterande åtgärder för att reducering av kostnader i första hand ska ske genom att först minska behovet av medarbetare och i nästa steg minska antalet medarbetare. Den största konsekvensen av reduceringarna får alltså i första hand tas av våra medarbetare och inte av patienter och medborgare.

Anna-Lena Sörenson: Står du fast vid dina tidigare uttalanden om att den ekonomiska situationen inte påverkar tillgänglighet, kvalitet eller likvärdighet?

På det stora hela är min bedömning att reduceringen av överenskommelserna med Hälso- och sjukvårdsnämnden haft mycket liten inverkan på tillgänglighet, kvalitet och likvärdighet inom den östgötska hälso- och sjukvården. Därmed dock inte sagt att det inte finns undantag – eller att vi inte har problem inom dessa områden. Mycket talar nog dock för att problemen fanns redan innan finanskrisen.

Man ska också komma ihåg att någon större reducering av verksamheten faktiskt inte skett. Det är ju i grunden vårt stora problem. Flera verksamheter fortsätter att leva över sina tillgångar och antalet anställda har ökat under året. Det är av bland annat dessa skäl som Landstingsstyrelsen och Landstingsdirektören tvingats vidta åtgärder för att minska antalet anställda genom tjänstgöring varannan helg, borttagna arbetstidsmodeller etc.

Anna-Lena Sörenson: Ser du något samband mellan ekonomi och tillgänglighet i vården?

Självklart finns det ett samband mellan ekonomi och tillgänglighet. Däremot är sambandet inte så enkelt eller entydigt som man kan tro. En dålig tillgänglighet kan kräva betydligt större resurser än en god tillgänglighet, eftersom stora resurser kan behöva läggas på att mota patienter och underhålla köer.

Anna-Lena Sörenson: Hur avser ni i majoriteten att följa upp effekterna av den ekonomiska situationen för patienter och personal?

Båda Landstingsstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden får löpande ta del av skriftlig uppföljning av olika slag. Mest omfattande är den helårsbedömning som nu också behandlas av fullmäktige. Utöver detta har Hälso- och sjukvårdsnämnden under november gjort extra uppföljning utifrån tillgängligheten och kommer under december följa upp resultatet av de uppdrag som tidigare beslutats av nämnden.

Anna-Lena Sörenson: Hur avser ni att åtgärda de brister som vi ser i exempelvis tillgängligheten?

Majoriteten ser mycket allvarligt på den dåliga utveckling som Östergötland haft när det gäller tillgängligheten. För att möta detta i ett längre perspektiv vidtas därför åtgärder både i det långa och korta perspektivet.

- Det långsiktiga arbetet handlar om att våra verksamheter bättre än i dag behöver anpassa och planera sin verksamhet utifrån patienternas perspektiv. Ledtider måste kortas, medarbetare måste schemaläggas under längre tidsperioder, processer måste tas fram så att man uppnår en bättre effektivitet i flödet jämfört med i dag. Ur ett långsiktigt perspektiv är detta den viktigaste insatsen.
- Det kortsiktiga arbetet grundar sig i det framgångsrika arbete som skett under hösten där Hälso- och sjukvårdsnämnden kortat köer genom att köpa in vård från externa vårdgivare och andra landsting samt att verksamheternas planering innebar en ökad tillgänglighet under hösten. Majoriteten avser att fortsätta sådana satsningar även under 2010 i syfte att både klara vårdgarantin men också avlasta verksamheten så att man har utrymme för att arbeta med ovan nämnda arbete.

Man ska dock vara medveten om att tillfälliga ”puckelsatsningar” inte är tillämpligt inom alla områden. Vissa utredningar och behandlingar kräver ett längre åtagande än någon enstaka behandling. Två sådana områden är beroendevård och neuropsykiatri. För att säkra detta kan respektive närsvårdscentrum, och/eller Hälso- och sjukvårdsnämnden, behöva flytta om resurser. Något som också gjorts inför 2010.

Martin Tollén: Hur bedömer du de ekonomiska effekterna av beslutet om tre eller fler semesterperioder? Hur bedömer du de ekonomiska effekterna av beslutet om tjänstgöring varannan helg? Hur bedömer du de ekonomiska effekterna av beslutet om att avskaffa ”kostsamma arbetstidsmodeller”?

De exakta ekonomiska effekterna av de kompletterande åtgärderna är mycket svåra att uppskatta, inte minst eftersom de i sig inte behöver innebära någon reducerad kostnad. Åtgärderna medför ju enbart ett minskat behov av medarbetare. En besparing sker först om åtgärden åtföljs av att respektive verksamhet minskar antalet medarbetare i takt med att behovet minskar.

Martin Tollén: Hur bedömer du effekterna för personalens arbetsmiljö och arbetssituation av beslutet om tre eller fler semesterperioder?

Beslutet med att införa tre eller fler semesterperioder bedöms inte påverka medarbetarnas arbetsmiljö eller arbetssituation. Det kan snarast ha negativ påverkan på vår attraktivitet som arbetsgivare.

