

Justerat tisdagen den 23 oktober 2007

Inger Linge

Conny Andersson

John Glas

§ 228

Inledning

Ordföranden förklarade sammanträdet öppnat.

Upprop förrättades och närvaro och frånvaro på grund av anmälda förhinder antecknades enligt uppropslistan, bilaga 1.

Fullmäktige godkände de anmälda förhindren.

§ 229

Kungörelse och annonsering

Kungörelsen om fullmäktiges sammanträde utsändes den 27 september 2007 till fullmäktiges ledamöter och ersättare samt länsstyrelsen. Kungörelsen anslogs samma dag på landstingets anslagstavla.

Föredragningslistan infördes den 28 september och den 1 oktober 2007 i de tidningar där enligt fullmäktiges beslut annonsering ska ske.

Tillägg till föredragningslista anslogs den 5 oktober 2007 på landstingets anslagstavla och utsändes samma dag till fullmäktiges ledamöter och ersättare.

Det antecknades att sammanträdet kungjorts i laga ordning.

§ 230

Justering

Att tillsammans med ordföranden justera sammanträdet protokoll utsågs förste och andre vice ordföranden.

Protokollet skall justeras senast tisdagen den 23 oktober 2007.

§ 231

Anmälan av länsstyrelsens beslut att för tiden t o m den 31 oktober 2010 till ny ersättare i valkrets 3 efter Christian Fischerström (m) utse Björn Wickström (m) och till ny ersättare i valkrets NV efter Britt-Marie Norelius (fp) utse Doris Gävefeldt (fp)

LS 0708-0821, 0709-0887

Efter förslag från ordföranden lades anmälan till handlingarna.

§ 232**Fastställande av dagar för landstingsfullmäktiges sammanträden under 2008 (förslag 65)**

LS 0709-0951

Fullmäktige beslutade

att fastställa dagar för landstingsfullmäktiges sammanträden under 2008 enligt följande:

12 februari, 11 mars, 8 april, 13 maj, 10 juni, 9 september, 7 oktober, 25-26 november (budgetsammanträde) och den 9 december.

att samtliga sammanträden skall börja klockan 09.30.

§ 233**Annonsering av landstingsfullmäktiges sammanträden under 2008 (förslag 66)**

LS 0709-0950

Anf. 1-3

I ärendet yttrade sig Ingvar von Malmborg, fullmäktiges ordförande Inger Linge samt landstingsrådet Ingela Nylund Watz.

YRKANDEN

- 1) bifall till fullmäktiges presidiums förslag
- 2) bifall till mp-ledamöternas förslag

Ordföranden ställde propositioner om bifall till yrkandena ovan och fann att fullmäktige bifallit presidiets förslag.

BESLUT

Fullmäktige beslutade

att tillkännagivande om landstingsfullmäktiges sammanträden under 2008 skall införas i Dagens Nyheter, Länstidningen Södertälje, Metro, Stockholm City, Norrtelje Tidning, Svenska Dagbladet, Nynäshamns Posten samt Punkt SE.

RESERVATION

Reservation mot fullmäktiges beslut anfördes av mp-ledamöterna.

§ 234**Budget och verksamhetsplan 2008 för Kommunalförbundet Avancerad Strålbehandling samt ändring av förbundsordningen (förslag 67)**

LS 0705-0532

Fullmäktige beslutade enligt landstingsstyrelsens förslag

att godkänna budget och verksamhetsplan 2008 för Kommunalförbundet Avancerad Strålbehandling

att godkänna ändring av förbundsordningens paragraf 7

att godkänna ändring av förbundsordningens paragraf 8

att godkänna förtydligandet i ärendet att kapitaltillskottet på 1 000 000 kronor avsåg kostnader för kommunalförbundet under de första verksamhetsåren.

§ 235

Tidigarelagd projektering för det fortsatta arbetet med Nya Karolinska Solna (förslag 68)

LS 0706-0643

Anf. 4-19

I ärendet yttrade sig landstingsrådet Chris Heister, Viviann Gunnarsson, landstingsråden Ingela Nylund Watz, Birgitta Sevefjord, Stig Nyman, Raymond Wigg, Maria Wallhager och Gustav Andersson samt Thomas Magnusson.

BESLUT

Fullmäktige beslutade enligt landstingsstyrelsens förslag

att tillföra projektet 60 000 000 kronor för fortsatt projektering och utveckling av Nya Karolinska Solna i avvaktan på investeringsbeslut

att justera investeringsbudgetar för landstingsstyrelsens förvaltning och Landstingsfastigheter Stockholm.

§ 236

Förslag till ny samverkansorganisation mellan Karolinska Institutet och Stockholms läns landsting inom utbildningsområdet, forskning och utveckling samt förslag till revidering av det regionala ALF-avtalet (SASS-utredningen) (förslag 69)

LS 0708-0809

Anf. 20-24

I ärendet yttrade sig landstingsrådet Stig Nyman, Viviann Gunnarsson samt Lena-Maj Anding.

Fullmäktige beslutade enligt landstingsstyrelsens förslag

att fastställa förslag till ny samverkansorganisation mellan Karolinska Institutet och Stockholms läns landsting inom utbildningsområdet, forskning och utveckling i enlighet med förslag från Ledningsgruppen KI/SLL

att fastställa förslag till revidering av nu gällande regionalt ALF-avtal.

§ 237

Förslag till ändringar av regelverket för sjukresor (förslag 70)

LS 0704-0413

Anf. 25-56

I ärendet yttrade sig Anna Starbrink, Gunilla Roxby Cromvall, Yvonne Blombäck, Necla Bora, landstingsrådet Ingela Nylund Watz, Åke Askensten, Håkan Jörnehed, Georg Gustafsson, Lena-Maj Anding, Eva Klingström, Leif Kroon, landstingsrådet Stig Nyman, Mats Skoglund samt Regiana Hortin.

YRKANDEN

- 1) bifall till landstingsstyrelsens förslag
- 2) bifall med instämmande av landstingsrådet Stig Nyman, Eva Klingström och Regiana Hortin till s-, v- och mp-ledamöternas 1:a handsförslag innebärande återremiss av ärendet med följande motivering:

” Synpunkter på förslaget måste inhämtas från handikapporganisationerna. Yttrande bör inhämtas från landstingsstyrelsens samverkansråd med handikapporganisationerna innan fullmäktige tar ställning till förslaget.

Idag är sjukresorna för habiliteringens brukare helt kostnadsfria. Detta förslag riskerar bli första steget till att avgiftsfinansiera även habiliteringens insatser. Det saknas i förslaget en tydlig konsekvensanalys av vilka brukare som i framtiden kommer ha råd och inte råd att betala resorna till och från sin behandling. Vuxna personer med funktionshinder är ekonomiskt en mycket svag grupp som är beroende av samhällets stöd, varför en sådan konsekvensanalys bör bifogas ärendet.

Enligt förslaget ska därtill endast hemadress godkännas. Barn som har separerade föräldrar har två olika adresser. Barn och ungdomar med funktionshinder har också LSS insatser såsom korttidshem och korttidsfamilj som de reser till och från och ofta handlar det om veckovisa behandlingar. Vill därför att det ytterligare belyses vilka konsekvenser förslaget får även för denna grupp.

Vidare bör kriterierna för vårdgivarnas beviljande av sjukresa förtydligas. Därtill bör de ekonomiska konsekvenserna för landstinget klart framgå av ärendet.”

- 3) bifall till s-, v- och mp-ledamöternas 2:a handsförslag innebärande avslag på landstingsstyrelsens förslag
- 4) avslag till återremissyrkandet

Återremissyrkandet togs först upp till behandling.

Omröstning genomfördes enligt följande godkända voteringsproposition.

Den som önskar avgöra ärendet idag röstar ja. Den det ej vill röstar nej. Om en tredjedel av ledamöterna röstat nej har fullmäktige beslutat återremittera ärendet.

Efter omröstningen konstaterade ordföranden att sammanräkningstablan visade 67 ja-röster, 65 nej-röster, att 15 ledamöter avstått och att 2 ledamöter varit frånvarande vilket innebar att minst en tredjedel av ledamöterna hade bifallit återremissyrkandet.

Hur ledamöterna röstade framgår av bilaga 2.

BESLUT

Fullmäktige beslutade

att återremittera ärendet.

§ 238**Betalning för multifokala linser vid starroperationer (förslag 71)**

LS 0705-0541

Anf. 57-64

Ärendet återremitterades vid fullmäktiges sammanträde den 11 september 2007.

I ärendet yttrade sig landstingsrådet Filippa Reinfeldt, Håkan Jörnehed, landstingsrådet Ingela Nylund Watz, Lena-Maj Anding samt Pia Lidwall.

YRKANDEN

- 1) bifall till landstingsstyrelsens förslag
- 2) bifall till s-, v- och mp-ledamöternas reservation i landstingsstyrelsen

Ordföranden ställde propositioner om bifall till yrkandena ovan och fann att fullmäktige bifallit landstingsstyrelsens förslag.

BESLUT

Fullmäktige beslutade enligt landstingsstyrelsens förslag

att godkänna att vårdgivare som har avtal med landstinget i samband med operation av grå starr får debitera patient som önskar multifokala linser merkostnaden jämfört med vad standardlinser kostar.

RESERVATION

Reservation mot fullmäktiges beslut anfördes av s-, v- och mp-ledamöterna.

§ 239**Motion 2005:12 av Birgitta Rydberg m fl (fp) om att satsa på kompetensutvecklingsavtal för vårdanställda (förslag 72)**

LS 0504-0666

Anf. 65-72

I ärendet yttrade sig Jan Liliemark, Ingvar von Malmborg, landstingsråden Maria Wallhager och Ingela Nylund Watz samt Åke Askensten.

YRKANDEN

- 1) bifall till landstingsstyrelsens förslag
- 2) bifall till mp-ledamöternas förslag innebärande bifall till motionen

Ordföranden ställde propositioner om bifall till yrkandena ovan och fann att fullmäktige bifallit landstingsstyrelsens förslag.

BESLUT

Fullmäktige beslutade enligt landstingsstyrelsens förslag

att anse motionen besvarad.

RESERVATION

Reservation mot fullmäktiges beslut anfördes av mp-ledamöterna.

SÄRSKILT UTTALANDE

Mp-ledamöterna lät till protokollet anteckna följande särskilda uttalande "Miljöpartiet de Gröna anser att motionens intentioner om individuell kompetensutveckling är synnerligen viktiga. Varje enskild anställd inom SLL ska ha tillgång till kompetensutveckling som är ett resultat av en avvägning av de individuella behoven och institutionens. Vi vill också peka på behovet av kompetensutveckling vad gäller klimatfrågor, där SLL idag riskerar att sacka efter. Vi kräver också att landstingets miljöprogram steg 5 miljöcertifieringen säkerställs genom utbildning till alla utförare, inte minst husläkarmottagningar. Även de perspektiv som lyfts fram i landstingsstyrelsens förslag måste självklart beaktas."

§ 240

Vissa val och fyllnadsval samt *bordlagda val m m (förslag 73)*

LS 0610-1661, 1777, 0611-1936, 1958, 0702-0244, 0703-0340, 0364, 0391, 0704-0427, 0705-0455, 0491, 0547, 0706-0597, 0633, 0645, 0708-0783, 0788, 0789, 0804, 0821, 0859, 0709-0887, 0888, 0892, 0942, 0943, 0977, 0989, 0998, 0710-1022, 1042

Fullmäktige beslutade att medge befrielse från uppdrag för

Maria Strömkvist (s) ersättare i fullmäktige, valkrets SO, Berith Grönqvist (s) ersättare i fullmäktige, valkrets SV, Gabriel Atasayar (mp) ersättare i fullmäktige, valkrets SV samt Anders Woxnerud (kd) ledamot i övervakningsnämnden Stockholm Norr.

Fullmäktige valde enligt valberedningens förslag

Sjukvårdsstyrelse Mitt intill utgången av 2007

Ersättare

m Inger Akalla (efter Christian Fischerström)

Mälardalsrådet intill utgången av 2010

Personlig ersättare

fp Caroline Åkerhielm (efter Britt-Marie Norelius)

Övervakningsnämnden Stockholm Norr intill utgången av 2010

Ledamot

kd Christina Hermelin (efter Anders Woxnerud)

Länsrätten intill utgången av 2010

Nämndemän

m	Annette Lundquist Larsson	(efter Ted Bondefalk)
m	Siw Nordin Rydén	(efter Anna-Stina Eklund Wivallius)
m	Jan Hellström	(efter Jan-Edvin Henriksson)
m	Max Blomqvist	(efter Fredrik Sawestål)
m	Alexandra Ivanov	(efter Marianne Liljebladh)
m	Marine Ohanyan	(efter Eva Jansa)
m	Majken Ploby	(efter Eliza Roszkowska-Öberg)
m	Sophia Åhlin	(efter Malin Lindberg)
m	Kerstin Billing	(efter Marika Makrigianni)
fp	Martin Skjöldebrand	(efter Inger Elwin)
fp	Sven-Olof Norlin	(efter Roine Wallin)
fp	Neven Milivojevic	(efter Stefan Hirvonen)
fp	Monica Hansson	(efter Rickard Ydrenäs)
fp	Inga-Maj Dunér	(efter Britt-Marie Norelius)
s	Gunilla Toscano	(efter Anna Schönbeck)
v	Lars Abrahamsson	(efter Firas Al-Saffar)

Länsrätten, fastighetstaxeringsmål t o m 30 juni 2013

Nämndemän

fp Solveig Staffas

Skattenämnden för skattekontor 2 intill utgången av 2010

Ledamöter

m	Britt Tryding	(efter Tomas Ericsson)
m	Britt-Marie Nilsson	(efter Åke Frodin)
v	Gunilla Andersson	

Skattenämnden för skattekontor 3 intill utgången av 2010

Ledamöter

m	Birgitta Abrahamsson	
fp	Anders Rodin	(efter Kerstin Hansson Escobedo)

Fullmäktige beslutade enligt valberedningens förslag att bordlägga följande val

en ledamot i sjukvårdsstyrelse Norr efter Anna Littmarck (mp)

en suppleant i styrelsen för SLL Internfinans AB (-)

en ledamot och en suppleant i styrelsen för Stiftelsen Centrum för Molekylär Medicin (-)

åtta nämndemän i länsrätten efter Monica Laszlo (m), Pia Larsson (m), Björn Falkenström (m), Manijeh Barkhodaee (fp), Klara Spangenberg (fp), Lars Uebel (fp), Anders Hård (mp) samt Anton Klepke (mp)

en nämndeman i länsrätten, fastighetstaxeringsmål, (mp)

en nämndeman i Svea Hovrätt efter Katarina Hamntorp-Kretzschmar (m)

tre ledamöter i skattenämnden för skattekontor 1 efter Shafqat Khatana (s) och Martin Edward (s) samt 1 (mp)

tretton ledamöter i skattenämnden för skattekontor 2, efter Monika Kurin (s) samt 5 (v) och 7 (mp)

tolv ledamöter i skattenämnden för skattekontor 3, efter Marcin Zakowicz (m) samt 4 (v) och 7 (mp)

tre ledamöter i skattenämnden för storföretagsskattekontoret (mp)

en ledamot i skattenämnden för skattekontor Eskilstuna (v)

en ledamot i skattenämnden för skattekontor Uppsala (mp)

§ 241

Val av ordförande, förste och andre vice ordförande i landstingsfullmäktige samt sekreterare hos fullmäktige och ersättare för denne (förslag 74)
LS 0709-0952

Fullmäktige beslutade

att utse ordförande samt förste och andre vice ordförande i landstingsfullmäktige att tjänstgöra fr o m november 2007 t o m oktober 2008.

att utse sekreterare hos landstingsfullmäktige och ersättare för denne för samma tjänstgöringstid.

Fullmäktige valde enligt valberedningens förslag

Landstingsfullmäktige fr o m 1 november 2007 t o m 31 oktober 2008

Ordförande	1:e vice ordförande	2:e vice ordförande
m Inger Linge	s Conny Andersson	fp John Glas

Sekreterare	Ersättare för sekreterare
- Peter Freme	- Klas Havrén
	- Jan Vikenheim

§ 242**Anmälan av motioner**

LS 0710-1074--1078

Nr 2007:43 av Håkan Jörnehed m fl (v) om att utveckla ersättningsystemet inom hälso- och sjukvården för att styra mot utjämning av de sociala skillnaderna

Nr 2007:44 av Håkan Jörnehed m fl (v) om att förebygga, förhindra och upplysa om MRSA (resistenta stafylokocker)

Nr 2007:45 av Birgitta Sevefjord m fl (v) om förbättrad inkontinensvård för kvinnor och män

Nr 2007:46 av Lena-Maj Anding m fl (mp) om helhetssyn vid förskrivning av hjälpmedel och anhörigas roll

Nr 2007:47 av Lena-Maj Anding m fl (mp) om förändring av regelverket för hjälpmedel

Motionerna remitterades till landstingsstyrelsen för beredning.

§ 243**Bordlagd interpellation 2007:70 av Johan Sjölander (s) om privatiseringar i sjukvården**

LS 0706-0586

Anf. 73-83

Interpellationen är ställd till landstingsrådet för finansfrågor. Fullmäktige medgav den 12 juni 2007 att interpellationen fick ställas. Interpellationen bordlades vid fullmäktiges sammanträde den 11 september 2007.

Svar på interpellationen, se bilaga 3.

Landstingsrådet Chris Heister hänvisade till det skriftliga svaret. Vidare yttrade sig Johan Sjölander, landstingsrådet Chris Heister, Åke Askensten, Thomas Magnusson samt Georg Gustafsson.

§ 244**Interpellation 2007:77 av Dag Larsson (s) om de borgerligas syn på befolkningsansvaret**

LS 0709-0895

Anf. 84-89, 147-180

Interpellationen är ställd till landstingsrådet för sjukvårdsfrågor. Fullmäktige medgav den 11 september att interpellationen fick ställas.

Svar på interpellationen, se bilaga 4.

Landstingsrådet Filippa Reinfeldt hänvisade till det skriftliga svaret. Vidare yttrade sig landstingsråden Dag Larsson och Filippa Reinfeldt, Inger Ros, Maj-Len Eklund, landstingsrådet Raymond Wigg, Olle Reichenberg, Staffan Holmberg, landstingsrådet Ingela Nylund Watz, Gunilla Helmerson, landstingsrådet Stig Nyman, Marie Ljungberg Schött, landstingsråden Gustav Andersson och Birgitta Sevefjord, Håkan Jörnehed, Peter Andersson, Georg Gustafsson, Olov Lindquist, Tove Sander, Pia Lidwall, Pia Ortiz-Venegas, landstingsrådet Lars Joakim Lundquist, Janet Mackegård, Johan Sjölander samt Lena-Maj Anding.

§ 245**Frågestund**

LS 0710-1067

Anf. 90-146

- 1) Inger Ros (s) till landstingsrådet Filippa Reinfeldt: Kommer länets familjecentraler att finnas kvar även efter den 1 januari 2008?
- 2) Kerstin Pettersson (v) till ordföranden i programberedning 1 Pia Lidwall: Anser du att äldrevårdscentraler ska ingå i Stockholms läns landstings sjukvårdsutbud?
- 3) Helena Ekekihl (mp) till landstingsrådet Filippa Reinfeldt: Finns det något samarbete mellan sjukhusen så att man informerar och hänvisar patienter i behov av operation vidare till Norrtälje sjukhus?
- 4) Ingela Nylund Watz (s) till landstingsrådet Chris Heister: Är du beredd att medverka till att meddelarfriheten garanteras för den personal som får annan arbetsgivare i och med privatisering och/eller avknoppningar?
- 5) Pia Ortiz-Venegas (v) till landstingsrådet Chris Heister: Kommer Södertälje sjukhus att säljas till en privat entreprenör?
- 6) Kaija Olausson (mp) till landstingsrådet Lars Joakim Lundquist: Kommer resurser att finnas avsatta i budget 2008 för de merkostnader landstinget får av hjälpmedel, rehabiliteringsinsatser mm med anledning av att många kommuner omvandlat sina särskilda boendeformer till enskilt boende?
- 7) Lena-Maj Anding (mp) till landstingsrådet Lars Joakim Lundquist: Har landstinget förhandlat om ekonomisk kompensation för merkostnader av hjälpmedel, rehabiliteringsinsatser mm med anledning av att många kommuner omvandlat sina särskilt boendeformer till enskilt boende?
- 8) Dag Larsson (s) till landstingsrådet Filippa Reinfeldt: Tänker du vidta åtgärder för att se till att privata specialister som inte har väntetidsrapportering inskrivet i sina avtal får det?
- 9) Håkan Jörnehed (v) till landstingsrådet Filippa Reinfeldt: Anser du det vara bra att sjukvårdspersonal är flerspråkig och bör det premieras?
- 10) Anders Johansson (s) till landstingsrådet Chris Heister: Avser finanslandstingsrådet att ta några initiativ för att förhindra genomförandet av det förslag till förändringar av skatteutjämningsystemet som en statlig utredare nyligen lämnat?
- 11) Birgitta Sevefjord (v) till landstingsrådet Stig Nyman: Finns det en strategi i Stockholms läns landsting som säkerställer att det finns tillräckligt med mammografi-kompetenta röntgenläkare och sjuksköterskor i framtiden?

Frågorna antecknades som besvarade.

§ 246**Interpellation 2007:79 av Raymond Wigg (mp) om patientperspektivet på det Nya Karolinska Solna**

LS 0709-0898

Anf. 181-185

Interpellationen är ställd till landstingsrådet för sjukvårdsfrågor. Fullmäktige medgav den 11 september 2007 att interpellationen fick ställas.

Svar på interpellationen, se bilaga 5.

Landstingsrådet Stig Nyman hänvisade till det skriftliga svaret. Vidare yttrade sig landstingsråden Raymond Wigg och Stig Nyman samt Viviann Gunnarsson.

§ 247

Interpellation 2007:80 av Viviann Gunnarsson (mp) om Nya Karolinska Solnas miljöåtgärder m.m.

LS 0709-0900

Anf. 186-190

Interpellationen är ställd till landstingsrådet för sjukvårdsfrågor. Fullmäktige medgav den 11 september 2007 att interpellationen fick ställas.

Svar på interpellationen, se bilaga 6.

Landstingsrådet Stig Nyman hänvisade till det skriftliga svaret. Vidare yttrade sig Viviann Gunnarsson och landstingsrådet Stig Nyman.

§ 248

Interpellation 2007:78 av Birgitta Sevefjord (v) om nedläggning av närakuter

LS 0709-0896

Anf. 191-211

Interpellationen är ställd till landstingsrådet för sjukvårdsfrågor. Fullmäktige medgav den 11 september 2007 att interpellationen fick ställas.

Svar på interpellationen, se bilaga 7.

Landstingsrådet Filippa Reinfeldt hänvisade till det skriftliga svaret. Vidare yttrade sig landstingsråden Birgitta Sevefjord och Filippa Reinfeldt, Kaija Olausson, Håkan Jörnehed, Inger Ros, landstingsrådet Dag Larsson, Gunilla Helmerson, Marie Ljungberg Schött, landstingsråden Ingela Nylund Watz och Birgitta Rydberg, Tomas Rudin samt Johan Sjölander.

§ 249

Interpellation 2007:82 av Håkan Jörnehed (v) om beslutet att lägga ner Jakobsbergs närakut

LS 0709-0894

Anf. 212-223

Interpellationen är ställd till landstingsrådet för sjukvårdsfrågor. Fullmäktige medgav den 11 september 2007 att interpellationen fick ställas.

Svar på interpellationen, se bilaga 8.

Landstingsrådet Filippa Reinfeldt hänvisade till det skriftliga svaret. Vidare yttrade sig Håkan Jörnehed, landstingsrådet Filippa Reinfeldt, Helena Ekekihl, Olle Reichenberg, Anna Kettner, landstingsrådet Birgitta Sevefjord samt Lena-Maj Anding.

§ 250**Interpellation 2007:81 av Inger Ros (s) om diskriminering av invandrarkvinnor vid förlossning**

LS 0709-0902

Anf. 224-233

Interpellationen är ställd till landstingsrådet för sjukvårdsfrågor. Fullmäktige medgav den 11 september 2007 att interpellationen fick ställas.

Svar på interpellationen, se bilaga 9.

Landstingsrådet Birgitta Rydberg hänvisade till det skriftliga svaret. Vidare yttrade sig Inger Ros, landstingsrådet Birgitta Rydberg, Ann-Sofie Matthiesen, Kemo Ceesay, Boris von Uexküll samt Regiana Hortin.

§ 251**Interpellation 2007:83 av Lena-Maj Anding (mp) om vård och vårdlokaler anpassade för personer med känslighet för elektromagnetisk strålning/ elektromagnetiska fält**

LS 0709-0897

Anf. 234-238

Interpellationen är ställd till landstingsrådet för sjukvårdsfrågor. Fullmäktige medgav den 11 september 2007 att interpellationen fick ställas.

Svar på interpellationen, se bilaga 10.

Landstingsrådet Lars Joakim Lundquist hänvisade till det skriftliga svaret. Vidare yttrade sig Lena-Maj Anding och landstingsrådet Lars Joakim Lundquist.

§ 252**Interpellation 2007:84 av Johan Sjölander (s) om landstingets hälsoplan**

LS 0709-0899

Anf. 239-245

Interpellationen är ställd till landstingsrådet för sjukvårdsfrågor. Fullmäktige medgav den 11 september 2007 att interpellationen fick ställas.

Svar på interpellationen, se bilaga 11.

Landstingsrådet Maria Wallhager hänvisade till det skriftliga svaret. Vidare yttrade sig Johan Sjölander, landstingsrådet Maria Wallhager samt Niklas Gladh.

§ 253**Interpellation 2007:85 av Inger Ros (s) om möjligheterna att få dialysvård i Norrtälje och Södertälje**

LS 0709-0901

Anf. 246-253

Interpellationen är ställd till landstingsrådet för sjukvårdsfrågor. Fullmäktige medgav den 11 september 2007 att interpellationen fick ställas.

Svar på interpellationen, se bilaga 12.

Landstingsrådet Lars Joakim Lundquist hänvisade till det skriftliga svaret. Vidare yttrade sig Inger Ros, landstingsrådet Lars Joakim Lundquist, Lena Cronvall-Morén, landstingsrådet Raymond Wigg samt Lena Huss.

§ 254**Interpellation 2007:86 av Dag Larsson (s) om beslutet att inte pröva möjligheten att införa vaccination med Gardasil mot livmoderhalscancer**

LS 0709-0903

Anf. 254-259

Interpellationen är ställd till landstingsrådet för sjukvårdsfrågor. Fullmäktige medgav den 11 september 2007 att interpellationen fick ställas.

Svar på interpellationen, se bilaga 13.

Landstingsrådet Birgitta Rydberg hänvisade till det skriftliga svaret. Vidare yttrade sig landstingsråden Dag Larsson och Birgitta Rydberg samt Lena-Maj Anding.

§ 255**Anmälan av interpellationer**

LS 0710-1051--1056

Nr 2007:87 av Mats Skoglund (v) om politikens ansvar för extremt dyra läkemedel

Nr 2007:88 av Thomas Magnusson (v) om hyresgäster som tvingas flytta när Nya Karolinska börjar byggas

Nr 2007:89 av Viviann Gunnarsson (mp) om Nya Karolinska Solnas säkerhet

Nr 2007:90 av Dag Larsson (s) om hälso- och livsvillkor hos utsatta grupper

Nr 2007:91 av Håkan Jörnehed (v) om psykhälsan ska erbjuda samtalsstöd för transpersoner

Nr 2007:92 av Curt Hansson (s) om cyklar i Mälardalstrafiken

Interpellationerna skall besvaras vid fullmäktiges sammanträde den 11 december 2007.

Avslutning

Ordföranden avslutade sammanträdet kl 18.10.

Vid protokollet

Peter Freme

Anföranden vid Stockholms läns landstingsfullmäktiges möte den 9 oktober 2007

§ 233 Annonsering av landstingsfullmäktiges sammanträden under 2008

Anförande nr 1

Ingvar von Malmberg (mp): Vi ska nu besluta att lägga till *Punkt SE*. Det anser jag vara mindre nödvändigt. Jag tycker i stället att vi borde lägga till *Miljömagasinet*, som är Miljöpartiet de grönas tidning. Jag anser också att vi självfallet bör annonsera landstingsfullmäktiges sammanträden i de övriga tidskrifter som tillhör de politiska partierna. Det är viktigt att de politiska organisationerna får kännedom om vilka ärenden som kommer upp och vad som behandlas.

Jag vill därför att vi i stället gör tillägget att *Miljömagasinet*, *Kristdemokraten* och övriga tidskrifter från politiska organisationer får plats i listan över var sammanträden ska annonseras.

Ordföranden: Jag har fattat det så att ett antal uppräknade tidningar, däribland *Miljömagasinet*, ska läggas till och att *Punkt SE* ska utgå.

Vi har tagit reda på vilken räckvidd *Punkt SE* har för målgrupperna 15–79 år, som väl är de relevanta målgrupperna. *Punkt SE* har 18 procents räckvidd. Högre räckvidd har Svenska Dagbladet, med 20 procents räckvidd, och till exempel Stockholm City, med 37 procents räckvidd.

Från presidietts sida tycker vi att det vore fel att inte ha med *Punkt SE*. Vi föreslår att fullmäktige beslutar enligt förslaget.

Anförande nr 2

Ingvar von Malmberg (mp): Jag ser det som ett feltänk. Det är möjligt att *Punkt SE* har en viss räckvidd, men frågan är vilka som läser *Punkt SE* och vilka som läser de politiska tidskrifterna. Självfallet innebär en annonsering i de politiska tidskrifterna en helt annan spridning bland dem som i hög grad berörs av ärendena i landstingsfullmäktige och de olika anslag som måste ges.

Annonsering sker redan i ganska många stora dagstidningar. Jag anser att det är viktigare att annonserna går ut i de politiska magasinerna, så att man tydligare ser vilka debatter och vilka ärenden som kommer upp i landstingsfullmäktige. Jag tycker att vi bör ändra beslutet om *Punkt SE*.

Jag tänker inte diskutera kvaliteten på olika tidskrifter. Men det är självklart att mycket av det som står i de politiska tidskrifterna berör de ärenden som kommer upp här, det vill säga att det finns en direkt koppling.

Anförande nr 3

Landstingsrådet Nylund Watz (s): Ordförande, landstingsfullmäktige! Jag yrkar bifall till det föreliggande förslaget. Men jag vill samtidigt rikta en vädjan till presidiet att i samband med någon gruppleddaröverläggning ta upp den här frågan, så att alla partier känner sig bekväma med vår hantering av frågan.

Ordföranden: Det verkar vara ett gott förslag. Vi har alltid pratat om detta. Det vi nu har gjort är bara att lägga till *Punkt SE*, och det har vi gjort utifrån den grund som jag har redogjort för, det vill säga tidningens räckvidd.

§ 235 Tidigarelagd projektering för det fortsatta arbetet med Nya Karolinska Solna

Anförande nr 4

Landstingsrådet Heister (m): Fru ordförande! Jag vill bara säga några korta ord om detta förslag till beslut från landstingsstyrelsen, som handlar om att fortsätta att hålla tempo i det viktiga projektet med Nya Karolinska Solna.

Det finns egentligen två delar. Den ena är att möjliggöra markarbeten och att kunna göra omläggningar i fråga om media för att kunna förbereda på ett bra sätt. Det är den ena delen, som gör att vi kan hålla tempo i själva frågan om Nya Karolinska Solna, mot bakgrund av det beslut som vi sedan ska fatta i februari, som handlar om det slutgiltiga investeringsbeslutet. Det är också detta som är den stora omdisponering vi gör i investeringsbudgeten från Landstingsfastigheter Stockholm till landstingsstyrelsens förvaltning på 44 miljoner.

Den andra delen handlar om verksamhetsplaneringen. Många människor inom vår verksamhet är engagerade i förberedelserna för beslutet om Nya Karolinska Solna. Då gäller det att se till att man inte stannar upp förberedelsearbetet utan att verksamhetsplaneringen kan fortsätta. För det vill vi avsätta 16 miljoner kronor.

Vi gör detta för att se till att vi så fort som möjligt, sedan beslut har fattats, kan komma igång med nödvändig byggnation i samarbete med Stockholms stad och Solna stad och se till att vi kan påbörja en inflyttning 2013, så att det inte blir en försening i den delen. Det är vad beslutet innehåller.

Jag yrkar bifall till landstingsstyrelsens förslag till beslut.

Anförande nr 5

Vivian Gunnarsson (mp): Ordförande, ledamöter! Jag vill först säga att vi från Miljöpartiet naturligtvis också yrkar bifall till förslaget om att tidigarelägga projektet och snabba upp beslutsfattandet i projektet. Vi tycker till och med att det vore bra ifall man gick fram ännu fortare eller åtminstone fördjupade sina förberedelser för Nya Karolinska Solna mycket snabbare än vad vi har sett hittills.

Vi har lagt en skrivelse i landstingsstyrelsen om en fördjupning på vissa områden av utvecklingen av Nya Karolinska Solna. Det har att göra med hur intentionerna för sjukhuset var från början. Det har varit ganska tyst ett tag kring sjukhuset. Man väntar länge med att prata om hur verksamheten inom själva sjukhuset ska utvecklas, medan det är mycket diskussion kring själva sjukhusbyggnaden, hur den ska se ut, planeringsförutsättningarna för den och vilken teknik och forskning som ska finnas på sjukhuset.

Det vi tycker är viktigt är att man nu går in i ett skede där man beskriver sjukhusets uppdrag, verksamhetsinnehåll och specialiteter och hur patienten ska kunna finnas i centrum på det sätt som var tanken från början.

Det vi har sett i utvecklingen och det som har kommit fram vid projekteringen är mer att man ser patienten som ett objekt och inte som det subjekt som patienten borde vara. Även om man har en mycket kraftig specialisering och forskning på sjukhuset är det viktigt att ta till sig nya rön kring hur människor kan tillfriskna från en sjukdom och sätta patienten i centrum i vårdnadssammanhanget.

Dessutom har en del saker inte blivit beskrivna speciellt väl. Vi är lite oroade över remisstvånget till akuten på Nya Karolinska Solna. Vi förstår inte riktigt hur det ska kunna upprätthållas. Hur ska till exempel en patient som blir skadad i en olycka kunna få en remiss till akuten på det nya sjukhuset? Det är inte beskrivet, och det kan kännas mycket oroande för patienterna, speciellt när man nu vet att antalet sjukhussängar inte kommer att räcka till i framtiden, även om vi bygger detta sjukhus.

En annan fråga som också är viktig att jobba vidare med snabbt är sjukhusets uthållighet vid kriser och olyckor. Det handlar om ett datastyrt sjukhus, kan man säga, ett sjukhus med hög teknologisk inriktning. Skulle det bli ett haveri i datamaskineriet kan man tänka sig att många patienter blir lidande. Vi behöver veta detta på ett mycket tidigt stadium.

Ytterligare en fråga som vi anser är viktig att snarast ta hänsyn till är hur patienternas miljö, särskilt med avseende på barn, ska se ut på Nya Karolinska Solna. Det kommer att bli en blandning av barn och vuxna på sjukhuset, och det är inte alltid den bästa inriktningen. Det har tidigare, bland annat på Karolinska sjukhuset, funnits sådana blandade avdelningar. Det kan bli en ganska skräckfylld upplevelse för barn att befinna sig på en vuxenavdelning. Jag har ganska stor erfarenhet av det själv, som vuxen som har varit där med barn.