Martin Tollén: Hur bedömer du effekterna för personalens arbetsmiljö och arbetssituation av beslutet om tjänstgöring varannan helg? Hur bedömer du effekterna för personalens arbetsmiljö och arbetssituation av beslutet om att avskaffa ”kostsamma arbetstidsmodeller”?

Så väl majoriteten som beslutsunderlag i Landstingsstyrelsen har varit tydliga med att tjänstgöring varannan helg samt avskaffandet av särskilda arbetstidsmodeller innebär en försämrade arbetssituation för landstingets medarbetare. Vi bedömer dock åtgärderna som strategiskt nödvändiga där försämringen måste ställas mot alternativet, nämligen stora uppsägningar av tillsvidareanställda.

Åtgärderna ska ses som kortsiktig och kommer att omprövas när ekonomin så medger.

Vad gäller effekterna på arbetsmiljön är landstinget, som alla arbetsgivare, skyldiga att inför förändringar i verksamheten bedöma om förändringarna medför risk för ohälsa och/eller olycksfall bland medarbetare, så kallad riskbedömning. Utifrån riskbedömningen ska vid behov åtgärder åtgärder vidtas för att förhindra eller minska arbetsmiljöriskerna.

Linköping den 23 november 2009

Christian Gustavsson (M)

Svar på interpellation från Sara Frank (V) angående **vårdförbundets avtal** (LiÖ 2009-888)

Interpellanten ställer tre frågor:

Står den borgerliga majoriteten i landstinget bakom bedömningen att avtalet med vårdförbundet bör sägas upp?

Om svaret är nej, på vilket sätt kommer ni att agera för att påverka SKL att inte fullfölja planerna?

Om svaret är ja, vad bedömer ni att landstinget kan spara ekonomiskt på ett uppsagt avtal? Vad bedömer du bli konsekvenserna vad gäller rekrytering och förtroende?

Det är mycket riktigt som Sara Frank skriver i sin interpellation att Sveriges Kommuner och Landsting fört på tal att Vårdförbundets avtal **kan** komma att sägas upp inför 2010. I nuläget är inget beslut fattat om att avtalet bör sägas upp. SKL har tidigare haft en mycket restriktiv hållning till att bryta avtal. SKL kommer de närmaste veckorna analysera förutsättningarna noga och fatta beslut om inriktning i mitten av december. Många arbetsgivare inom sektorn har ett besvärligt ekonomiskt läge samtidigt som man behöver värna välfärden och därmed arbetstillfällena. Det gör frågan mycket komplex. Var övriga löneavtal kommer att hamna har stor betydelse för löneavtalen i vår sektor. Majoriteten avser att följa avtalsrörelsens utveckling tillsammans med SKL.

Linköping den 23 november

Gun Jareblad (FP)

Svar på interpellation från Marja Bergström (V) (LiÖ 2009-889)

På vilket sett avser majoriteten att arbeta för att den enskilde medborgarens krav på hälso- och sjukvård ska få ett större genomslag?

I den mån den enskilde medborgarens krav stämmer överens med HSL:s krav och de krav vi ställer på de hälso- och sjukvårdande enheterna så arbetar vi ständigt för att det ska bli bättre. Vi kräver hög kvalitet, bra bemötande, bra tillgänglighet och att den som har störst behov också ska få vård före den med minde behov.

Vilka konsekvenser förväntas en mer kravstyrd hälso- och sjukvård få för landstingets organisation och fördelning av resurser?

Landstingets organisation ska stödja att ovanstående parametrar uppfylls så bra som möjligt och att vården är kostnadseffektiv för att ge medborgarna så mycket och så bra hälso- och sjukvård som möjligt för de pengar man avstår i landstingskatt.

Fördelningen av resurserna sker efter de behovsanalyser som görs och där eftersatta områden identifieras.

Linköping den 23 november

Lasse Pettersson (VL)

Svar på interpellation från Agneta Niklasson (MP) angående **Grön Rehabilitering** (LiÖ 2009-895)

Finns det fler igångsatta eller planerade projekt i Östergötland inom Grön Rehabilitering?

Som jag tolkar det rör frågeställningen landstingets roll som vårdgivare eller samhällsaktör. Vid lasarettet i Motala finns ett projekt för rehabilitering i trädgårdsmiljö. Tillsammans med en grupp arbetsterapeuter och sjukgymnaster inom psykiatri och Rehab Väst har en "sinnenas trädgård" skapats för att kunna användas vid vissa sjukdomstillstånd. Ytan, på cirka 500 kvadratmeter, delas in i olika "rum" med möjlighet att aktivera sig eller bara sitta och njuta. För den som behöver gångträning finns en liten backe i trädgården. Där finns också odlingsbord i rullstolshöjd och liknande installationer som uppmuntrar till aktivitet.

Några fler projekt än detta eller det som hänvisas till i interpellationen känner jag inte till.

Hur ser du på landstingets möjlighet att öka sitt engagemang kring Grön Rehabilitering?

Landstinget ska bedriva adekvat rehabilitering. Utvecklingen av olika rehabiliteringsformer ska följas för att se om det finns ökade behov av just denna rehabiliteringsform. Alla former för att minska ohälsotalen i Östergötland är väl värda att beaktas.

Linköping den 23 november

Lasse Pettersson (VL)

Svar på interpellation från Agneta Niklasson (MP) angående **den folkhälsopolitiska processen i Östergötland (LiÖ 2009-896)**

Interpellanten ställer två frågor angående den folkhälsopolitiska processen i Östergötland.

Vem/vilka är i detta fall Landstinget? Hur kan delaktighet och inflytande från olika politiska instanser garanteras?

Som interpellanten känner till består styrgruppen för den folkhälsopolitiska processen av förtroendevalda politiker i Regionförbundet Östsams förbundsstyrelses arbetsutskott (representanter för M, C, KD, FP, S, V, MP), presidiet för Länskommittén för samverkan mellan landsting och kommuner inom vård- och omvårdningsområdet (Läns-SLAKO) (representanter för M, KD), ytterligare en ledamot från Läns-SLAKO (representant för S) samt gruppledarna i Regionförbundet Östsam för Vrinnevilistan (VL) och Sveriges Pensionärs Intresseparti (SPI). Därmed är alla politiska partier på regional nivå i Östergötland representerade i styrgruppen.

Vidare har det regionala folkhälsopolitiska nätverket en viktig roll i den folkhälsopolitiska processen. Nätverket utgörs av landstingets Hälsosamverkansberedning samt folkhälsopolitiskt ansvariga från länets tretton kommuner, vilket oftast är förtroendevalda på högsta politiska nivå.

På politisk nivå är alltså landstinget välrepresenterat både i styrgrupp och det regionala folkhälsopolitiska nätverket. När det gäller tjänstemannastöd i processen finns landstinget representerat med tjänstemän från såväl ledningsstabens hälso- och sjukvårdsgrupp, som från Folkhälsovetenskapligt Centrum (FHVC).

Genom att det i både styrgrupp och nätverk ingår ledande förtroendevalda från landsting, regionförbund och länets kommuner, är möjligheten till delaktighet och inflytande från dessa politiska instanser väl tillgodosett.

Vad skulle Du se som ett gott resultat av processen? Vad vill du uppnå?

Landstingets vision, fastslagen av landstingsfullmäktige i treårsbudgeten, är ”Bra vård och bättre hälsa”. Visionens senare del, bättre hälsa för östgötarna, är förstås också det övergripande målet för resultatet av den folkhälsopolitiska processen.

För att säkra att samarbete och samordning mellan processens olika aktörer blir en fungerande och självklar verklighet efter processens genomförande är det nödvändigt att legitimitet för arbetet skapas hos medarbetare och medborgare. Då måste folkhälsa ses som en naturlig del av både hälso- och sjukvård och regional utveckling, och som yttersta konsekvens integreras i alla politikområden. En sammanhållen regional struktur kan ge kompetensstöd och bidra till metodutveckling och resultatuppföljning på det lokala planet.

Vidare måste processen ha som mål att landstinget i samverkan med alla berörda aktörer finner bra metoder för att använda den stora mängd kunskap som landstinget har om hur hälsan bäst förbättras i befolkningen. Det handlar t.ex. om att hitta och använda framgångsrika metoder för att mäta hälsa, utveckla kunskapsbasen, utbilda människor som är tränade att se hälsans sociala bestämningsfaktorer och utveckla människors medvetenhet om dessa.

Då kan vi tillsammans uppnå förbättrade förutsättningar för människors dagliga liv i Östergötland!

Linköping den 23 november

Levi Eckeskog (KD)

Svar på interpellation från Christoffer Bernsköld (S) angående **LARO-vårdens situation** (LiÖ 2009-898)

Interpellanten ställer fyra frågor angående LARO-vårdens situation.

Är tillgången till LARO-vård acceptabel för de östgötska missbrukspatienterna?

I Norrköping har läget förbättrats från cirka hundra väntande för drygt ett år sedan till nu cirka 30 men fortfarande är tillgången till vård enligt LARO-programmet inte tillfredställande. Därför har vi från HSN förstärkt med fyra miljoner nästa år och dessutom omfördelar NSÖ 1,5 miljoner till missbruksvården.

I övriga delar av länet är missbruksvården acceptabel.

Anser du att Beroendeklinikens resurser är tillräckliga?

Ovan beskrivna satsningar görs för att långsiktigt uppnå behovsuppfyllelse. Det är också viktigt att det finns kompetent personal att tillgå annars riskeras att de ekonomiska satsningarna inte får effekt.

Om svaret är nej, tänker du vidta några åtgärder för att tillföra ytterligare resurser, exempelvis genom omfördelningar?