Ett ytterligare problem som vi tycker att man behöver arbeta vidare med är hur miljöfrågorna tas omhand på Nya Karolinska Solna. Jag återkommer senare i dag i interpellationsdebatten till just omvårdnadsfrågan och miljöfrågan på Nya Karolinska Solna.

Det är viktigt att vi för den här debatten kring sjukhuset och håller den levande, så att sjukhuset blir det paradsjukhus som vi har hoppats på – inte bara en teknologisk landvinning utan också ett sjukhus där människor kommer att tillfriskna från sina sjukdomar.

Anförande nr 6

Landstingsrådet **H e i s t e r** (m): Låt mig först konstatera att vi här i salen har varit överens om att Nya Karolinska Solna ska vara ett verksamhetsprojekt och inte ett byggprojekt. Vad detta beslut handlar om är att göra en omfördelning i investeringsbudgeten för att kunna fortsätta arbetet genom att hålla tempo i tidsplanen för det nya sjukhuset, även om vi ska fatta det slutgiltiga beslutet först i februari nästa år. Det gäller att lösgöra 44 miljoner kronor för att kunna göra de markarbeten och omläggningar av media som behöver göras.

När vi nu, **Viviann Gunnarsson**, avsätter medel för fortsatt verksamhetsplanering handlar det just om det du tar upp. Vi skapar utrymme för att kunna fortsätta det arbetet.

Väldigt många är involverade i att se till att innehållet i det nya sjukhuset blir det allra bästa. Jag tycker att man ska vara lite försiktig. Utvecklingen inom sjukvården går så snabbt att när det nya sjukhuset är färdigt får det inte bli som när man byggde Rikshospitalet i Oslo. När man flyttade in där fick man börja med att bygga om sjukhuset under två år. Här gäller det att se till att skapa flexibilitet i det nya sjukhuset, för att möta den utmaning som vi står inför.

Anförande nr 7

Viviann Gunnarsson (mp): Det är jättebra att vi är överens om att verksamheten är det viktiga. När man bygger ett så teknologiskt fullfjädrat sjukhus är det klart att folk kommer att prata mycket om den teknologiska inriktningen. Projekteringshandling-

arna har hittills väldigt mycket handlat om forskningen och utbildningen på sjukhuset och att sammanföra dem – inte hur människor ska kunna hanteras på sjukhuset.

En fråga som är viktig för tillfrisknandet är mathållningen för dem som är inlagda på sjukhuset. Man tänker sig inte att ha något tillagningskök. Det är bara ett av flera exempel på hur man kan driva diskussionen från patientperspektivet till perspektivet forskning-utveckling-paradbyggnad, någonting att visa upp.

Det är bra om vi har något att visa upp. Men det är också bra om människor blir friska på sjukhuset.

Anförande nr 8

Landstingsrådet Nylund Watz (s): Ordförande, landstingsfullmäktige! Jag vill naturligtvis yrka bifall till landstingsstyrelsens förslag till beslut och gärna understryka att det är bra att vi är eniga om beslutet. Projektet är vårdat av samtliga partier i landstingsfullmäktige, och jag hoppas att det ska kunna vara så framöver.

Till Viviann vill jag säga: Trots att vi nu tar ett gemensamt tag för att skynda på processen har vi väldigt mycket tid på oss för att diskutera det innehållsliga i sjukhuset, i dess egen funktion och inte minst i relation till övrig sjukvård i länet och i samhället. Jag hoppas verkligen att vi får olika tillfällen att göra det gemensamt, så pass väl att vi känner oss trygga med det beslut som vi så småningom kommer att fatta om det exakta innehållet.

Det är för övrigt en process som kommer att vara levande även efter det beslut som vi förhoppningsvis tar i februari, eftersom vi inte räknar med att sjukhuset ska vara klart förrän ett antal år senare. Hela projektet är så att säga ett rörligt mål, och det gäller att ligga i tiden så mycket det går.

Bifall till landstingsstyrelsens förslag till beslut!

Anförande nr 9

Landstingsrådet Sevefjord (v): Från Vänsterpartiet yrkar vi också bifall till landstingsstyrelsens förslag till beslut. Vi tycker att det är bra att man tillför medel så att vi kan hålla uppe den takt som vi har talat om från början. Precis som Ingela sade är det jätteviktigt att vi har en bred politisk uppslutning bakom projektet. Det har vi haft hittills, och vi tycker väl alla att det är ett oerhört spännande projekt.

Vi som har förmånen att sitta i FoUU-utskottet har också möjlighet att fortlöpande diskutera utvecklingen av sjukhuset. Precis som Chris Heister sade återkommer vi i fullmäktige inte bara i februari utan också framöver till mer omfattande diskussioner om sjukhuset och hur det ska se ut slutligen.

Jag vill bara instämma i det Viviann Gunnarsson sade. Hon lyfte upp en massa intressanta frågeställningar som vi säkert kommer att debattera framöver. Från vår sida är det några saker som vi vill lyfta fram.

Det står i brödtexten att det nya sjukhuset kommer att få stor inverkan på hela sjukvården och den medicinska forskningen i Stockholms län. Det stämmer, men den kommer naturligtvis också att få stor inverkan på boende i området och hela stadsplaneringen i området. Vi vill lyfta fram vikten av att man hela tiden bevakar utvecklingen av kollektivtrafiken i området, när man nu påskyndar utvecklingen av projektet. Det handlar också om situationen för de boende i området.

Men det yrkar jag bifall till landstingsstyrelsens förslag till beslut.

Anförande nr 10

Landstingsrådet N y m a n (kd): Fru ordförande! Först vill jag uttrycka en tacksamhet över den enighet som förefaller föreligga i ärendet. Men vad tiden lider kommer det tyngre ärenden.

Nya universitetssjukhus bygger man möjligen ett per politikergeneration. Därför är denna fråga så mycket tyngre och mer långtgående att vi är angelägna om att lyssna på varandra för att komma framåt. Naturligtvis är vi också angelägna om att hålla tidsplanen.

Jag vill betona alldeles särskilt att patienten är i centrum. Vi har inga andra ändamål för att bygga, utveckla och investera i vården än patienten. Däremot är det nu – ett antal år innan sjukhuset ska börja tas i bruk – för tidigt att vara mer specifik beträffande hur klinikfördelning och annat ska vara.

Ett tydligt uttryck för att patienten är i centrum är att inriktningen är på enkelrum. Patienten ligger alltså inte på medarbetarnas arbetsplats, utan medarbetarna besöker patienten. Det är ett tydligt uttryckt fokus i de texter som finns som tillgå.

Flexibiliteten har nämnts. Nästa steg, efter beslutet i februari, blir den stora utmaningen: att få funktion inte bara i detta sjukhus utan i hela hälso- och sjukvården i vårt län och att sjukhuset också ska ha en central funktion i svensk hälso- och sjukvård.

Viviann Gunnarsson har en interpellation som ska besvaras lite senare i dag. Jag återkommer då till frågor som har att göra med miljöaspekter och annat. Som ni har sett av det skriftliga interpellationssvar som har sänts ut är sjukhuset ett nästan väl så spännande miljöprojekt som ett patient- och hälso- och sjukvårdsprojekt. Det ska kunna gå att lyfta fram det nya sjukhuset som en förebild inte bara när det gäller patientvården utan också när det gäller miljöhänsyn, energianvändning och vad som hör till detta.

Hittills har vi varit eniga, och jag hoppas att vi kan arbeta på ett sådant sätt att vi fortsättningsvis i de avgörande besluten kan vara eniga inte bara i debatten utan också i voteringarna och i att tillföra goda idéer till projektet. Vi som har det här djupa intresset och engagemanget följer utvecklingen av hälso- och sjukvården i Sverige och för den delen också internationellt, så att alla kan få möjlighet att bidra till att sjukhuset blir optimalt i alla avseenden.

När vi nu har kommit så här långt är det viktigt att hålla tempo i den meningen att vi håller ihop projektet och inte fastnar i detaljer. Att fastna i enskilda detaljer och inte kunna se helheten är kanske den största risken med ett projekt av den här omfattningen.

Vi återkommer lite senare i dag flera gånger med anledning av ett par interpellationer, och på de inlämnade interpellationerna har jag sett att fortsättning följer i december. Vi förbereder också – det framgår av ett interpellationssvar – en lite mer djupgående information i fullmäktige i december, efter det att landstingsstyrelsen har tagit sitt beslut. För att föra ut informationen ännu bredare och djupare och skapa ännu större intresse kring projektet förbereder vi alltså ett sådant inslag i december i fullmäktige.

Bifall till landstingsstyrelsens förslag!

Anförande nr 11

Landstingsrådet W i g g (mp): Fru ordförande, fullmäktige, åhörare! Jag tänkte ta upp den fråga som Chris tog upp. Det gäller att vara med i tiden och inte bygga in sig eller måla in sig i ett hörn. Det håller jag absolut med om.

En viktig del i det vi allmänt i samhället säger är grundläggande för vår hälsa är maten, det vill säga vad vi äter, vad vi stoppar i oss för att bibehålla den hälsa som vi har med oss från början och som vi så att säga ska leva med hela livet.

Det kommer hela tiden nya rön om matens betydelse, speciellt den ekologiska matens betydelse. Förut har man kanske mest bara haft på känn att det är nyttigt att äta det som inte har besprutats och det som inte har konstgödslats. Nu kommer det mer och mer signaler och vetenskapliga fakta om att den ekologiska maten är nyttigare och mer sjukdomsförebyggande.

Något som inte finns med här – om vi ska vara ett spetsjukhus på alla fronter – är just mathanteringen. Nya Karolinska Solna har inget eget produktionskök. Det tycker vi från Miljöpartiets sida är en brist.

Enligt landstingets kostutredning ska en fabrik skicka förfabricerad mat till sjukhuset för att där värmas upp på något sätt – *cook-chill*, *cook-freeze* och allt vad det heter. Hur ska man då kunna garantera patienterna och dem som vårdar patienterna att det inte – från fabriken till uppvärmningsköket, där man värmer upp maten, som sedan serveras – finns någon liten substans i maten som kan vara skadlig? Det är viktigt för dem som lider av allergier eller andra svåra sjukdomar.

Vi vet hur svårt det är inom livsmedelsindustrin att garantera att inget kontamineras av andra ämnen. Det finns massor av tillsatser inom livsmedelsindustrin som är skadliga för människor. Här avhänder vi oss kontrollen över det, och det tycker jag att vi borde fundera ett varv till om, innan vi fastställer landstingets inriktning för det nya universitetssjukhuset.

Anförande nr 12

Landstingsrådet N y m a n (kd): Fru ordförande! Jag vill bara helt kort säga att jag är en garant för att det kommer att serveras hälsosam mat på Nya Karolinska Solna. Alla tänkbara rön som leder åt det håll som du är ute efter, Raymond Wigg, kommer vi självfallet att ta hänsyn till. Men lika lite som det i dag går att tala om vilken mat som ska serveras på Södersjukhuset, Danderyds sjukhus, Norrtälje sjukhus, Södertälje sjukhus, Huddingeenheten och så vidare, lika lite kan vi nu nämna några detaljer om vad maten ska innehålla, hur den tillagas, hur den förpackas, vilka valmöjligheter patienterna kommer att ha och så vidare.

Det är inte alls säkert att vi ens i februaribeslutet kommer att kunna ange vilken mat som ska serveras någon gång på sommaren 2005. Men jag kan lova dig och er andra att frågan har hög aktualitet, liksom allt annat som ska ingå, i syfte att läka patienternas sår och sjukdomar. Självfallet är det så.

Vi har en separat diskussion om mathållningen vid våra enheter som det säkert finns anledning att återkomma till. Även detta ska vi kunna visa upp som en förebild för världen i övrigt.

Anförande nr 13

Landstingsrådet W a l l h a g e r (fp): Fru ordförande, ledamöter! Nu handlar diskussionen plötsligt om mat och inte om själva sjukhuset. Men Raymond Wigg lyfter upp en mycket viktig fråga. Maten är en stor del av omvårdnaden och en oerhört viktig del för att patienterna ska må bra och även för att personalen på det nya sjukhuset ska må bra.

Jag kan garantera Raymond att vi lägger stor energi på det upphandlingsunderlag som är på väg fram, just för att säkerställa att patienterna ska få bra mat. Jag tror dess värre inte att man kan få hundra procentig säkerhet för att maten inte blir kontaminerad,

oavsett om den tillverkas på sjukhuset eller någon annanstans. Tyvärr finns det alltid risk för kontamination. Däremot ska vi självfallet i upphandlingsunderlaget och i avtalet så långt det är möjligt säkerställa att sådant inte sker, för det är oerhört viktigt.

Vid de kontakter som jag har haft med bland annat Celiakiförbundet, Astma- och Allergiförbundet och andra har vi gått igenom vad som är förutsättningar för en bra mathållning på sjukhuset. De verkar trygga med de planer som vi har.

Miljöpartiet har också en representant i produktionsutskottet, som handlägger upphandlingen, nämligen Åke Askensten. Jag är säker på att han kommer att lägga sig vinn om att följa processen på ett bra sätt.

Jag kan också glädja Raymond och Miljöpartiet med att säga att vi självfallet ska hålla oss till det mål som den gamla regeringen och den nya regeringen har fastställt om att det ska vara 25 procent ekologisk mat år 2010, bland annat på Karolinska Universitets-sjukhuset. Jag tror nog att vi kommer att ordna detta tillsammans.

Anförande nr 14

Vivianne Gunnarsson (mp): Jag vill inte förlänga debatten om maten. Men eftersom sjukhuset inte är klart förrän 2015 är det nog ett annat mål än 25 procent ekologisk mat som vi måste sikta på.

Jag tycker det är viktigt – det är därför vi har lagt en skrivelse och interpellationer – att vi påbörjar debatten nu och inte väntar länge. Det gäller att hålla debatten levande och inte fösa in den i olika utskott, som FoUU-utskottet eller produktionsutskottet. Den kan då och då få finnas också här i fullmäktige, så att vi kan diskutera övergripande frågor här. Det är ju viktigt för framför allt stockholmarna att de ska få ett nytt sjukhus som är mindre än det som de har haft tidigare och som ska vara mer effektivt. Frågan är då om de kommer att våga sig på att befinna sig på det sjukhuset. Det handlar om vilket rykte det får.

Vi hör nu att alla lovar att det ska bli fint och bra. Då ska vi nog se till att vi får upp debatten ibland, så att vi kan se om vi är på rätt väg.

Tiden är alltid knapp. Vi har inte så mycket tid på oss utan måste diskutera frågan nu. Projekteringen av ett sjukhus av den här arten handlar inte bara om själva byggnaden, utan det handlar om att utforma helheten och alla variablerna i sjukhuset utifrån de aspekter som man har tänkt sig från början. Då är innehållet väldigt viktigt.

Talet om att vi nu inte behöver prata om kliniker och vad som ska finnas på sjukhuset tycker jag är fel. Jag tror att det har att göra med att man kanske inte vill förarga några specialiteter, som eventuellt inte kommer att finnas på sjukhuset. Men det tycker jag att vi ska sätta oss över. Om vi vill bygga ett sjukhus ska vi diskutera utifrån vilka behov som vi har i Stockholmsregionen och kanske i Sverige i stort, för på det här sjukhuset kommer det ju att finnas spetskompetens som kommer att vara till nytta för Sverige som helhet.

Jag tycker det var bra att Stig Nyman sade att vi inte ska fördjupa oss i alla möjliga små detaljer. Men det gäller att helheten blir bra och att det blir ett sjukhus som vi har tänkt oss det hela. Det är viktigt att vi nu påbörjar debatten om även kliniker och inriktningar och inte duckar för att olika specialiteter kanske kommer att känna sig lite förfördelade.

Anförande nr 15

Landstingsrådet **A n d e r s s o n (c)**: Fru ordförande! Den här debatten har varit värdefull, och de synpunkter som **Viviann Gunnarsson** tar upp är värdefulla frågeställningar som – genom att de förs fram – bidrar till den fortsatta diskussionen om Nya Karolinska Solna, som ju är ett rörligt mål.

Samtidigt känner jag att det är viktigt att understryka att Nya Karolinska Solna inte är något kolossalprojekt av betongkaraktär som syftar till att skapa något monument över vår politikergeneration. Tvärtom är det ett projekt som i stor utsträckning präglas av en ny människosyn i vården, tankar som har vuxit fram under senare tid när det gäller att ta till vara ett helhetsperspektiv på människan i synen på läkande och sjukvårdande.

Det gäller också miljötänkandet. Efter de dragningar som jag har tagit del av kan jag säga att det är imponerande hur väl man tänker på det området, inte minst när det gäller energiförsörjningen.

I fråga om miljön på ett sjukhus finns det två aspekter som är viktiga. Den ena är den miljö som sjukhuset innebär för tillfrisknandet. Där tycker jag att de skisser som vi har fått se bådär väldigt gott, liksom tankarna på hur man bygger sjukhusmiljön så att individen-patientens rättigheter och patientperspektivet stärks.

Sedan gäller det också att sjukhuset ska vara en del i ett samhälle som kan fungera ekologiskt hållbart över lång tid. Även där tycker jag att redovisningarna ser mycket positiva ut.

Projektet är ett långtidsprojekt som kommer att ta många år att bli färdigt. Sannolikt kommer vi att ha ett nytt miljöprogram, som väl heter Miljö Steg 6, på plats när det nya sjukhuset börjar närma sig färdigställande. Som **Maria Wallhager** påpekar kommer vi sannolikt att ha en högre ambitionsnivå än i dag när det gäller livsmedel.

Jag tror att Nya Karolinska Solna kommer att bli en stor tillgång för att skärpa Stockholms läns landstings miljöambitioner. Det kommer inte att bli en belastning, utan det kommer att bli ett av de verktyg som gör att vi kan flytta hela sjukvårdssektorn i Stockholmsregionen ett stort steg framåt på vägen mot en ekologiskt långsiktigt hållbar sjukvård.

Anförande nr 16

T h o m a s M a g n u s s o n (v): Fru ordförande, fullmäktige! Jag tycker att debatten visar att det finns ett stort engagemang i fråga om det nya sjukhuset. **Viviann Gunnarsson** tog upp ett antal frågor och en diskussion kring de frågor som jag tror att alla går och funderar på. Det är bra. Vi behöver diskutera detta närmare.

Jag tycker därför att det som **Stig Nyman** sade om att det finns ett informationstillfälle i december är bra. Det kommer att visa sig att vi kommer att ha ett antal frågor som behöver ventileras ganska ordentligt för att vi ska känna oss hyggligt trygga med projektet.

Maria Wallhager sade att maten kanske inte blir bättre om den tillverkas på Nya Karolinska Solna i stället för någonstans. Jag tror att du har rätt i det. Problemet är väl att det är en ganska stor och viktig miljöfråga om maten ska tillverkas på plats eller transporteras dit. En så stor arbetsplats och en så stor plats där så många människor möts har mycket att vinna på att maten tillverkas på plats. Det har ingenting med kvaliteten att göra. Däremot har det att göra med miljötänkandet och vårt behov av att hålla nere transportererna i ett område som är hårt belastat.

Det är precis detsamma när det gäller tvätten. Den kanske kan tvättas någonstans, men även här blir det otroligt mycket transporter till och från ett sjukhus som är ganska stort även med Stockholms mått mätt.

Det tycker jag att vi bör ha med oss i det fortsatta arbetet för att försöka se till att även den delen i miljötankandet finns med.

Då är vi blixtnsabbt inne på det som Birgitta Sevefjord pratade om i sitt inlägg, att tidigareläggningen av projektet också måste betyda en tidigareläggning av utbyggnaden av kollektivtrafiken. Trafiklandstingsrådet är inte här – jag hoppas att han inte har fastnat i kollektivtrafiken – men jag tycker att det är viktigt att vi bär med oss detta. Vad som många gånger sägs är att vi ska ha en utbyggd tunnelbana när sjukhuset står färdigt. Min bild är att detta är ett feltänk. Det består i att vi har en otroligt besvärlig trafiksituation redan i dag och att den kommer att bli mångfaldigt mycket värre under byggandet av sjukhuset. Därför måste man sätta fart, så att tunnelbanan kommer så fort det bara går.

Sist men inte minst riktar jag mig till Stig Nyman. Jag upplever, delvis som ersättare i Locums styrelse, att det råder en del oklarheter i fördelningen av vem som gör vad i projektet. I och med att vi har ett speciellt projektledningskansli och man väljer att låta Locum delvis stå vid sidan om skapas det otydligheter i rollfördelningen. Det märker vi inte minst beträffande den interpellation som jag har ställt till dig och som jag hoppas att vi får diskutera i december. Den handlar om de hyresbostäder som finns på området för Nya Karolinska Solna. Där uppfattar jag att rollfördelningen är otydlig.

Därför, Stig, vore det bra om du tog tag i detta och såg till att rollfördelningen framdeles blir bra. Annars kommer även detta att vara ett problem i projektet, och det tror jag att ingen av oss vill.

I övrigt yrkar jag bifall till lagt förslag.

Anförande nr 17

Landstingsrådet N y m a n (kd): Fullmäktige! Kort till Thomas Magnusson: Det som kan upplevas som oklarheter försökte vi klara ut genom att Nya Karolinska Solna hanteras i ett alldeles specifikt projekt med en alldeles särskild ledning. Men vi är – vilket har framgått – oerhört angelägna om att nyttja all den kompetens som Locum besitter och har kännedom om. Locum har ett ganska stort åtagande att förvalta allt som landstinget hittills har byggt och förvaltar.

Klarheten ligger i att det är ett särskilt projekt för Nya Karolinska Solna. Vi nyttjar, när vi behöver det, den kompetens som Locum har och har tillgång till vid sidan av. Den oklarheten hoppas jag att vi har utrett. Är det inte så är jag den förste att försöka bidra till att ytterligare klarhet kan ordnas.

Anförande nr 18

Landstingsrådet W i g g (mp): Fru ordförande, fullmäktige! Tack för en bra debatt!

När vi är i ett expansivt skede av projektet är det lätt att vissa saker – som att de mänskliga behoven ska stå i centrum, som det sägs i tävlingsprogrammet – försvinner. En punkt som finns i projektplanen är att man ska ”utforma entréplatsen till sjukhuset respektive KI som stimulerar det” – fast det borde vara ”den” – ”urbana integrationen i sjukhusområdet”.

Då är det otroligt viktigt att man tänker sig att det är en sjuk människa som ska komma in till detta sjukhus. Det är huvuduppgiften. Huvuduppgiften är inte att det ska vara ett urbant ställe. Då känner sig inte patienten sedd.

Det är oerhört viktigt hur man utformar och skapar en balans mellan det urbana och den lilla människan, som sjuk – det är svårt sjuka människor som kommer till detta sjukhus – ska känna sig sedd även vid entréplatsen till det nya sjukhuset.

Tack för en bra debatt!

Anförande nr 19

Landstingsrådet N y m a n (kd): Fru ordförande! Jag måste än en gång få betona att det inte finns något annat ändamål för detta sjukhus än de sjuka patienternas väl – inte ve. Jag vet inte vilka dokument ni har tagit del av där detta skulle skymmas.

Om man ser på upphandlingen inför formgivningstävlingen och ser på formgivningstävlingens resultat, om vi ser på hur projektet har hanterat detta och vilka ambitioner vi har, då framgår det – nästan i vartannat stycke – att det är patienten som står i centrum. Reflektera ett ögonblick över detta att ha ett eget rum och hur skisserna ser ut. Vi flyttar i stort sett allt fokus från apparaten och huset till patienten och patientens närstående.

Själv kommer jag att vara angelägen om att detta fokus bibehålls genom hela projekteringen, byggnationen och utrustningen, så att patienterna omedelbart när de kommer till sjukhuset – nästan oavsett hur sjuka de är – ska uppleva att de är i centrum.

§ 236 Förslag till ny samverkansorganisation mellan Karolinska Institutet och Stockholms läns landsting inom utbildningsområdet, forskning och utveckling samt förslag till revidering av det regionala ALF-avtalet (SASS-utredningen)

Anförande nr 20

Landstingsrådet N y m a n (kd): Fru ordförande! Inte vet jag vart det här fullmäktigemötet är på väg – det ena ärendet efter det andra i full enighet från landstingsstyrelsen!

Här har vi åter ett ärende som kommer att ha bäring på det vi nyss har samtalat om. Vi närmar oss ett samarbete med Karolinska Institutet. Vi fördjupar det och breddar det.

Vad som är särskilt angeläget för i varje fall mig att få påpeka med anledning av detta ärende är att det inflytande som landstinget som sjukvårdshuvudman har på utbildning, forskning och allt som har att göra med akademien – från grundutbildning till specialistutbildning, fortbildning och att ta vara på varandras kompetenser – finns i det nya avtalet.

Som framgår är allt inte klart, utan det finns en hel del områden där vi behöver utveckla och fördjupa samarbetet ytterligare. Det nya avtalet med Karolinska Institutet möjliggör detta på ett alldeles utomordentligt sätt.

Vad jag tror att vi behöver fundera på ett varv till och möjligen återkomma till lite längre fram – om ett år eller så, när vi har gått igenom det som är ett åtagande från landstinget respektive Karolinska Institutet – är hur vi kan fördjupa samarbetet också på den politiska nivån. Avtalet reglerar i allt väsentligt relationen mellan landstinget och Karolinska Institutet på hög tjänstemannanivå och för dem som står mitt i verksamhetsledningarna.

Jag känner det personligen angeläget att vi får dryfta den frågan lite längre fram. Jag kommer att hålla den aktuell, för att finna en bra form för att också i det avseendet fördjupa och bredda samarbetet. I dag träffas vi mer informellt. Det är också möjligt för partigrupperna att bjuda in Karolinska Institutets ledning till olika genomgångar.

Det är inte nostalgi som vägleder mig. Fram till ungefär 2003 hade vi en samverkansnämnd på någon sorts formell grund – vi valde ju här i fullmäktige ledamöter till nämnden. Det gäller att fundera på att finna en form för ett regelbundet umgänge och åsiktsutbyte, till gagn för att detta avtal ska kunna få en bra funktion.

I övrigt, fru ordförande, vill jag mycket gärna yrka bifall till landstingsstyrelsens förslag, och jag ser fram emot ytterligare ett enigt beslut i detta fullmäktige.

Anförande nr 21

Viviann Gunnarsson (mp): Ordförande, ledamöter! Vi kan säga att Miljöpartiet "hoppas" och säger ja till förslaget. I det här ärendet fanns det från början inte så mycket underlag. Egentligen skrev man ihop sig om detta innan man visste vilket innehåll det skulle vara.

När vi nu ser det avtal som är skrivet tycker vi att det är värt att göra ett försök med det, även om det sedan är svårt att gå tillbaka. Det vi skulle vilja är egentligen att få veta lite mer om hur det ska gå med det vi har i dag, till exempel konsekvensbeskrivningar för landstingets del – inte beträffande den samverkan som man ska ha med Karolinska Institutet utan vilka effekter det får för landstingets del. Det har inte varit så väl beskrivet. Exempelvis blir det konsekvenser för Forum för folkhälsa och även för Centrum för folkhälsa, men det är inte beskrivet i ärendet.

När ärendet behandlades i landstingsstyrelsen sade vi att vi tyckte att det var lite knepigt underbyggt. Men inriktningen som sådan tycker vi är väl värt att försöka sig på.

Anförande nr 22

Landstingsrådet Nyma n (kd): Fru ordförande! Jag skulle bedöma att den viktigaste konsekvensen är att Stockholms läns landsting får ett större inflytande på framför allt utbildningen men även den kliniska forskningen, där vi har ett gemensamt ansvar med staten.

Det här avtalet bygger på årtionden av utomordentligt gott samarbete mellan Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet, alldeles oavsett vilken politisk majoritet som har lett landstinget och alldeles oavsett vem som har varit rektor och prorektor och har suttit i konsistoriet.

Det är ett omvittnat positivt samarbete. När Hans Wigzell under sin rektorsperiod träffade kolleger runt om i landet och berättade om hur man hade det i Stockholm återkom han sedan ofta och berättade att de hade sagt: Det du säger kan inte vara sant – så bra relation kan inte en medicinsk fakultet eller ett medicinskt universitet ha med ett landsting. Men det var bara att konstatera faktum.

I det här avtalet har vi försökt att åstadkomma en formalisering av detta som förhoppningsvis också tydliggör just det du är ute efter, Viviann, nämligen konsekvenserna för landstinget. Jag ser det som att vi har mötts av en generös attityd från Karolinska Institutet i de här avseendena. Att vi utser lika många ledamöter till exempel i utbildningsstyrelsen gör att vi får precis det inflytande som en sjukvårdshuvudman rimligen bör ha på utbildningen och naturligtvis en nära koppling till den kliniska forskningen som är så angelägen ur det perspektiv som vi pratade om i ärendet innan, nämligen

patientfokus. Det här ska vi vara tacksamma för, och vi ska naturligtvis göra vad vi kan för att medverka till att det får precis den funktion som är avsedd.

Anförande nr 23

Lena Maj Andersson (mp): Ordförande, landstingsledamöter! Vi tycker att det här avtalet pekar ut en riktning som känns rätt. Vi tror på avtalet. Det vi skulle vilja få oss tillförsäkrat är att den organisation vi har i dag med till exempel Forum, som har arbetat med utvecklingsfrågor i landstinget under många år och som vi tycker har blivit en väldigt bra organisation, och Centrum för folkhälsa och den kompetens som deras personal har verkligen kan komma oss till godo i den nya organisationen. Vi har hört väldigt lite om de konsekvenser som de här organisationerna ändå står inför när man ska skapa den nya organisationen. Det vore trevligt om vi i något sammanhang kunde få en dragning av hur vi ska tillförsäkras att de resurser vi har verkligen kommer in i det nya och att vi får del av dem på ett bra sätt.

Anförande nr 24

Landstingsrådet Nymann (kd): Till den frågan kommer vi att återkomma. Om det behövs fullmäktigebeslut i alla delar är jag inte säker på. Men det har under en ganska lång tid pågått en dialog mellan landstinget och Karolinska Institutet i syfte att skapa något som den förra majoriteten tog initiativ till och som nu betecknas Karolinska folkhälsoakademien. Det har visat sig att det inte var alldeles enkelt att gjuta ihop de här två organisationerna. Men det finns en klart uttalad ambition att få till det här till gagn för att vi ska kunna utöva det ansvar som vi har som folkhälsomyndighet, faktiskt. Vi betonar ofta hälso- och sjukvård i landstinget och lägger betoningen på sjukvård. Men vi har en annan betoning också och där hoppas jag att vi inom kort, en bit in på nästa år, ska kunna ge tydligare besked i det här avseendet. Frågan följs mycket nära av FoUU-utskottet.

§ 237 Förslag till ändringar av regelverket för sjukresor

Anförande nr 25

Anna Starbrink (fp): Ordförande, landstingsfullmäktige! Sjukresor är ett mycket viktigt instrument för att ge alla människor möjlighet till vård. De suddar ut skillnaden mellan var man bor i länet när det gäller möjligheten till vård. När människors fria val av vårdgivare blir allt viktigare tror jag att sjukresorna blir än mer väsentliga för att valfriheten ska bli en realitet. Hur mycket man än reser för att få vård, varhelst i länet man än bor betalar man aldrig mer än 1 400 kronor per år. Det är högkostnadsskyddet. Och det är förstas det medicinska behovet som ska styra vilka resor man är berättigad till.

Sedan årsskiftet är det färdtjänstnämnden som ansvarar för sjukresorna, och det är på många sätt logiskt. Färdtjänstens tjänstemän är duktiga på att organisera trafik och på att göra uppföljningar med mera. Det knepiga med det här är dock att färdtjänstnämnden i dag har ansvaret och pengarna för sjukresor, men beslut om resorna fattas någon helt annanstans i vår organisation – ansvaret och pengarna på ett ställe, men makten över pengarna på ett annat ställe.

Det här ställer ju lite särskilda krav på oss förstas. Det innebär att vi behöver ett tydligt regelverk som uppmuntrar vårdgivarna att betänka de beslut om vårdresor som ska tas så att de faktiskt är medicinskt motiverade. Här finns det och ska finnas en stor frihet att göra bedömningarna lokalt hos de ansvariga vårdgivarna.

Det ärende som vi nu behandlar handlar om justeringar i regelverket för sjukresor för våra länsinvånare. Det handlar om att ha samma regelverk över hela länet. Samma regler ska gälla, och de ska ge god möjlighet till kostnadskontroll. Det är viktigt att vi använder skattemedlen försiktigt, med stor noggrannhet och med så lite administration som möjligt. Då kan vi få resurser över till våra andra viktiga verksamheter.

Med det nya regelverket försäkras vi oss just om att stockholmarna får sjukresor på lika villkor och en hög kostnadskontroll, som jag var inne på. Det är viktigt att de här besluten kan fattas lokalt och att bedömningarna kan göras där. I det nya regelverket är normalfallet att hemadressen, där man bor och är skriven, är den man åker till. Så ser det ut för de allra vanligaste av våra resenärer. Men självklart ska bedömningar kunna göras utifrån de medicinska behoven om man behöver resa till andra adresser. Man kanske är på jobbet när man behöver ta sig till en vårdgivare eller man kanske är ett barn som bor växelvis hos fränskilda föräldrar. Självklart ska man kunna få vård även den veckan man råkar bo hos den förälder man inte är skriven hos. Eller man kanske behöver åka till en släkting efter behandlingen för att bli lite ompysslad och få hjälp att komma igen efter vården. Det gör man upp om lokalt. Det är mycket bättre än att vi centralt försöker formulera något som ska gälla för alla.

De andra delarna i det här förslaget handlar om att man inte längre kan skicka in sina SL-biljetter och få ersättning för dem. Det beror dels på att det redan är en kraftigt subventionerad tjänst att åka med SL, dels är det en fullständigt orimlig administration i förhållande till hur lite pengar som faktiskt betalas ut.

Sedan är det också så att alla får betala för sina sjukresor i framtiden. De fria resorna som en del patienter har haft försvinner. Men ingen kommer någonsin att betala mer än högkostnadsskyddet förstås.

Det har förekommit en del funderingar om hur brukargruppernas intressen har tagits till vara i det här ärendet. Jag kan säga att det här ärendet har haft ett ganska långt liv. Det initierades redan under den förra mandatperioden men kom aldrig upp till fullmäktige före valet. Jag kan se i det första tjänsteutlåtandet från Beställare vård att man har fört dialog med patient-, pensionärs- och handikapporganisationerna. I oktober 2006 diskuterades frågan i färdtjänstnämndens samverkansråd för första gången, och den 20 mars – då var jag själv med för då hade jag tillträtt – hade vi ännu ett möte med samverkansrådet där den här frågan kom upp, för det här var ett ärende som skulle upp på nämnden. Samverkan med handikapprörelsen är viktig, och när de hade framfört att de gärna ville ha ett till möte såg vi till att det blev av så sent som i går. Det protokollet finns utdelat.

Nu känner jag att det är dags för oss att gå till beslut och yrkar därför bifall till landstingsstyrelsens förslag.