Under nästa år får nämnden 60 miljoner för kortsiktiga kösatsningar och det är möjligt att även den här delen av vården kan omfattas av det. I närsjukvårdens uppdrag finns också möjlighet till omfördelning mellan de verksamheter man ansvarar för.

Tänker du vidta några andra åtgärder för att se till att de som är i behov av denna typ av vård har möjlighet att få ta del av den?

Tillsammans med kommunerna pågår nu implementeringen av de nationella riktlinjerna. Det är viktigt att inte bara vården fungerar utan hela den sociala biten med boende, arbete och annat annars riskerar vården att misslyckas. För en lyckad vård är det därför också viktigt att andra samhällsaktörer tar sitt ansvar och att samarbetet förbättras.

Linköping den 23 november

Lasse Pettersson (VL)

Svar på interpellation från Birgitta Wessman-Thyrsson ang **undanträngningseffekter när det gäller gruppen äldre med komplexa vårdbehov (2009-899).**

I interpellationen ställs ett antal frågor inom frågeområdet gruppen äldre med komplexa vårdbehov. I motsats till interpellanten anser vi att vi tar fullt ansvar för den politik som förs. Att vi sen inte har samma syn på vår roll som politiker är något helt annat.

Jag delar interpellantens syn och beskrivningar på åldrandets processer om att ett individuellt förhållningssätt är viktigt.

Till min glädje ser jag i interpellationen att interpellanten liksom jag har konstaterat att siffrorna i Hälso- och Sjukvårdsnämndens (HSN) delårsrapport 08 visar att antalet återinläggningar minskar och att antalet vård dagar gör detsamma.

Detta får mig dock inte att dra slutsatsen, som interpellanten gör, att vi ska ta till hårdhänta prioriteringar inom detta område. Snarare visar väl siffrorna att vår verksamhet är på rätt väg.

De direkta svaren på dina frågor:

Är Din bedömning att patientgruppen 80 år och äldre idag får den goda och trygga vård som fastställts i samband med Treårsbudget 2010-2012 och som sägs utgå med patienten i fokus?

Frågan om patientgruppen 80 år och äldre är självklart en mycket viktig fråga. Det har funnits uppdrag från HSN under lång tid. Min bedömning är att verksamheterna med stort allvar och på ett bra sätt arbetar med frågan, inte minst i närsjukvården som har det största flödet. Vården kan säkert förbättras ytterligare särskilt om den geriatriska vården stärks.

Kan du garantera att bedömning om utskrivningsklar från slutenvård sker utifrån kunskap om äldres specifika behov och på individuella grunder och inte genom generellt framtagna antal vård dygn per patient?

Att ställa ut garantier är möjligen i detta sammanhang, enligt mitt tycke, ett inte helt lyckat ordval. Vem är människa att garantera något som Du inte har fullständig kontroll över. Däremot vill jag säga att enligt min kunskap och efter samtal med verksamheterna sker alltid bedömningarna utifrån en individuell vårdplanering inför utskrivning. Den proceduren kan säker bli bättre t. ex. om man följer kravet från HSN om att upprätta individuella handlingsplaner (IHP) där det är aktuellt.

Finns någon uppföljning på vad som händer med dessa patienter efter utskrivning från slutenvården? Vart tar de vägen?

Någon uppföljning av var dessa patienter tar vägen är inte känd för mig eller våra ansvariga tjänstemän. Jag kan tänka mig att en del återgår till hemmet, en del till korttidsboende för ytterligare rehabilitering och en del till särskilt boende. De som har behov av det följs upp i primärvården och om så är nödvändigt på specialklinik. Återinläggningar följs men det finns en klar förbättringspotential genom att göra mer insatser tidigare i hemmiljön för att minska antalet besök på akutmottagningar och akuta inläggningar.

Vårdsamverkansberedningen har HSN:s uppdrag att tillsammans med kommunerna studera och förbättra vården av våra äldre i det s.k. äldreuppdraget.

Anser Du att det här finns en risk för övervältringseffekter till framför allt länets kommuner?

Våra verksamheter bedömer inte att det sker några övervältringseffekter på kommunerna. Min bedömning är att vi alltid riskerar övervältringar åt båda håll i olika sammanhang. En fråga som därför ständigt måste följas. Linköpings kommun misstänkte att det förelåg övervältringseffekter och undersökte 27 ärenden. De bedömde att vårdens bedömning stämde helt överens med deras egen i 25 fall. I två fall kunde man inte avgöra vem som hade rätt men man såg inget direkt fel från vårdens sida.

Linköping 23 november

Lasse Pettersson (VL)

Svar på interpellation från Torbjörn Holmqvist (S) angående **situationen på LiM (LiÖ 2009-900)**

Har den borgerliga majoriteten ändrat ambitionsnivå när det gäller akutverksamheten i Motala?

Någon borgerlig majoritet känner jag inte till. Möjligheten för patienter med kirurgiska och ortopediska åkommor att bli bedömda, och behandlade jourtid, avskaffades av Din majoritet. Nuvarande majoritet har höjt ambitionsnivån när det gäller akutverksamheten. Vi har infört jourläkare dygnet runt för att dessa patienter ska få hjälp på Motala lasarett och inte i samliga fall behöva åka till Linköping.