Anförande nr 26

Gunilla Roxby Cromvall (v): Ordförande, ledamöter och åhörare! Förslaget om ändrade regler för sjukresor är djupt orättvist och mycket undermåligt byggt. Man skriver att det ska vara rättvist. Man skriver vid två tillfällen att det ska vara modernt. Många personer med funktionshinder lever hela sitt liv beroende av behandlingsinsatser. En del av oss drabbas aldrig av funktionshinder medan en del av oss kanske senare i livet drabbas av något handikapp. En del av oss kan drabbas av allvarlig sjukdom, och vi kan behöva vårdas på sjukhus kortare eller längre tid. En del av oss kanske inte heller överlever den sjukdom vi har fått. Och det är inte rättvist. Trots det här tycker färdtjänstens utredare att systemet med sjukresor ska vara rättvist och att det ska medföra att alla ska få samma villkor.

Vad innebär det här? Det innebär att Kalle, 39 år, som har Downs syndrom och har en måttlig utvecklingsstörning inte längre kan åka till logopedbehandling som han behöver därför att han har munmotoriska problem. Han åker i dag från dagcentret där han arbetar till habiliteringscentret. Kalle har sjukersättning och bostadsbidrag så han har väldigt snål ekonomi. Han har inte råd att betala egna taxiresor, och färdtjänsten behöver han till sin fritid.

Det innebär att Lisa, 5 år, som har en cp-skada och är beroende av sjukgymnastisk behandling för att hon ska kunna förflytta sig, inte längre kan åka på behandling varannan vecka när hon bor hos mamma eller pappa. Det är så det står i ärendet, att man bara kan åka från sin mantalsskrivningsadress.

Det här ärendet innebär att Pelle, som har autism och går på intensivträning för sina beteendeproblem, inte längre kan åka på behandling när han är på korttidshem – en LSS-insats som hans föräldrar så väl behöver.

Och det här innebär att Klara, som har en lindrig utvecklingsstörning och som går på terapi därför att hon är deprimerad, vilket inte är helt ovanligt att man är när man är i 20-årsåldern, inte längre kan åka till behandling på psykoterapicenter eftersom hon åker dit från skolan.

Enligt utredaren ska undantag bara gälla för akuta sjukdomsfall. Men en del av oss lever ett helt liv med behov av behandling, och därför har de här resorna varit helt fria, ingen avgift alls. Är det här rättvisa?

Det här ärendet är inte berett. På ett extra sammanträde i går, vars protokoll vi fått dukat på bordet i dag, sade handikapporganisationerna att de vill återremittera ärendet. Och det är vad vi anser också. Vi i Vänsterpartiet, Miljöpartiet och Socialdemokraterna kräver återremiss, för det här är ytterst undermåligt. Ingen som helst analys har gjorts av vad det får för konsekvenser för dem som har ett funktionshinder. Till dessa kan man också lägga alla dem som behöver sjukresor. De som behöver utreda det här ärendet är ju sjukvården, handikapp och habilitering, inte färdtjänsten.

Anförande nr 27

A n n a S t a r b r i n k (fp): Att det är färdtjänsten som har utrett beror på att ansvaret för detta ligger hos färdtjänsten och ingen annan.

Alla de personer som du räknade upp omfattas för det första av högkostnadsskyddet. Det är jätteviktigt att komma ihåg. För det andra är det fortfarande fullt möjligt att resa i alla de situationer du räknade upp. Det gör man upp om lokalt med den sjukvårdsinstans som man besöker. Vi tror att det är mycket bättre att beslutet fattas lokalt utifrån de medicinska behoven. Allt det du sade ryms om de behoven finns. Det görs upp lokalt. Det är det som det här ärendet handlar om.

Anförande nr 28

G u n i l l a R o x b y C r o m v a l l (v): Det står ingenstans i det ärende jag har fått att det här ska utredas lokalt. Det står att en resa ska kunna gå från mantalsskrivningsadress till sjukvårdande instans. Det var det jag menade när jag gav mina exempel, att det är många som inte åker från sin mantalsskrivningsadress.

Dessutom lägger vi nu på en avgift för personer som tidigare har haft helt fri sjukvård därför att de lever ett liv med funktionshinder. Det har varit en fri nyttighet. Vi har aldrig tagit ut avgifter av den här gruppen. Nu ska de alltså börja betala. Skamligt!

Anförande nr 29

Y v o n n e B l o m b ä c k (mp): Ordförande, åhörare och kära ledamöter! I dag har vi här att fatta beslut om en kraftig begränsning av avgiftsfria sjukresor. Det är väldigt många aspekter som behöver belysas i den frågan. Gunilla Roxby Cromvall har nämnt ett stort antal konkreta exempel. Det går att räkna upp ett antal till, men jag nöjer mig med det som Gunilla har räknat upp. Jag behöver inte rada upp flera. Dessutom har Anna Starbrink replikerat på detta och sagt att just de här exemplen kommer att gå alldeles utmärkt, för den frågan får man lösa lokalt. Men det menar jag ger upphov till godtycklig behandling och inte en likabehandling som vi värnar så väl.

Vi företrädare för olika partier här inne i salen är alla förtroendevalda av invånarna i Stockholms län. Det är för att vi ska fatta beslut om landstingets politik och medel. Som förtroendevald är det omöjligt att vara insatt i varje sakfråga. Det är ändå ytterst vi som är ansvariga för de beslut som fattas i detta forum. Det är viktigt att komma ihåg. Då är det vår skyldighet att se till att de underlag som vi har för våra beslut är så tydliga att vi förstår konsekvenserna av de beslut vi fattar.

Handen på hjärtat nu: Hur många av allianspartiernas ledamöter här inne kan räkna upp handen och svara på de här tre frågorna?

1. Hur mycket pengar sparar landstinget på att ta bort de nuvarande avgiftsfria resorna för var och en av de åtta punkter som finns uppräknade på s. 5 i handlingarna?
2. Hur påverkar vårt beslut i dag de brukare som nu blir tvungna att själva betala för resorna i fortsättningen?
3. Blir effekten av våra insparade pengar här i landstinget att de i stället skyfflas över som kostnad på socialtjänsten i kommunerna?

Jag hade en fjärde fråga: Vad tyckte handikapp- och pensionärsorganisationerna, det vill säga brukarna, om detta förslag? Svaret på den frågan har vi fått på bordet här på morgonen, men tidigare hade vi inte det svaret.

Varken vi i Miljöpartiet eller ledamöterna i Socialdemokraterna och Vänsterpartiet kan besvara någon av de tre fortfarande obesvarade frågorna utifrån det underlag som vi har fått utskickat. Det är därför som vi begär återremiss på alltihop. Vi vill inför nästa beslutstillfälle få de här frågorna besvarade. Om ni har någon självbevarelsedrift och ansvarskänsla för era förtroendeplatser borde ni hålla med om att underlaget behöver kompletteras.

Jag yrkar bifall till Miljöpartiets, Socialdemokraternas och Vänsterns förslag till beslut om återremiss.

Anförande nr 30

N e c l a B o r a (v): Ordförande, fullmäktige! Jag instämmer. Jag vill inte repetera det de har sagt som har pratat före mig. Jag vill bara fortsätta med en annan punkt.

Jag är ersättare i färdtjänstnämnden och sitter i samverkansrådet, som det heter. Jag har varit på alla möten förutom det sista. Från det krävde jag protokollet över vad man hade pratat om. På inget av de mötena har vi pratat om sjukresor och hur förslaget kommer att slå. På ett möte med samverkansrådet den 20 mars fanns ingenting på dagordningen om det. I slutet av mötet tror jag att det var DHR som ställde en fråga: Hur står det till när det gäller sjukresor? Då svarade Anna att det pågår ett arbete på det området och att det kommer att bli förändringar – ingenting annat.

Här står att ni har fört dialog med de berörda. Vad betyder dialog för er? Efter att de har ringt och pressat flera gånger har ni blivit tvungna att kalla de där människorna till ett möte, i går, för att föra en dialog, när förslaget redan är skrivet. Det ni kallar dialog är ett informationsmöte. Man har sagt vad som ska göras. Det har ingen effekt på det här förslaget. Det de har sagt kommer tydligen inte att påverka er.

De vill ha återremiss, och det vill vi också. Vi vill att ärendet ska gå tillbaka och att man ska tänka över konsekvenserna. Alla har vi ansvar för det. Det ska inte vara lokala lösningar, inte dittan och dattan, små små puttar. Här står att några har fuskat. Okej, då ska vi tillämpa kollektiv bestraffning. Jag förstår att det är det ni menar. Är det så svårt att kolla vem som har fuskat och på vilket sätt och rätta till det i stället för att straffa alla på en gång?

Jag yrkar bifall till vårt återremissförslag. Jag vill att man ska föra dialog med de berörda organisationerna, prata med dem och lyssna på dem. Vad är det de vill säga? De kan ju det här. Det är deras verklighet, deras dagliga elände. Kanske de har bättre förslag, bättre lösningar än de ni friska människor sitter och pratar ihop. Varför har ni bråttom när det berör så många utsatta människors liv? Man ska inte ha bråttom. Jag tycker synd om dem. Dagen efter kommer ett beslut. De har inte så mycket att göra egentligen. De behöver hjälp. De är verkligen utsatta. Så ta det lugnt och gå igenom, forska ordentligt och kom fram med ett bättre förslag så att vi kan vara med.

Anförande nr 31

A n n a S t a r b r i n k (fp): Det var mycket på en gång. Men det var ett påstående som jag verkligen vill bemöta om att samverkansrådet hos färdtjänsten inte har diskuterat frågan. Det stämmer inte, och det vet Necla också. Inför varje nämnd träffas samverkansrådet och har naturligtvis tillgång till ärendena och diskuterar dem. Som jag minns det här mötet väckte inte handikapprörelsen själv frågan och ville diskutera detta närmare utan en av våra tjänstemän ställde frågan om vi inte också skulle diskutera lite grann om sjukresor. De frågor som kom upp då handlade egentligen mest om hur detta påverkar reglerna för färdtjänst. Svaret på den frågan är att det inte påverkar reglerna för färdtjänst alls. De reglerna gäller fortfarande.

Sedan var det någon tidigare som undrade vad man sparar på detta. Svaret på det är att man beräknar 4 ½ miljon ungefär.

Anförande nr 32

N e c l a B o r a (v): Det är så synd att jag inte har protokollet med mig. Jag skulle gärna läsa upp för er hur de har frågat och hur du har svarat. Det finns inga svar på den frågan.

Anförande nr 33

L a n d s t i n g s r å d e t N y l u n d W a t z (s): Ordförande, landstingsfullmäktige! Jag vill börja med att yrka återremiss av ärendet och i andra hand avslag, så att vi följer upp det yrkande vi hade i landstingsstyrelsen.

Om man läser ärendet blir man en aning förvånad över alla de argument som ändå har radats upp i den här diskussionen. Det står faktiskt i landstingsstyrelsens skrivning att målsättningen med den här förändringen "är att skapa en samsyn kring sjukresornas hantering och en likvärdig service till befolkningen i Stockholms län."

Enligt mitt sätt att se det – jag vet inte hur majoriteten resonerar – måste några av dem som

är särskilt angelägna om den här samsynen för att systemet ska kännas solitt och för att de ska känna att de tar del av en välfärdstjänst som vi skattebetalare gemensamt ställer upp för, och där alla också gör rätt för sig, vara brukarna. Det är väl oerhört angeläget att just de får en möjlighet att delta i diskussionen om utformningen av systemet.

I det här fallet är det ju uppenbart att de brukarorganisationer, handikapporganisationerna, som är väldigt intimt berörda av ärendet inte har haft någon real chans att påverka förslaget utformning. Det är jag djupt bekymrad över. Det får nämligen effekter. Det får effekter på individnivå. Det begränsar sannolikt friheten för flera olika grupper medborgare i länet. Också av det skälet är jag en aning bekymrad. Varför ska den här gruppens friheter drastiskt inskränkas utan samråd med dem som är berörda, medan andra gruppers kan ökas efter mycket samråd? Jag menar att försöket till samråd som i dag presenteras som ett protokoll från samråd med handikapporganisationerna är ett sätt att försöka snygga till fernissan på ett i övrigt uselt berett ärende. Dessutom ger det här protokollet vid handen att det är precis just det handikapporganisationerna säger, nämligen att det är uselt och att de vädjar om en möjlighet att få vara med och påverka utformningen.

Förutom alla de argument som Gunilla och Yvonne har radat upp med frågor och exempel på hur det här kan slå på individnivå är det en sak som bekymrar mig särskilt mycket i förslaget. Det handlar om barnen. De barn som har fler hemadresser än en, för vilken hemadress är det som systemet gäller? Är det för mammas hemadress eller för pappas hemadress som det här ska gälla? Om inte det kan avgöras på principiell nivå i landstingsfullmäktige, eftersom det vispas över som någonting som ska hanteras lokalt, kommer det då att se olika ut för de ungar som är berörda i en del av länet och på ett annat sätt för de barn som är berörda på ett annat ställe i länet?

Jag tycker att det mesta talar för att det här ärendet är slarvigt hanterat. Det är dåligt beskrivet, med bristande konsekvensanalyser för många av de grupper i vårt län som kanske har det allra besvärligast att få sin vardag att gå ihop. Och jag tycker med förlov sagt att det är ett pinsamt förslag till beslut i förhållande till de målsättningar man själv ställer upp i landstingsstyrelsens första meningar.

Bifall till återremissyrkandet!

Anförande nr 34

Åke Askén (mp): Ordförande, ledamöter! Miljöpartiet vill också återremittera det här ärendet. Det är, som Ingela Nylund Watz sade, slarvigt, ogenomtänkt och det är brist på konsekvensanalys.

Vi har på riksnivå observerat att alliansens åtgärder ofta sätts in så att de drabbar kvinnor och sjuka. Nu har vi ett exempel på detta även här. Som framgår av ärendet ska de som tidigare har fått ersättning för SL-resor inte få det längre. Av dem är 62 procent kvinnor och följaktligen 38 procent män. Det är kvinnorna som drabbas. Dessutom påstås det här att landstingets subventionering av SL-taxan är hög. Men nu kommer ni ju att minska den subventioneringen kraftigt när 30-dagarskortet ska kosta 690 kronor.

Jag har tittat lite grann på s. 5. Där står en del märkligheter. Jag ska citera några.

"Förslaget till ändring av nuvarande regelverk berör följande resor, som för närvarande är avgiftsfria." De som inte ska vara avgiftsfria enligt det här förslaget är till exempel "tillfälliga besök i bostaden vid hemträning då personen är inskriven på vårdavdelning". Är det inte bra att personen får komma hem och träna? Tänk om den personen inte har möjlighet att betala taxi för detta, vilket kan vara nödvändigt? Då drabbas den personen. "När patienten hänvisas till annat landsting p g a platsbrist vid förlossning, strålning eller neonatalvård" ska hon heller inte få ersättning för resan. Men det är ju

landstingets fel. Det är landstinget som inte klarar av vården på hemmaplan och skickar i väg folk eller rättare sagt, man säger: Åk dit, men betala själv! Det är också mycket märkligt.

Lite längre ned på s. 5 står det att "dagens system med att avgiftsbefria resor i de fall då patienten är inskriven i vården känns förlegat då vården successivt omstruktureras till att ha kortare vårdtider (vilket kräver fler och tätare återbesök) och att ge mer vård i hemmet." Tätare återbesök betyder ju att de sjuka ska åka ännu mer, men nu ska de göra det på egen bekostnad. Det kan bli jättedyrt för en del människor. Det här är alltså inte genomtänkt.

Det finns andra exempel, som anhörigvård. Det är inte självklart att man om man har varit på sjukhus ska åka till sin egen bostad där kanske ingen hjälper en. Man kanske vill åka till någon anhörig i stället, till någon släkting. Det stoppas nu. Det är inte så smart det heller faktiskt. Det är mycket som är dåligt med det här så återremissen är väl motiverad.

Anförande nr 35

Håkan Jörnehed (v): Ordförande! Jag tycker att det börjar bli lite pinsamt hur det här ärendet har beretts. För två fullmäktige sedan antog vi hur samverkan med handikapporganisationerna skulle ske. Förra fullmäktige hade vi en lång debatt om handikappprogrammet. Och i dag kommer ett ärende där handikapporganisationernas synpunkter inte alls finns med. Vi får ett protokollsutdrag vid sittande bord. Det fanns inte med i landstingsstyrelsens hantering av ärendet. Det tycker jag är pinsamt. Vad tycker ni partier i alliansen? Det skulle vara väldigt intressant att höra om ni alla tycker att vi bara ska köra igenom detta. Jag hade faktiskt hoppats att ni själva skulle återremittera ärendet.

Anförande nr 36

Yvonne Blombäck (mp): Jag kan inte annat än hålla med Håkan. Pinsamt är ordet. Jag trodde precis som Håkan att ni själva skulle agera. Om man i elfte timmen pliktskyldigast plockar in en samverkan bryr man sig inte över huvud taget om vad brukarorganisationerna säger utan man kör på. Okej då, de tyckte inte heller att det här var något bra, men vi kör ändå. Det tycker jag är en extremt dålig respekt för människor över huvud taget och för besluten. Jag måste komma tillbaka till det. Ni har faktiskt ett ansvar för de beslut ni fattar.

Jag skulle vilja komma in på ytterligare en sak. Jag fick ju svar på åtminstone en av mina tre frågor. Men jag skulle vilja veta hur många andra ledamöter här inne, utöver ordföranden i färdtjänstnämnden, som kände till att förslaget gav en besparing på 4,5 miljoner. Nej – tack! Det sade liksom en hel del om det jag kände, för det finns inte ett ord i handlingarna om detta. Vi har ju alla ett ansvar, inte bara ordföranden i en sakenämnd. Det är faktiskt så att vi alla här inne har ett ansvar för de beslut vi fattar. Vi måste förstå konsekvenserna av de beslut vi fattar. Och det är faktiskt ingen här inne som kan göra det.

Det finns ytterligare en punkt som jag vill dra fram lite grann. Det är det som Anna tog upp i sitt första anförande om att det här ska skötas lokalt och att det ska bli bra. Det enda som jag hittar i det utsända ärendet om lokala beslut, som handlar om att ett godkännande ska ges av vårdgivare, handlar om akuta sjukresor, akuta sjukdomsfall. Var någonstans i detta underlag till beslut, som fortfarande är extremt bristfälligt – det är nog bland de värre vi har sett – står allt det som ordföranden i färdtjänstnämnden hävdar? Vi måste få bättre förberedda underlag. Återremissen är oerhört väl befogad.

Anförande nr 37

Gunilla Roxby Cromvall (v): Ordförande, fullmäktigeledamöter! Det är nästan som om vi skulle ha samrätt innan, för jag är inne på lite samma tanke som Yvonne. Jag sitter här och funderar på om jag hör lögn här i fullmäktige i dag. Är det lögn det som sägs om lokala beslut? Det står ingenstans. Så här står det. Jag ska läsa upp vad det står i ärendet: "Förvaltningen" – alltså färdtjänstnämnden – "har uppmärksammat ett utnyttjande av sjukresor som sker till annan adress än hemadressen." Det är väl mammavecka eller pappavecka, om det nu är ett utnyttjande, eller kanske det var fråga om korttidshem. "Dessa resor tenderar att bli längre och dyrare." Ja, Stockholm växer, och taxi blir dyrare.

Det finns exempel på att någon har bluffat. Någon har åkt för flera tusen kronor. Vi har ett ganska stort län. Och därför ska det vara rättvist att man tar bort de fria resorna för alla.

Det står vidare i ärendet att det finns "skäl att tydligt markera att sjukresa – – ska gå mellan vårdgivare och patientens hemadress (folkbokföringsadress)." Är det lögn jag hör här i dag?

Nu undrar jag: Var står Kristdemokraternas Stig Nyman, Birgitta Rydberg eller någon annan i Folkpartiet eller Centerpartiet och Gustav Andersson i den här frågan? Är ni tysta därför att det här är pinsamt? Jag hoppas att det är så. Jag hoppas verkligen att vi inte får upp det här ärendet på det här sättet vid nästa fullmäktige igen. Det är skamligt att vi inte har råd att ge den här servicen till människor som är drabbade av sjukdom och funktionshinder.

Anförande nr 38

Georg Gustafsson (s): Ordförande, ledamöter! Jag är förstas som alla andra i oppositionen överraskad över hanteringsordningen, men jag skulle vilja ta upp två saker som kanske inte har tagits upp tidigare. Den ena är det som står på den snart berömda s. 5. Där skriver man att när patienten hänvisas till annat landsting på grund av platsbrist vid förlossning, strålning eller neonatalvård ska man, om majoriteten tar det här beslutet, betala resan själv. Inte nog med att de blivande föräldrarna chockas av beskedet: Vi får inte föda vårt barn på det sjukhus som vi hade tänkt oss och som vi själva hade valt. De ska också hänvisas ut i kylan, ta en taxi och betala resan själva till Uppsala eller var det nu finns plats. Det kan vara nog så jobbigt vid en förlossning, men vid neonatalvård, alltså för tidigt födda barn, eller andra komplikationer vid förlossningen ska man göra samma sak. Ut i kylan, ta en taxi till Uppsala och betala själv!

Då undrar man ju hur det kommer att påverka sjukvården för de för tidigt födda barnen. Hur kommer det att påverka förlossningsvården? Det finns inte utrett i det här ärendet, om jag har förstått det hela rätt. Vi vet inte hur det påverkar. Alla har inte ett kreditkort eller en stor plånbok så att de kan betala resan själva.

Det var *en* del av det hela. *Needless to say* är väl att de personer som drabbas av det här knappast kommer att jubla över den borgerliga alliansens förslag.

Vi har också tvångsintagna patienter. Här har patienten inte valt själv att få vård över huvud taget utan är intagen med tvång och ska tvingas till ett annat ställe någonstans. Sedan kommer räkning på taxiresan hem i brevlådan efter att man har varit tvångsintagen. Det är helt oetiskt att över huvud taget fundera i de banorna, anser jag. Jag förstår inte var den etiska diskussionen är. Hur är det, Stig Nyman, har du inte varit med och diskuterat det här ärendet? Du brukar ju hålla etikens fana högt i andra ärenden.

Det är klart att ni i den borgerliga alliansen kan köra över oss i oppositionen i den här frågan, köra över Socialdemokraterna, Vänstern och Miljöpartiet som har begärt återremiss. Men det är bra att anknyta till det etiska perspektivet. Det är inte särskilt sjyst att köra över de handikappade i den här frågan. Det är det man gör. Ni kör över HSO, DHR och SRF som helt enhälligt enligt det protokoll från färdtjänstens samverkansråd som vi har fått på bordet säger att HSO, DHR och SRF anser att ärendet inte är tillräckligt utrett och yrkar återremiss eftersom en ordentlig konsekvensanalys saknas.

Jag har inte tagit upp alla andra saker som man behöver titta på i det här ärendet utan det har belysts väldigt tydligt av tidigare talare. Det tycker jag att ni ska ta till er. Jag yrkar enligt Socialdemokraternas, Vänsterns och Miljöpartiets förslag på återremiss. Jag yrkar också återremiss av ärendet enligt HSO:s, DHR:s och SRF:s skrivning.

Anförande nr 39

N e c l a B o r a (v): Nu har jag protokollet från den 20 mars. Jag måste läsa ur det när man påstår att man har haft dialog. Under Övriga frågor står: "HSO framförde önskemål om en dialogkonferens, i likhet med den som varit tidigare år. Ordföranden var positiv till det men ville lyfta frågan till nästa möte (i oktober).

Förvaltningen besvarade frågan om det tillfälliga underskottet i månadsbokslutet för februari som beror på att landstingsbidraget för sjukresor betalas ut i slutet av mars.

DHR ställde frågan om hur regelverket för sjukresor påverkar färdtjänstens budget. Förvaltningen svarade att regelverket för ersättning för sjukresa skärps i det förslag som nämnden – och sedermera fullmäktige – ska besluta om. Förvaltningen har fått tackning för merkostnader för integreringen av sjukreseenheten." Det vet jag inte vad det är.

"HSO undrade om rätten till sjukresa för färdtjänstresenär kvarstår. Förvaltningen svarade att regeländringen inte gäller färdtjänstresenärs sjukresor. De vänder sig som tidigare till vårdgivaren och visar upp sitt färdtjänstkort för att få sina resor registrerade på sjukresekortet."

Det här var dialogen.

Jag vädjar till er att gå till dem som har eländet i sin vardag. Rådgör med dem! De kan så mycket. De kan komma med förslag till bättre lösningar. Jag yrkar bifall till återremittering en gång till.

Anförande nr 40

L e n a - M a j A n d i n g (mp): Landstingsledamöter, åhörare! Det har lyfts fram en hel mängd olika aspekter av det här ärendet. Men det finns fortfarande frågor som inte är klargjorda.

Man säger så här: "Förvaltningen föreslår att avgiftsfria resor endast bör omfatta resor mellan vårdgivare." Vi har en väldigt stor vårdgivare i Stockholms läns landsting som heter Handikapp & Habilitering. De hjälper människor och ger dem behandling på olika sätt vid våra habiliteringscenter runt om i länet. Dessa habiliteringsresor enligt LSS ska avgiftsbeläggas nu. Eller ska jag förstå det som att man ändå kan göra de resorna om de är sjukresor? Det är ju vård eller behandling. Jag ser behandling som vård. Men alliansen kanske inte ser behandling som vård. Om resorna ska kunna göras inom begreppet färdtjänstresa, får man då kompensation så att man får ett obegränsat antal biljetter för sådana resor? Det är en fråga som jag vill ha svar på.

Om det inte är på det sättet utan man ska finansiera behandlingsresor själv begränsas faktiskt möjligheterna för människor med funktionshinder att få behandling. De resor som man ska betala själv räknas ju inte in i högkostnadsskyddet, vad jag förstår. Eftersom vi vet att människor med funktionshinder har ett oerhört stort behov av behandling, de har oftast många typer av behandlingar för att kunna leva ett normalt fungerande vardagsliv utan alltför stora problem, kommer det här att bli väldigt kostsamt. Då tvingas de att dra ned på antalet behandlingar. De får alltså inte behandlingar utifrån sina behov längre utan de kommer att få inrikta sina behov efter hur mycket de kan betala. Jag tycker att det är moraliskt helt förkastligt om det är på det sättet. Det är inte etiskt rätt, och det är heller inte rätt enligt hälso- och sjukvårdslagen att hantera habiliteringsresor på det sättet.

Men om det är som jag hoppas och tror att det kanske kan vara, att de blir kompenserade med färdtjänstbiljetter och att de här resorna ska räknas dit i stället, vill jag höra det från talarstolen där borta, på er sida av salen. Då har jag och kanske flera i salen missuppfattat ärendet.

Sedan har vi resor för patienter som omfattas av ASIH, SAH och PAH, avancerad sjukvård i hemmet och sjukhusansluten hemsjukvård. Jag vet ju att det här är människor som har väldigt svåra sjukdomar som får möjlighet att vistas i hemmet och att hälso- och sjukvårdspersonal kommer till dem. Men om det av någon anledning skulle vara så att de måste besöka sjukhuset, visst sjutton ska de ha fria sjukhusresor!

Anförande nr 41

Eva Klingström (m): Ordförande, fullmäktigekamrater! Jag vill svara på Yvonne Blombäcks fråga om det var någon som satt här i salen som tillhörde färdtjänstnämnden och kände till de 4,5 miljoner kronor som besparingen skulle innebära. Svaret är ja, det var någonting som fanns med när vi behandlade budgetunderlaget för färdtjänstnämnden den 18 september. De här 4,5 miljoner kronorna har vi tagit hänsyn till i vårt budgetförslag.

När jag har lyssnat på er i den vänstra delen av salen har jag hört att det är väldigt många saker som ni tar upp och undrar om de inte ska betalas. Men glöm inte bort att det finns ett högkostnadsskydd, precis som Apotekets högkostnadsskydd, på 1 400 kronor. Om man har behov av många resor kommer det ganska snabbt att täckas upp av detta.

Anförande nr 42

Yvonne Blombäck (mp): Tack, Eva! Då var ni två i salen. Det jag frågade var faktiskt inte hur många av färdtjänstnämndens ledamöter som kände till detta. Det är ändå sakkännanden, och det vore väl stor skam om inte de åtminstone visste. Jag vände mig till hela fullmäktige, för det är vi som fattar beslutet, och jag ville veta hur många övriga som visste. Men det är i alla fall två här inne. Det är en mer än en.

En fråga som jag hade var ju hur mycket av de 4,5 miljonerna som kommer att skyfflas över som kostnad på kommunerna. Jag menar att beloppsgränsen för högkostnadsskyddet kan tyckas låg för er, men för den som inte har några pengar är det väldigt mycket.

Anförande nr 43

Leif Kroon (kd): Fru ordförande, landstingsledamöter! Det har sagts mycket på detaljnivå, och vi kanske inte ska fördjupa oss i det ännu mer just nu. Men jag vill framhålla väldigt tydligt att man kan läsa saker och ting mycket olika. Ibland läser man

ungefär som när man läser tidningen, genom en persienn. En del faller bort. Det kanske kännetecknar en del.

När man tittar på hur det här är definierat ser man att det står att det i huvudsak handlar om att resa mellan vårdgivare och hemadress eller någonting sådant, och medicinska skäl kan göra att patienten åker någon annanstans. Det är alltså ett vårdperspektiv, ett patientperspektiv eller vad vi vill kalla det för. Det här är ingen produktionsapparat som ska producera transporter på billigaste sätt. Det är inte det som är huvudändamålet. Det ska göras på ett bra sätt. Men det ska vara med vårdtagaren i förgrunden. Det är viktigt att komma ihåg.

Jag vill också betona ytterligare att det samrådsförfarande som har genomförts har följt de regler som har satts upp sedan ett par år tillbaka i just den här frågan. Sedan kommer det i dag på morgonen ett papper på bordet, och då kan man undra: Hur kommer det sig att det dyker upp nu, när det har dokumenterats att samråd har genomförts tidigare? Och vem var det som utgjorde Beställare vård när det här började? Vad säger oppositionen om det? Det här är enligt landstingsdirektören ett identiskt underlag som fanns redan tidigare, som färdtjänstnämnden har jobbat vidare med och som förvaltningen har utvecklat.

Jag yrkar bifall till landstingsstyrelsens förslag.

Anförande nr 44

A n n a S t a r b r i n k (fp): Det har sagts mycket i den här debatten. Först säger man att man ingenting vet, för man har ingenting fått veta. Man förstår inte och kan inte. Sedan drar man oerhört långtgående slutsatser. Det går ju att fundera över det seriösa i det.

Det står tydligt på s. 6 i ärendet, alla kan läsa innantill där, att huvudprincipen är hemadressen eller folkbokföringsadressen. "Undantag från denna princip skulle vara när sjukresan sker i samband med akuta sjukdomsfall eller om det finns medicinska skäl för att sjukresan sker till annan adress." Bor man till exempel hos den förälder som man inte är skriven hos men behöver vård finns det ju ett medicinskt skäl.

Det har ju alltid varit sjukvården som har fattat beslut om att bevilja sjukresor. Det är inget nytt i det. Nu plötsligt anses det bli godtyckligt när de ska göra de medicinska bedömningarna. Jag undrar vem som annars skulle göra bedömningen om patienten ska få göra en sjukresa om det inte skedde lokalt av den vårdgivare man befinner sig hos.

Kom också ihåg att det inte är hos vårdgivarna som pengarna ligger. Det behövs alltså inte tas några ekonomiska hänsyn alls när man fattar beslut om sjukresor, för fakturan kommer att skickas till min nämnd nämligen. Jag tror att den oron är överdriven.

Sedan var det någon som sade: Oj, man kommer att få betala själv när man ska åka till Uppsala. Men då kan jag informera om att det fortfarande, som jag har sagt så många gånger här i salen, finns ett högkostnadsskydd. Ingen betalar mer än 1 400 kronor per år. Dessutom är det så att ingen betalar mer än 140 kronor för varje enskild resa. Man kommer aldrig att betala mer än 140 kronor när man sitter i taxin.

Färdtjänsten var vi inne på tidigare också. Väldigt många av de personer som använder sig av sjukresor har också färdtjänst och kan använda färdtjänstresorna även till sjukvården. I de fall det handlar om habiliteringsresor är det väldigt ofta fråga om personer som har fri resetilldelning och som kan göra färdtjänstresor.

Anförande nr 45

Landstingsrådet Nylund Watz (s): Ordförande, landstingsfullmäktige! Jag är inte övertygad om att någon i salen har dragit några bergsäkra slutsatser när det gäller det här systemet. Däremot finns det anledning att anta att en del risker kommer att besannas, och just av det skälet, att ett antal ledamöter i salen har lyft fram ett antal risker och en trolig utveckling, vore det väl väldigt olyckligt om majoriteten inte tog till sig det faktum att det finns farhågor kring det här förslaget som också uppenbarligen understryks av handikapporganisationerna och tog det till intäkt för att det här ärendet skulle få en vettig beredning. Om det visar sig att farhågorna inte alls besannas, att den oro som vi ger uttryck för och som många i handikapporganisationerna ger uttryck för, vid en närmare analys inte alls ger det utslag vi tror eller har något fog för sig, kommer saken i ett helt annat läge. Då kan vi diskutera den här frågeställningen utifrån en analys där också samråd har skett med dem som verkligen är berörda. Vi har en gemensam kunskapsmassa att stå på och får därmed också en bättre debatt. Det tror jag att majoriteten hade tjänat på.

Nej, jag tror att det är så här: Misstanken om missbruk förvandlas här till något slags tekniskt förslag till lösning där regelverket så småningom ska komma att filas in för att bli så smakligt som möjligt. Själva djupanalysen av på vilket sätt vi ska ordna sjukresorna på bästa sätt, med ekonomiskt ansvarstagande, socialt ansvarstagande och i överensstämmelse med vår huvudsakliga uppgift, nämligen att befrämja människors hälsa, kommer på något vis i andra hand. Det är inte svårt att se att en tiondels öre på skatten här blir viktigare än att göra ett genomarbetat förslag. 4 ½ miljon är en tiondels öre i skattesänkning, och det är någonting som säger mig att i det här fallet är det viktigare.

Bifall till vårt förslag om återremiss!

Anförande nr 46

Åke Askén (mp): Fru ordförande, ledamöter! Det är några talare från alliansen på talarlistan. Vi får väl hoppas att någon av dem, till exempel Stig Nyman, har tagit intryck av debatten. Massor av argument visar att förslaget inte är genomtänkt. Det kan väl inte vara så, hos kd till exempel eller alliansen i övrigt, att det är en ideologisk fråga för er att slå mot de sjuka. I så fall är det genant. Det borde inte vara så. Det här borde egentligen inte vara en politisk fråga över huvud taget. Det borde vara en fråga om sunt förnuft.

Bifall till återremissen!

Anförande nr 47

Landstingsrådet Nyman (kd): Här är jag, apostroferad från flera håll, bland annat ur någon sorts etisk synvinkel. Av allt att döma blir det återremiss. Det kan man räkna ut. Det är inte politik utan matematik i det här läget. Då blir det möjligt att fördjupa kunskapen och bakgrunden till det här ärendet.

Först, om jag ska börja med att bekänna synder, har samverkan alltså inte skett på ett korrekt eller bra sätt. Det är alldeles klart eftersom protokollet är daterat i går. Anledningen till att det är daterat i går är att vi i förra veckan, kan jag säga, uppmärksammades på att det som tidigare i ärendet har betecknats som dialog inte av handikapporganisationerna ansågs vara det formella samråd som ska ske i ärenden av den här typen. Därför skedde det samrådet så fort det fanns en praktisk möjlighet, och det var i går.