Svar: Ja. Vi har höjt ambitionsnivån.

Vilka konsekvenser bedömer du att flytten av narkosjouren kommer att ha?

Narkosjouren ska nu liksom under förra mandatperioden finnas nära sjukhuset med möjlighet att inställa sig på kort tid. Då någon flytt inte skett kan jag heller inte se att det fått några konsekvenser.

Akuta operationer har inte utförts på Motala lasarett sedan Ditt parti genomförde strukturförändringarna, förutom de höftfrakturer som opererats dagtid på helger, och det sker fortfarande. Narkosjouren är framför allt till för att stötta närsjukvården vilket tydligt framgår av kravspecifikationen. Vid mina samtal med närsjukvårdsansvariga i Motala har jag fått besked om att man är nöjda med den lösning som nu föreligger och att man har möjlighet att få det stöd som man önskar.

Tänker den politiska majoriteten vidta några åtgärder för att få Proxima att ändra sitt beslut?

Proxima uppfyller nu de krav som ställs i kravspecifikationen och de är överens med närsjukvården att de får den hjälp de behöver och inom stipulerad tid.

Linköping den 23 november

Lasse Pettersson (VL)

Svar på interpellation från Annelie Lagerbäck (S) angående vårdadministratörernas roll (LiÖ 2009-901)

Tycker du att behovet av vårdadministratörer är tillgodosett i landstingets verksamheter?

För det första måste utredas om interpellanten i sin frågeställning avser vårdadministratörer eller läkarsekreterare. Båda grupperna arbetar med att avlasta vårdpersonalen i det administrativa arbetet. En omställning av yrkesgrupperna pågår (se vidare nästa fråga). Precis som interpellanten skriver så är fördelarna med att satsa på vårdadministratörer många. Det finns ett behov av att avlasta vårdpersonalen så att mer patienttid frigörs. I de ekonomiskt kärva tider som råder är dock resurserna begränsade för att anställa ny personal. Med naturlig avgång (pensioner) kommer behovet av ny personal finnas om några år. Att beakta är att medelåldern bland landstingets nuvarande läkarsekreterare är hög – inom denna yrkesgrupp lämnar redan år 2011 ett stort antal landstinget. I genomsnitt lämnar cirka 25 läkarsekreterare varje år landstinget mellan åren 2011-2020, en total volym på 250 läkarsekreterare.

Anser du att vårdadministratörernas yrkespotential tas tillvara?

På sikt bör behovet av vårdadministratörernas kompetens öka. I landstinget finns två yrkesgrupper: läkarsekreterare och vårdadministratörer. Läkarsekreterarna utför traditionellt patientadministration medan vårdadministratörerna ska arbeta med verksamhetsadministration. Ett arbete pågår med att flytta det administrativa flödet. I och med patientdatasystemet Cosmics införande har patientadministrationen minskat. Därför ska fokus för både läkarsekreterare och vårdadministratörer flyttas mot verksamhetsadministration. Detta utvecklingsarbete kommer att intensifieras de kommande åren.

Har det administrativa stödet för vårdpersonalen minskat?

I landstingets personalförsörjningsrapport 2009 går att utläsa att den administrativa personalen 1993-2008 har minskat med 16 % (330 personer). Av 1693 administrativ personal är 797 läkarsekreterare eller motsvarande. Under den senaste femårsperioden har den administrativa personalen minskat något till förmån för läkare och sjuksköterskor.

Ser du det som rationellt att minska den vårdadministrativa personalen och därigenom föra över mer administrativt arbete på läkare och annan sjukvårdsutbildad personal?

Nej, men så ska inte heller ske i linje med pågående arbete och utbildning. Precis som interpellanten skriver så ger rätt administrativt stöd mer läkartid till patienterna utan att lägga stora summor på att nyanställa vårdpersonal. Därför behövs den administrativa personalen i dessa ekonomiskt svåra tider.

Linköping den 23 november

Gun Jareblad (FP)

Svar på interpellation från Anna-Lena Sörensson (S) angående **uteblivna Lex Maria anmälningar** (LiÖ 2009-902)

Hur ser du på det faktum att inga Lex Maria anmälningar skett på de undersökta vårdcentralerna?

Det är allvarligt om avvikelser inte rapporteras och Lex Maria anmälningar inte görs när så ska ske.

Vi måste få till en annan kultur när det gäller anmälningarna.

Det är viktigt att alla medarbetare på vårdcentraler och även i övrigt i vården ser allvaret i och nyttan av säkerhetsarbet/avvikelsehantering och förstår att det inte görs för att peka ut någon syndabock utan att det är ett sätt att kvalitetssäkra arbetet och upptäcka om det är något systemfel eller fel i organisationen som ska åtgärdas.

En Lex Maria anmälan ska följas en händelseanalys för att påvisa var i vårdkedjan det gick fel och hur felet kan avhjälpas så att skadan inte uppstår igen.

Jag anser att vi är på rätt väg och det faktum att inga Lex Maria anmälningar gjorts på berörda vårdcentraler kommer att förändras när medarbetare förstår att avvikelser inte skrivs för att peka ut en arbetskamrat som gjort "fel" utan att det är ett bra sätt att kvalitetssäkra det arbete man gör.

Finns det anledning att i "Regelbok för Auktorisation" tydliggöra kravet att vårdgivaren måste anmäla avvikelser till Socialstyrelsen enligt Lex Maria?

Jag förmodar att det är tiden före auktorisation det rör sig om. Just nu ser jag ingen anledning att förtydliga kraven i regelboken då jag tycker de är mycket tydliga.

I "Regelbok för Auktorisation" står - Leverantören **skall** följa Landstingets anvisningar för rapportering av avvikelser. Leverantören **skall** ha rutiner för hantering och rapportering av avvikelser enligt Lex Maria.

Kan det bli tydligare?

Linköping den 23 november

Lasse Pettersson (VL)

Svar på interpellation från Anna Larsson (S) angående **verksamhet och lokaler för sjukvården i Finspång (LiÖ 2009-903)**

Lasarettet i Finspång består av flera äldre byggnader med varierande och i flera fall oacceptabelt låg standard, där det trots allt bedrivs en bra verksamhet. Huvuddelen av de tekniska systemen är i stort sett utjänta och i stort behov av renovering/ upprustning. Problem med bristande underhåll och uteblivna investeringar har medfört en situation som inte är långsiktigt hållbar

För att komma fram till en långsiktig lösning av lokalfrågan startade landstingets Försörjningscentrum under sommaren 2009 arbetet med en generalplan för Lasarettet i Finspång. Arbetet som bedrivs i nära samarbete med Närsjukvården i Finspång beräknas färdigställas tidig höst 2010.

Utgångspunkten för arbetet med Generalplanen är att dagens befintliga verksamhet skall vara kvar med oförändrad omfattning och inriktning efter Generalplanens genomförande.

Projektgruppen har också fått i uppdrag att ur ett fastighetsperspektiv ta fram möjliga alternativ enligt följande;

- Mindre verksamhetsförändringar som skulle medföra en väsentlig reduktion av nödvändiga fastighetsinvesteringar
- Mindre förändringar i bedömda fastighetsinvesteringarna som skulle medföra en väsentligt ökad verksamhetsnytta

Vi har en stor förhoppning om att den utsedda projektgruppen – som har en god erfarenhet av sjukhus med motsvarande storlek och verksamhet – tillsammans med Närsjukvården i Finspång och i dialog med kommunföreträdare ska komma fram till en bra och långsiktig lösning på lokalfrågorna.

Vilken viljeinriktning och vision har landstingets majoritet om vilken sjukvård som i framtiden ska bedrivas i Finspång?

Landstingets majoritet har som ambition att bedriva en i huvudsak oförändrad verksamhet i Finspång.

Hur ser ni på denna ambitionsnivå kopplat till behovet av lokalinvesteringar och kostnaderna för dessa

Många års försummelser med lokalförsörjningen får inte skymma vår ambition att säkra vårt åtagande i Finspång.

När kommer de ekonomiska besluten i den aktuella lokalfrågan att tas upp för behandling?

Frågor som berör verksamhet och lokalplanering i Finspång kan komma upp till behandling när generalplanarbetet är avslutat under hösten 2010.

Linköping den 23 november

Sven Eric Nilsson (C)

Svar på interpellation från Irma Görtz (S) angående **Socialstyrelsens utspel om vårdplatser** (LiÖ 2009-905)

Socialstyrelsens generaldirektör Lars-Erik Holm och avdelningsdirektör Per-Anders Sunesson har i en artikel i Svenska Dagbladet den 22 oktober redovisat problem med patientsäkerheten som uppstår vid permanenta överbeläggningar på våra vårdinrättningar. Det är en självklar uppgift för oss politiker med ansvar för vårdområdet att se till att få en hög patientsäkerhet och att minimera överbeläggningarna på våra vårdinrättningar.

Interpellanten pekar helt riktigt på att överbeläggningar inte är enda hotet mot patientsäkerheten och att en ensidig fokusering i den riktningen inte är bra.

Interpellationen behandlar många viktiga frågor som berör moderniseringen av hälso- och sjukvården. Även om granskningar och uppföljningar är viktiga får detta inte stoppa eller hindra den nödvändiga moderniseringen av vår hälso- och sjukvård.