Eftersom det nu blir återremiss finns det möjlighet för vederbörande handläggare att bereda detta bättre, motivera det bättre och tänka ett varv till på varför vi ska fundera över att likabehandlingsprincipen ska upphöra och inte vara vägledande i den här typen

av ärenden. Det är en av de saker som nämns. Det behöver nog penetreras, tycker jag, både ur praktiskt politisk och för den delen också ur etisk synvinkel, för att återkoppla till apostroferingen för en stund sedan.

Sedan är det också alldeles uppenbart att det inte är klart vad vi menar med sjukresor och vad vi menar med färdtjänst. Det är trots allt en viss skillnad. Det behöver utredas tydligare och kanske också framgå av ärendet när det återkommer.

När det gäller vad som är pinsamt och inte pinsamt kan jag säga att jag har varit med i landstinget bara sedan 1991, men jag får en känsla av att det i någon mening står åtminstone oavgjort mellan de två blocken här när det gäller att ha missat samråd eller samverkan. Jag erinrar mig ett ärende som handlade om hälso- och sjukvårdens utvecklingsprogram, sommaren 1996. Var det inte så att fullmäktige ajournerades, eller hur man nu gjorde, för att hinna med en samverkan om en total omorganisation av hälso- och sjukvården som skulle spara 3–4 miljarder åt landstinget i ett nafs. Det var inte en majoritet som jag tillhörde som missade samrådet eller samverkan den gången. Om vi tar det och det nu aktuella ärendet står det åtminstone oavgjort. Finns det några fler tillfällen tror jag att ingen av de majoriteter som brukar byta av varandra i någon mening leder eller i positiv mening har förlorat den ligan.

Det kan vi naturligtvis ägna mycket kraft åt, men nu skedde en formell samverkan i går, och det har varit dialog tidigare. Formellt sett var samverkan inte uppfylld förrän i går, och det kan tyckas lite sent. Det tycker jag också. Det borde ha skett innan landstingsstyrelsens hantering. Men återremissen ger nu oanade möjligheter för den sittande majoriteten att på ett korrekt och bra sätt hantera det här ärendet ur alla synvinklar, till gagn för det syfte som förslaget hade. Och jag tror inte att det var den tiondels skatteöringen det handlade om utan någonting annat.

Men låt oss få återkomma till det. Ni erbjuder oss den möjligheten. Jag vet inte om jag tacksamt ska ta emot den, det är bara att konstatera faktum i det avseendet. Att yrka bifall till landstingsstyrelsens förslag i det här läget kunde i någon sorts formell mening vara korrekt men fullständigt meningslöst, därför avstår jag just nu.

Anförande nr 48

Landstingsrådet N y l u n d W a t z (s): Ordförande, landstingsfullmäktige! Jag vet inte på vilket sätt man ska hantera Stig Nymans inlägg.

Hela ditt inlägg andas att du håller med oss om att det är en dålig hantering av ärendet, och för bara några sekunder sedan sade du att samrådet borde ha skett. Sedan avstår du ändå från att yrka något.

Antingen tycker du väl som landstingsstyrelsen och dess majoritet, eftersom du ingår i den, eller så kan du ju yrka på återremiss. Du anför själv argument som väl räcker för att följa det förslaget.

Bättre än så kan du, Stig! Du kommer inte undan i den här frågan.

Anförande nr 49

Landstingsrådet N y m a n (kd): Det är naturligtvis mer spännande om vi inte är överens i alla ärenden, som det var i inledningen till detta fullmäktige. På något sätt var det ändå retoriskt ett bifall till återremissyrkandet när jag konstaterade att det är meningslöst att yrka bifall till landstingsstyrelsens förslag i det här ärendet.

Jag tycker ändå att jag har gett svar på en del frågor som har ställts under debatten, men om det nu så att säga klarar skyn för oss framöver och det blir ett bättre samverkansklimat så kan jag mycket väl – inte för partigruppen, men personligen – yrka bifall till återremiss.

Anförande nr 50

G u n i l l a R o x b y C r o m v a l l (v): Då får jag tacka dig så mycket, Stig. Jag hade en förhoppning om att det fanns flera som var insatta i problematiken med att ett ärende kommer hit till fullmäktige så slarvigt berett. Må det nu ordentligt beredas och tittas på konsekvenser!

Alldeles nyss fick vi en rapport om att det finns ganska många människor som avstår från både att hämta ut läkemedel och att göra sjukvårdsbesök därför att ekonomin inte räcker till, och nu pratar vi om en grupp som har svag ekonomi. Att vara svårt sjuk innebär att leva på sjukpenning, och då har man väldigt lite pengar kvar. Därför är det här så otroligt viktigt, och därav denna enorma energi från oss på den här sidan. Högkostnadsskyddet på 1 400 skulle hjälpa till, säger ni. Men fortfarande är det ju så i det här ärendet att man inte får åka en del av de resorna, man får bara åka från mantalsskrivningsadressen, så det argumentet håller inte. Dessutom har man högst ett visst antal färdtjänstresor.

Ni måste titta på vad det får för konsekvenser! Själv har jag blivit uppringd av chefer på hab-center som säger: Det här är förfärligt, vi kommer inte att ha några som har råd att åka till oss framöver för de livsviktiga behandlingar man har behov av!

Anförande nr 51

M a t s S k o g l u n d (v): Ordförande! Man sitter och undrar vad Anna Starbrink menar. Hon säger att besluten ska fattas lokalt, om man ska åka till sin mamma eller pappa och är mantalsskriven hos den andra föräldern. Så står det inte i handlingarna! Det står att man kan få undantag av medicinska skäl, om man till exempel ska åka till skolan. Men inte är det väl av medicinska skäl man ska åka till skolan, eller till pappa eller mamma? Det är ju för att man bor där den veckan.

Vad fattar vi över huvud taget beslut för? Menar du att landstingets personal inte ska bry sig om beslutet, varför har i så fall ärendet kommit hit? Ska de få göra som de vill? I så fall är det bättre att vi går ut i solen än sitter här inne!

Nej, det är trams Anna Starbrink för fram! Det måste ni väl förstå i hela alliansen. Hur kan ni låta henne företräda er? Hon står ju här och ljuger! Eller har hon inte läst handlingarna själv? Det är ingen misstolkning vi gör, det står klart och tydligt vad det är som gäller. Ändå menar hon att det fattar man beslut om lokalt – något helt annat! Trams, Anna Starbrink!

Anförande nr 52

A n n a S t a r b r i n k (fp): Jag tror jag avstår från att bemöta det där sista – det kändes så lågt.

Jag vill påpeka igen, för att vara väldigt tydlig, att det ju är lämpligt att besluten med medicinska skäl som grund fattas hos en vårdgivare som man faktiskt besöker. Naturligtvis är det skäl att få åka, om man behöver komma till vården när man inte bor på sin mantalsskrivningsadress utan hos den andra föräldern. Och det gör man upp om lokalt, det vill jag gärna upprepa för jag tycker det är viktigt.

Vi fick frågan här om det fanns ideologiska skäl. Ja, man kan väl säga att rätten till sjukresor är en viktig ideologisk fråga för oss – efter behov; de medicinska behoven ska styra. Alldeles riktigt. Dessutom vill vi vara varsamma med skattepengar. Jag känner mig trygg med ärendet och yrkar avslag på återremiss.

Anförande nr 53

Y v o n n e B l o m b ä c k (mp): Här kommer det olika bud!

Jag måste verkligen tacka, Stig Nyman, för ditt raka och tydliga anförande, som ändå gav vid handen att det finns mycket att önska i detta ärende.

Det ni verkligen borde ta till er och ta hänsyn till nu när det går på återremiss är att vi får ett bättre berett ärende och inte får samma papper på bordet nästa gång ärendet kommer upp, som det har varit så många gånger förr. Ta till er de frågeställningar som finns och jobba med dem! Ta också till er brukarnas synpunkter, tack!

Anförande nr 54

E v a K l i n g s t r ö m (m): Efter att ha lyssnat på alla synpunkter som har kommit fram är jag också inne på att vi måste få det hela klarare. Hur ska vi annars kunna förklara vad det här förslaget innebär?

Jag stöder återremissyrkandet, för att det är viktigt att de människor som vi har att göra med vet exakt vad som gäller.

Anförande nr 55

R e g i a n a H o r t i n (c): Jag vill bara säga två ord. Jag stöder också återremiss. Det är jätteviktigt att bearbeta och se till människors behov. Vi kan spela politiker här, men vi ska inte spela med människors behov!

O r d f ö r a n d e n : I debatten har yrkats återremiss från Vänsterpartiet, Socialdemokraterna och Miljöpartiet samt ytterligare några personer. Enligt regelverket för minoritetsåterremiss finns det en motivering för detta, som jag har fått in skriftligen, enligt de premisser som Ingela Nylund Watz med flera har anført. Som andrahandsyrkande, om det inte blir återremiss, finns det också ett yrkande om avslag på förslaget till beslut från landstingsstyrelsen. Vidare finns det ett avslagsyrkande på återremissen, av Anna Starbrink med flera.

Jag kan också räkna ut att det kan finnas ett underlag för minoritetsåterremiss, men vi brukar göra så att vi verkligen blir säkra på det genom att vi trycker på voteringsknapparna. Jag föreslår att vi gör så nu också, med följande voteringsproposition: Den som önskar att ärendet avgörs i dag röstar ja, den det ej vill röstar nej. Om nej vinner enligt reglerna för minoritetsåterremiss så blir det återremiss. Omröstning! Ja-röster 67, nej-röster 65, avstår 15 och frånvarande 2. Det finns alltså underlag för en minoritetsåterremiss.

Anförande nr 56

Å k e A s k e n s t e n (mp): Jag tycker det är väldigt konstigt att man har en votering. Normalt brukar ju ordföranden med lätthet kunna se detta. Eftersom Moderaterna har yrkat på återremiss är det glasklart att det är en majoritetsåterremiss – om man nu inte hade gjort den här konstiga voteringen! Det är onödigt krångligt, tycker jag. Jag hävdar att det egentligen föreligger en majoritetsåterremiss.

Ordföranden: Nej, nu får du inte tala längre. Det är helt korrekt gjort. Någon "majoritetsåterremiss" finns inte, och det var individer som yrkade. Självklart är det en minoritetsåterremiss.

§ 238 Betalning för multifokala linser vid starroperationer

Anförande nr 57

Landstingsrådet R e i n f e l d t (m): Herr ordförande! Som jag sade när den här frågan var uppe vid förra landstingsfullmäktige, handlar det här ärendet om att precis som man i dag får betala för sina glasögon, får man också göra det i fortsättningen. Fast har man behov, och det fungerar medicinskt, så kan man få en multifokal lins inopererad i ögat i samband med starroperation.

Vi var tydliga sist med att det här inte på något sätt är ett ställningstagande om blandfinansiering i Stockholms läns landsting. Ärendet minoritetsåterremitterades, och nu är det uppe här igen. Vi vill naturligtvis fortfarande ge patienterna samma möjlighet och samma eller ökad service, med möjligheten att kunna få en multifokal lins inopererad. Skillnaden i dagens ärende mot hur ärendet såg ut vid förra fullmäktige är att det finns en mening tillagd strax under att-satsen, som lyder: "Detta beslut är inte ett principiellt ställningstagande om blandfinansiering inom sjukvården."

Med det lilla tydliggörandet, herr ordförande, yrkar jag bifall till förslaget.

Anförande nr 58

H å k a n J ö r n e h e d (v): Ordförande! Nej men Filippa, nu får vi nog gå tillbaka till protokollet. Vad det handlade om var ju precis att du inte kunde säga den här meningen som nu är tillskriven. Därav förstår vi inte vad sjukvårdslandstingsrådet egentligen menar, så därför vidhåller vi den reservation som s-, v- och mp-ledamöterna lade i landstingsstyrelsen. Jag yrkar bifall till den reservationen nu.

Anförande nr 59

Landstingsrådet N y l u n d W a t z (s): Ordförande, landstingsfullmäktige! Möjligen är det så att man skulle kunna ana att majoriteten har omvänt sig under galgen i den här diskussionen, när man läser det förändrade förslaget till beslut från landstingsstyrelsen. Den oro som vi kan känna för vad som för majoriteten är gränsdragningar för vad som är en förhöjd vårdkvalitet kommer ju inte alls till uttryck i det här förslaget till beslut.

Vår huvudinvändning har varit att vi vill markera väldigt tydligt, som det står i vår reservation, att det här inte ska betraktas som ett principiellt beslut, mot bakgrund av att vi inte menar att landstinget som sjukvårdshuvudman ska öppna dörren för en väg där man kan köpa sig en bättre vårdkvalitet än vad som erbjuds normalt sett, alltså inte någon egenfinansiering.

Därvidlag tycker inte jag att argumentationen från landstingets majoritet är tydlig. Jag tycker att den formulering som är framtagen under landstingsstyrelsens kapp om ett principiellt ställningstagande är alltför vek. Jag skulle önska att landstingsstyrelsens majoritet haft modet att följa upp sitt beslut genom att anta det förslag som vi lade fram i landstingsstyrelsen, som förtydligar vad landstinget egentligen har för inställning i frågan.

Om det är så, Filippa, att ni håller fast vid det beslut ni har lagt fram inför landstingsfullmäktige, så menar jag att dörren fortfarande är något på glänt för en glidande hållning till vad som kan anses vara rimligt att bidra med som självfinansiering. Jag tycker inte att det är tillräckligt tydligt. Jag anar att det är en omvändelse under galgen för att säga något smakligt, men jag yrkar ändå bifall till vår reservation i landstingsstyrelsen.

Anförande nr 60

Landstingsrådet **R e i n f e l d t (m)**: Herr ordförande! Det här handlar bara om att ni vill utså split. Nu söker ni en konflikt bara för att få konflikten. Vid förra sammanträdet var jag väldigt tydlig. Jag citerar ur protokollet:

”Att sedan blanda in huruvida vi skulle ha olika avgifter i sjukvården eller blandfinansiering är en helt annan sak. Det är inte vad ärendet handlar om. Det här ärendet handlar om huruvida vi ska tillåta enskilda patienter som så önskar att få byta ut den standardlins som de erbjuds av landstinget för att ersätta den med en multifokal för att i framtiden slippa köpa glasögon eller kontaktlinser efter operationen. Det handlar inte om någon blandfinansiering.”

Birgitta Rydberg var uppe i ett inlägg direkt därefter och tydliggjorde hon också: Det är inte aktuellt med blandfinansiering i vår sjukvård här i Stockholms läns landsting. Hur går detta att missförstå, när detta ärende handlar om ökad service, möjligheten för patienter i Stockholms län att kunna få inopererad en multifokal lins? Nej, detta är bara konflikt för konfliktens skull, Ingela!

Anförande nr 61

Landstingsrådet **N y l u n d W a t z (s)**: Ordförande! Jag menar att när Filippa läser upp protokollet från förra gången så ger det inte ett uns av ökad klarhet. Att du läser upp det en andra gång gör det inte tydligare.

Att vara tydlig innebär, som vi gör i vår reservation, att säga tydligt att landstingsfullmäktige ska uttala den här restriktionen för att vara tydlig med var gränsen för verkan av landstingsfullmäktiges beslut går och att vi inte vill öppna dörren för egenfinansiering, för att köpa sig en bättre vårdkvalitet.

Det kan väl inte vara så svårt att gå med på det – om det är det du tycker?

Anförande nr 62

Landstingsrådet **L e n a - M a j A n d i n g (mp)**: Ordförande, ledamöter! Vi känner också i allra högsta grad att den dörren står på glänt. Det kommer säkert att komma upp en mängd ärenden både i hälso- och sjukvårdsnämnden och här i fullmäktige framöver där man lättar på den restriktionen.

Vi tycker inte att det är rätt väg att gå, att man så att säga från egen ficka ska börja betala vårdtjänster på olika sätt, utan de ska finansieras av det allmänna och det ska vara en sådan kvalitet att man inte behöver betala extra för den. Det är väldigt viktigt. Vi står också fast vid den reservation vi har lagt i landstingsstyrelsen och yrkar bifall till den.

Anförande nr 63

Landstingsrådet **P i a L i d w a l l (kd)**: Ordförande, ledamöter! För en månad sedan, när det här ärendet var uppe, efterlystes det vad Kristdemokraterna och Centerpartiet tycker i frågan.

Jag beklagar att jag då inte var tillgänglig i den här salen så att vi kunde uttala vårt stöd för ärendet.

Vi har en ordning i vårt land och i vårt landsting om att vi inte ska ha blandfinansiering. Den ordningen följer vi, och den har vi varit stolta över.

Det finns alltså inget skäl att se det här som ett prejudikat, utan det är bara ett specifikt ärende, som vi alla varit överens om. Jag vill minnas att det var en socialdemokrat som väckte frågan första gången. Det känns helt naturligt i den utveckling av sjukvården som sker nu. Detta ska inte ses som något prejudikat utan som ett enskilt ärende, och det står vi fast vid.

Anförande nr 64

Landstingsrådet N y l u n d W a t z (s): Ordförande, landstingsfullmäktige! Det är bra att Kristdemokraterna tar landstingsfullmäktiges uppmaning på allvar. Men inte heller Pia Lidwall stillar vår oro, för det finns fortfarande otydlighet. Om vi inte får svar i dag, får vi väl återkomma i interpellationer och frågor.

Vad vi egentligen vill ha svar på är detta: Är ni beredda att stänga dörren definitivt eller att säga att den principiella gränsdragningen går vid att stänga dörren för människors vilja till egenfinansiering, till exempel när det gäller kvaliteten på höftleder eller vad det nu kan vara?

Med vår formulering blir det glasklart. Med er formulering är det grumligt!

§ 239 Motion 2005:12 av Birgitta Rydberg m fl (fp) om att satsa på kompetensutvecklingsavtal för vårdanställda

Anförande nr 65

J a n L i l i e m a r k (fp): Herr ordförande, ledamöter! Det här är en viktig motion. Den tar upp ett oerhört viktigt ärende, nämligen kompetens, kompetensutveckling och kompetensresurser inom landstinget.