I artikeln framhålls fem punkter som ska ges prioritet i det framtida arbetet med socialstyrelsens tillsynsverksamhet:

- Att vårdgivaren följer beläggningen av vårdplatserna och bedömer när sporadiska överbeläggningar övergår i en återkommande eller permanent platsbrist.
- Att vården får till stånd en enhetlig definition av vad som är överbeläggningar så att alla sjukhus hanterar frågan likartat.
- Att vården kan redovisa såväl sin beläggningssituation som sina riskbedömningar till Socialstyrelsen.
- Att vårdgivarna gör förebyggande riskanalyser och vidtar de åtgärder som analyserna kräver.
- Att vårdgivaren har ett fungerande avvikelssystem så att de risker och händelser som sker i samband med överbeläggningar och utlokaliseringar rapporteras, åtgärdas samt att erfarenheterna återförs i det fortsatta patientsäkerhetsarbetet.

Vad gäller frågan om majoritetens syn på Socialstyrelsens utgångspunkter för framtida granskningar kan jag bara säga att jag inte finner de i artikeln redovisade fem punkterna särskilt anmärkningsvärda som utgångspunkt för arbetet.

Jag vill dock varna för att en ensidig inriktning av patientsäkerhetsarbetet där nationell nivå styr hur strukturer ska se ut kan förhindra nödvändiga och goda förändringar.

Linköping den 23 november

Sven Eric Nilsson (C)

Svar på interpellation från Lars Wilzén (MP) angående **vårdgaranti inom en större region (LiÖ 2009-906)**

Interpellanten ställer en fråga angående vårdgaranti inom en större region.

Hur kan vi anser du genom vår nuvarande samverkan i Sydöstra sjukvårdsregionen ligga steget före och parera brister i tillgängligheten och därmed uppfylla vårdgarantin?

Tillgänglighet är inte bara ett av ledorden i treårsbudgeten för Landstinget i Östergötland. Det är också ett område inom hälso- och sjukvården som regeringen storsatsat och fortsätter att storsatsa på genom kömiljard 2009 och kommande kömiljard 2010. Med stöd av dessa satsningar har arbetet att stärka tillgängligheten i vården ytterligare kunnat intensifieras inte bara i Landstinget i Östergötland, utan även i övriga landsting.

Alla tre landsting i sydöstra sjukvårdsregionen ligger bra till inför årets mätning av tillgängligheten och därmed möjlighet att komma ifråga för del av kömiljard. Inför nästa års kömiljard skärps kraven ytterligare, vilket kräver intensifierat tillgänglighetsarbete i alla landsting. Det är därför nödvändigt, vilket också är fallet i bl.a. Östergötland, att tillgänglighetssatsningarna sker långsiktigt och inte bara med fokus på varje års mätdatum.

Vid sidan av landstingens egna tillgänglighetssatsningar och de understödda av regeringens kömiljard, är det förstas också, som interpellanten skriver, viktigt att inom sjukvårdsregionen samverka för att kunna uppfylla vårdgarantin inom regionen, främst med avseende på regionvård, eller högspecialiserad vård. Den samverkan finns och fungerar bra. Ett nytt regionavtal som reglerar den samverkan är dessutom precis antaget. Där beskrivs bl.a. tillvägagångssättet vid olika scenarier, där vårdgarantin inte kan uppfyllas inom sjukvårdsregionen.

Om högspecialiserad verksamhet vid US inte kan erbjuda vård inom 90 dagar och den mängd vård som Landstinget i Jönköpings eller Kalmar län har köpt inte har överskridits, ska den enhet på US som tar emot patientens remiss skriftligen informera patienten om uppskattad väntetid samt rätten att utnyttja vårdgarantin. Om patienten så önskar ska kliniken även hjälpa patienten med att hitta annan vårdgivare som kan erbjuda vården inom 90 dagar. Avsändande klinik ska skriftligen informeras. Alla vårdkostnader samt merkostnader avseende resor belastar kliniken i Östergötland. Om debitering normalt sker med fast och rörlig debitering skall Landstinget i Jönköpings eller Kalmar län betala motsvarande den rörliga kostnaden.

Om den volym av vård som Landstinget i Jönköpings eller Kalmar län har köpt istället har överskridits, ska istället alla kostnader belasta Landstinget i Jönköpings eller Kalmar län.

I samtliga fall gäller att om ingen vårdgivare i hela Sverige kan ge vården inom 90 dagar, upphör rätten till Vårdgaranti att gälla. Det krävs ett avtal med något landsting i Sverige för att en aktör ska ha rätt att erbjuda vård inom ramen för Vårdgarantin.

Tack vare olika tillgänglighetssatsningar i varje landsting, nationellt och genom regional samverkan har tillgängligheten förbättrats nationellt och bl.a. i våra tre landsting i sydöstra sjukvårdsregionen. Vilket är bra inför framtiden, främst för medborgarna, men också för ett utökat regionalt samarbete i en framtida ny regionkommun i Östra Götaland.

Linköping den 23 november

Levi Eckeskog (KD)

Svar på interpellation från Charles Pylad (MP) angående **alternativ till influensavaccination** (LiÖ 2009-907)

Interpellanten lyfter ett antal aktuella frågor i samband med vaccinationen mot den nya influensan. Enligt min mening tangerar dock frågorna medicinska bedömningar, snarare än politiska. Underlag för att kunna redogöra för sakförhållanden har alltså inhämtats för att skriftligt kunna besvara interpellationen, däremot avser jag inte föra någon debatt om den medicinska bedömningen som ligger bakom ställningstaganden som görs i professionen.

Finns det alternativ till Pandemrix och är dessa i så fall tillgängliga i Sverige?

Pandemrix är det vaccin som upphandlats gemensamt av landstingen, via Stockholms läns landsting. Något annat vaccin finns alltså inte tillgängligt.

Hur hanterar hälso- och sjukvården personer och anhöriga till personer som inte tål Pandemrix?

Trots allergier har många som velat vaccinera sig ändå kunnat göra detta. Det har skett via allergicentrum och innebär att man inför vaccination gör en medicinsk utvärdering av hur pass överkänslig man är. Vid äggallergi har man börjat med pricktest, för att sedan kunnat vaccinera alla som varit aktuella.

Trots detta kommer att finnas en grupp som inte kan vaccinera sig. För dessa individer är det viktigt att övriga i samhället vaccinerar sig – inte minst anhöriga - i syfte att minska spridningen av den nya influensan. Att vaccinera sig innebär inte bara att man skyddar sig själv, utan kanske än viktigare att man skyddar andra utsatta i samhället.

Kan det bli aktuellt att erbjuda samtliga personer som ingår i någon av riskgrupperna Tamiflu?

Att använda Tamiflu i förebyggande syfte är inte aktuellt för stunden, men kan bli aktuellt i enskilda fall i enlighet med landstingets pandemiplan.

Linköping den 23 november

Christian Gustavsson (M)

Svar på interpellation från Gunnar Gustavsson (MP) angående jämlik vård (LiÖ 2009-908)

Jämlik vård är ett angeläget område och liksom interpellanten anser jag att man på ett systematiskt sätt bör arbeta för lika villkor inom vården. Det viktiga är framförallt att bli medveten om att skillnader finns och därefter arbeta med det som går att arbeta med. Jämlikhet är mycket av en värderingsfråga och att arbeta med värderingar tar tid.

Vilka slutsatser drar du av behovsanalysen Jämlik vård?

Jag instämmer till fullo i analysens slutsats: *En stor del av ojämlikheten i hälsa har sin grund i de förhållanden under vilka människor växer upp, lever, arbetar och åldras. De villkor under vilka människor lever och dör påverkas i sin tur av politiska, sociala och ekonomiska krafter. Traditionellt har hälso- och sjukvårdssektorn haft ansvaret för att hantera samhällets problem med hälsa och sjukdomar. Men åtgärder för att påverka de sociala bestämningssfaktorerna för hälsa kräver engagemang av politiska beslutsfattare i såväl kommun som landsting, det civila samhället och lokala föreningar samt näringsliv. Politiken och programmen måste därför omfatta alla centrala samhällssektorer, inte bara hälso- och sjukvården.*

Liksom för många andra områden inom vård och omsorg, krävs ett utökat samarbete mellan olika aktörer. Inom landstinget ska vi till en början inrikta oss på att kartlägga och uppmärksamma vart problemen finns, därefter återstår arbetet med förändringar av värderingar och attityder. Det gäller t.ex. upplysande och utbildande insatser.

Arbetet med analysen har just därför, då det finns mycket att beakta, förlängts till 2010-2011.

Hur ser du på möjligheten att använda medborgardialog i fullmäktiges regi som ett sätt att nå en större del av befolkningen än vad en förtroendemannagrupp kan göra?

Brukardialogsberedningen hade svårt att nå människor ur socioekonomiskt tyngre områden. Jag uppfattar inte att en medborgardialog lättare skulle nå dessa personer än vad en aktivt arbetande beredning hade möjlighet att göra.

Linköping den 23 november

Lasse Pettersson (VL)

Svar på interpellation från Charles Pylad (MP) angående **hur förbättrar vi tillgängligheten?** (LiÖ 2009-909)

Kan vi på något sätt ytterligare förbättra tillgängligheten utifrån bl a ovan beskrivna problembild och underlätta vårdkontakt, inte minst på våra sjukhus?

Vid södra entrén i huvudblocket och vid entrén till onkologhuset på US samt vid huvudentrén på ViN finns idag röda korsets sjukhusvårdar (organiserat, icke löneersatt volontärarbete) som är behjälpliga att följa patienter dit de ska på sjukhusen. På LiM finns ännu inte denna service.

Patientnämnden har till uppgift att utse stödpersoner till patienter som tvångsvårdas inom psykiatrin. Dessa patienter har enligt lagen rätt att begära och få hjälp av en stödperson men denne ska inte ersätta vårdpersonalen.

Det finns inga planer på att i landstinget utöka den servicen som efterfrågas.

Kommunerna tillhandahåller personliga ombud, en verksamhet riktad till personer med omfattande och långvarig psykisk funktionsnedsättning som har behov av en företrädare för att ta till vara sina rättigheter i samhället

Linköping den 23 november

Lasse Pettersson (VL)