Landstinget som helhet kan ju betecknas som en kunskapsorganisation, och en kunskapsorganisation har ett stort värde som är större än alla andra värden i organisationen: medarbetarnas kompetens och kunskap. Det är inte så att det är en förhandlingsfråga mellan medarbetare och arbetsgivare eller en facklig fråga, utan kompetensen och kompetensbevarandet är framför allt ett ägar- eller arbetsgivarintresse och -ansvar, och det gäller att bevaka kompetensen, kompetensutvecklingen och kompetensförsörjningen. Speciellt gäller detta i dessa dagar, när vi vet att vi står inför stora pensionsavgångar inom de närmaste åren när de stora fyrtilialistkullarna, där våra överläkare och andra befattningshavare med stor kompetens finns, snart går i pension.

Dessutom är detta parat med en allt snabbare medicinsk utveckling, som kräver att medarbetarnas kompetens hela tiden utvecklas.

Det är i ljuset av detta som man ska se motionen. Den skrevs nu för två och ett halvt år sedan, och en hel del vatten har hunnit rinna under broarna sedan dess. Under tiden har det, vilket framgår av svaret, tagits fram en koncerngemensam modell för kompetensplanering och kompetensutveckling, och den modellen täcker upp mycket av det som motionärerna föreslår.

Man kan därför säga att det här svaret på motionen mycket väl täcker det som motionen ville åstadkomma från början. Därför är det roligt att se den här utvecklingen – om det beror på att motionen lades eller om det så att säga ligger i tiden att kompetensfrågorna blir allt viktigare och allt mer tillgodosedda, det vet jag inte.

Det här är en viktig fråga, som vi inte kan stoppa med här, utan vi kommer att fortsätta både inom partigruppen – det här är ju en motion från Folkpartiet – och inom FoUU-utskottet att bevaka kompetensfrågorna och arbeta vidare med dem.

Som sagt, avslutningsvis: Tack för svaret!

Anförande nr 66

I n g v a r v o n M a l m b o r g (mp): Det finns bra tankar i den här motionen, men först och främst skulle jag vilja peka på två skillnader mellan motionens text och den text som finns i svaret. Motionärerna skriver att man vill ha en kompetensutveckling som ska ske på lokal nivå med individuella kompetensutvecklingsplaner i avtal mellan medarbetare och chef, och man talar också om att det här är ett gemensamt förpliktigande. Men i svaret skriver man att det gäller att säkerställa att organisationen har rätt kompetens. Det är inte riktigt samma sak, som alla säkert uppmärksammar.

Det vi vill peka på är motionärens text, att det är oerhört viktigt att man tar fram kompetensutveckling i samarbete med de anställda på de olika nivåerna i landstinget. Det är ofta de anställda som vet vilka behov som faktiskt finns, hos patienter och hos andra, och för att kunna få en vård som verkligen svarar mot vad patienterna behöver måste också de anställda kunna lyfta sin kompetens på olika nivåer.

Vi vill också peka på klimatfrågorna. Det har ju varit en oerhört lång diskussion om klimatfrågor, och man skulle kunna säga att i väldigt många sammanhang, inte minst inom industrin, sker i dag en uppladdning. Man lär sig snabbt hur klimatfrågorna kommer att påverka oss på olika sätt. Inom landstinget är den accelerationen mycket lägre, skulle jag vilja säga. Ska vi ha en kompetensutveckling så gäller det att också kompetensutveckla personalen inom klimatfrågorna. Kunskapen finns överallt, men kompetensen att handskas med frågorna saknas än så länge.

Sedan vill jag också, när det gäller miljöcertifieringen av husläkarmottagningarna, peka på att man faktiskt genomför det. Det finns personal som kan de här frågorna. Det finns en risk med det man nu gör att de faller bort.

Vi kan tänka oss att bifalla motionen, men då vill vi förstås se att det faktiskt finns pengar att genomföra åtgärderna. Det kostar pengar och det tar tid, och frågan är: Kommer majoriteten i sin budget att anslå extra pengar till kompetensutveckling, eller är det här så att säga mera den goda viljans motion?

I avvaktan på den fortsatta debatten kommer vi att avgöra om vi bifaller motionen som den är eller på något annat sätt.

Anförande nr 67

L a n d s t i n g s r å d e t W a l l h a g e r (fp): Herr ordförande, ledamöter! Det här är, som många har sagt, en viktig motion och en viktig fråga. Jag vet att jag i många av de anföranden som berör mitt ansvarsområde som ansvarig för personalen har lyft fram att vår organisation inte kan drivas framåt och utvecklas om vi inte också både säkerställer landstingets konkurrenskraft och personalens kompetensutveckling.

I produktionsutskottet har vi lagt ett uppdrag om att just säkerställa den fortsatta kompetensförsörjningen. Det är faktiskt en fortsättning på ett uppdrag som den tidigare majoriteten, den nuvarande oppositionen, påbörjade under förra mandatperioden på ett väldigt bra sätt.

Huruvida det kommer att finnas pengar till det här eller inte kommer att framgå av den budget som presenteras i november; jag ska inte föregå den diskussionen, för diskussioner pågår fortfarande mellan partierna. Annars hade den frågan kunnat vara klar för länge sedan.

Jag tror så här. Det som du, Ingvar, lyfter fram om behovet hos den enskilda individen är alldeles riktigt. Därför har vi, på samma sätt som ni gjorde under den förra mandatperioden, valt att lägga ett stort ansvar hos det enskilda bolaget eller förvaltningen, att i det enskilda samtalet mellan den som den som är ansvarig för utvecklingssamtalet och individen lyfta fram behovet av och säkerställa kompetensutveckling.

Det har, både från enskilda individer och från fackliga representanter, förekommit en hel del kritik mot det sätt som det här hanteras ute i verksamheten i dag. Den kritiken har funnits under flera år, oavsett majoritet, ska jag lägga till. Jag har i mina samtal med personalansvariga för verksamheter, i både bolag och förvaltningar, tryckt på att det är oerhört viktigt att man lägger stor vikt på utvecklingssamtalen, för det är just i de ögonblicken som den enskilda arbetstagaren kan lyfta fram sitt behov och man kan väga det mot verksamhetens behov av kompetensutveckling.

Jag ger dig rätt i att det självklart inte bara handlar om medicinsk kompetensutveckling, även om det kanske är vad man först tänker på, utan också om andra typer av kompetensutveckling precis som du påpekar.

Från vår sida upplever vi att vi – även om vi inte har hundra procentig kontroll – följer utvecklingen och lägger stor tyngd vid att se till att verksamheten verkligen får den kompetens som den har behov av, bland annat via kompetensplanering, IT-stöd och det utredningsuppdrag som ligger i produktionsutskottet. Därmed yrkar jag bifall till landstingsstyrelsens förslag till beslut.

Anförande nr 68

Landstingsrådet N y l u n d W a t z (s): Ordförande, landstingsfullmäktige! Jag har inget yrkande i ärendet, men jag får en liten fundering när jag läser materialet. I själva motionen är ju ett tydligt individperspektiv, inriktat på relationen mellan arbetsledningen, arbetsgivaren och den enskilda arbetstagaren på arbetsplatsen och att det behövs ett kitt, en gemensam syn på individuella utvecklingsmöjligheter utifrån de ramar och behov som finns för vår verksamhet. Men svaret på motionen är väldigt produktionsinriktat och tycks ta sin utgångspunkt huvudsakligen i ett makroperspektiv på landstingets kompetensförsörjning. Visserligen är det nog så viktigt, jag säger inte att det är fel, men det är ett tydligt sådant perspektiv. Man exemplifierar också i svaret att vi särskilt ska beakta vakanser. Det blir ett väldigt tydligt produktionsperspektiv, som är långt borta från det individperspektiv som finns i motionen.

Jag skulle gärna vilja att Maria Wallhager utvecklar detta. Det är ju en väldig skillnad på att delta i den typen av utvecklingsplanering som svaret andas och lämna kravet på individuella utvecklingsplaner.

Jag har inget annat förslag till beslut, men jag skulle gärna vilja få en kommentar till hur den positionsförflyttningen har gått till.

Anförande nr 69

I n g v a r v o n M a l m b o r g (mp): Jag tror att Ingela Nylund Watz och jag har pekat på exakt samma saker, nämligen att motionstexten är bra men svaret däremot helt enkelt inte är lika genomtänkt.

Vi skulle därför vilja yrka bifall till motionen, med den text som motionen har, och ett tilläggsyrkande om att en kompetensutveckling i miljöfrågor och när det gäller miljöcertifiering ingår som en del av det här.

Anförande nr 70

Landstingsrådet **Wallhager (fp)**: Då ska jag försöka förtydliga, för jag tror egentligen inte att vi har olika åsikter utan att vi är ganska eniga runt omkring vikten av en bra kompetensförsörjning.

Det är möjligt, och det tar jag på mig själv, att vi har missat att liksom trycka ned det på individnivå i svaret. Tanken är att det ska vara precis som i dag, när man ju har utvecklingssamtal där egentligen en av de viktigaste delarna är att tydliggöra individens och den lilla verksamhetens, avdelningens eller klinikens, behov av kompetensutveckling. Som jag sade tidigare har det förekommit ganska grov kritik från fackliga företrädare om att det här inte har fungerat. Det handlar inte om att det inte fungerar generellt utan på enstaka kliniker eller kanske egentligen för enstaka individer. Som jag också sade har jag lyft upp den här frågan och tryckt på att personalansvariga får både förvaltningar och bolag måste säkerställa att den som genomför utvecklingssamtalen, där kompetensutveckling är en av de viktigaste bitarna, har adekvat utbildning och kunskap om hur man ska genomföra ett utvecklingssamtal. Det måste också följas upp på ett bra sätt.

Det finns absolut ingen intention från vår sida att bortse från individens behov. Jag ber om ursäkt om svaret har andats det på något sätt. Bifall till landstingsstyrelsens förslag!

Anförande nr 71

Landstingsrådet **Nylund Watz (s)**: Ordförande, landstingsfullmäktige! Jag har i nuläget ingen anledning att ifrågasätta Maria Wallhagers ambitioner. Det var bra att vi fick till den här diskussionen, därför att mot bakgrund av det du säger nu kommer jag att specialgranska den budgetskrivning ni lägger fram. Det du säger är nämligen bara någonting värt när det finns muskler bakom, och i det här sammanhanget är det faktiskt stimulansmedel som fungerar allra bäst, om vi vill få genomslag i verksamheterna.

Lycka till i budgetförhandlingarna!

Anförande nr 72

Åke Askén (mp): Ordförande, ledamöter! Ja, muskler är faktiskt viktigt. Som Maria Wallhager nog kommer ihåg, var det ett seminarium ganska nyligen där det framkom att muskler saknades på en viktig punkt när det gällde utbildning av personal då det visade sig att det inte finns ekonomiska resurser att utbilda personalen i matfrågor – alltså kosten, som vi pratade om här förut. Det är viktigt att man inte glömmer att det måste finnas pengar också till det, för annars känner sig personalen vilsen – vilket man uppenbarligen gör i rätt stor utsträckning i just den frågan.

§ 243 Bordlagd interpellation 2007:70 av Johan Sjölander (s) om privatiseringar i sjukvården

Anförande nr 73

Johan Sjölander (s): Jag vill naturligtvis börja med att tacka för det skriftliga svaret, och också för möjligheten att ta debatten i dag och inte vid förra fullmäktige, då interpellationen egentligen var uppe till behandling.

Jag har ju ställt en ganska principiell interpellation, som egentligen mest handlar om synen på den offentliga vården, egenregivården och våra möjligheter att använda den som en motor i kvalitets- och utvecklingsarbetet i landstinget.

Jag får väl börja med att beklaga att min första fråga, om denna vård ska ses som en av de goda krafter som utvecklar vården i länet, inte får ett klart och tydligt ja.

I min fjärde fråga, om hur det ser ut i dag och om man i dag kan säga att landstingsdriven vård är en positiv och bidragande kraft i landstinget, är vi överens. Vi håller med varandra om att det finns mycket verksamheter i dag som är av god kvalitet och som förbättrar sjukvårdsutbudet för stockholmarna inom den egna regionen. I den mylla som ett demokratiskt system utan vinstintresse utgör kan det i dag gro goda krafter. Men på frågan om detta ska gälla i framtiden också får jag inget tydligt ja eller nej, utan i stället säger Chris Heister att detta är upp till medborgarnas val att avgöra.

Vore det så att det är upp till medborgarna att genom sina val avgöra huruvida vi ska ha kvar en offentlig vård i landstinget, skulle det vara en sak. Men så är det ju inte! För det är ju inte medborgarnas val som hotar den offentligt drivna vården i Stockholms läns landsting. Hotet mot den offentligt drivna vården i Stockholms läns landsting finns här inne i den här församlingen. Det kommer från en ägare som inte vill äga den egna verksamheten.

Mitt andra frågebatteri handlar om utmaningsrätten, det vill säga den rätt som finns i dag att komma in med intresseanmälningar från privata aktörer om att ta över driften av offentlig vård. Tittar man närmare på det så framgår det väldigt tydligt och klart att det här inte råder likhet mellan privata och offentliga aktörer. Om det är något offentligt, något som landstinget självt driver, finns det alltid en risk att någon intressent kommer och säger: Det här vill jag ta över och driva. Oavsett hur populärt det är, oavsett hur mycket patienter det får, oavsett hur väl det står i kundvalssystemet finns alltid den risken att en privat intressent kommer och säger: Nä, det här vill vi göra bättre! Sedan blir det upp till en politisk bedömning, här i församlingen förhoppningsvis, eller på någon annan nivå, om den fungerande vården ska få fortsätta eller inte.

Detta, menar jag, talar direkt emot det Chris Heister säger i svaret på fråga 3, att offentligt och privat ska jobba på samma villkor. Det är ju inte samma villkor, för den offentligt drivna vården måste inte bara tampas med att attrahera medborgarna, utan den måste också tampas med en ägare som inte verkar vara fullt ut intresserad av att äga.

Anförande nr 74

Landstingsrådet H e i s t e r (m): Herr ordförande! Jag utgår från att den som har svarat på interpellationen också får en chans att utveckla svaret.

Låt mig säga till Johan Sjölander att jag faktiskt har varit väldigt noggrann i mitt svar till dig. Jag tror att det finns vissa skillnader i utgångspunkt hur du och jag ser på den här frågan. Hela ditt sätt att argumentera nu andas att det viktiga är vem som driver vården, inte vad som görs i vården.

Min utgångspunkt för att utveckla vården i Stockholms län och se till att invånarna får den allra bästa vården är att fokusera och kraftsamla på vad som görs. Det handlar om att försöka få villkoren att vara desamma för offentligt driven vård och privat driven vård. Vi samarbetar med våra entreprenörer inom Vårdval Stockholm. Där är villkoren desamma, om det är landstinget som driver vårdcentralen eller om det är en entreprenör som driver vårdcentralen, men det är den enskilda individen som genom sitt val utifrån hennes utgångspunkter avgör vad som är de goda krafterna i vården. I den delen är det väldigt stor skillnad mellan ditt och mitt synsätt.

Du talar om "risk" för att någon kommer och säger: Vi skulle kunna utveckla vården i Stockholms län så att den blir bättre till sitt innehåll, när det gäller kvaliteten eller att vi kan åstadkomma mer vård för pengarna. Det ser du som en risk!

Jag tycker att hela den här debatten är andefattig, i den meningen att ni bara vill diskutera system och strukturer. Jag tror att det vore väldigt bra för vårdens framtid och möjligheterna att åstadkomma en bra vård för invånarna i Stockholms län, om ni i socialdemokratien började diskutera innehållet i vården, vad som görs. Att se till att vi har en offentlig finansiering av vården som fungerar väl och säkerställer att vi har resurser, att ställa krav, följa upp och kontrollera så att vi på det sättet hela tiden får en förbättring av kvaliteten och en ökad tillgänglighet och på det sättet kan åstadkomma en sjukvård av världsklass, den diskussionen tar jag mycket hellre än att vi bara ägnar oss åt vem som gör vad. Vad som görs är för mig viktigare.

Anförande nr 75

Åke Askén (mp): Ordförande, ledamöter! Det här med privatisering är ju ingenting som vi miljöpartister har någonting principiellt emot, men när det gäller just den här utmanarmodellen finns det all anledning att vara kritisk och tveksam, bland annat därför att det skapar oro både bland personalen och bland patienterna. Man vet inte när deras vårdcentral eller i värsta fall deras sjukhus har tagits över av någon annan.

Vi hörde ju Lars Joakim Lundquist för några månader sedan här tala om privatiseringar, då han undslapp sig att när det gäller de stora sjukhusen tänker Moderaterna inte sälja byggnaderna – eller om han rent av talade för alliansen – men uppenbarligen kan man tänka sig att sälja bolagen, och då är det en verkligt långtgående privatisering! Det står att det här enligt Chris Heister innebär att det blir möjlighet att välja husläkare. Det är ingen nyhet, så är det ju redan i dag, så det är ingen förbättring på den punkten.

Om man nu ska ha en utmaningsrätt, är det lite märkligt att det inte finns något fritt val där, att det inte finns någon konkurrens. Offentliga vårdgivare får alltså inte utmana privata. Det är en väldig orättvisa, och en bristande konkurrens. Det visar väl bland annat att det här inte är så genomtänkt.

Den stora frågan är om stora sjukhus, till exempel akutsjukhus, kommer att utmanas på det här sättet av privata vårdgivare och om sjukhusen sedan inte har någon möjlighet att utmana tillbaka.

Det här blir nog ganska knepigt!

Anförande nr 76

Johan Sjölander (s): Ja, Chris Heister, om man går på en vårdcentral som man trivs med, som man tycker om, där det är bra chefer, bra anda, utvecklingsarbete som sker, om man jobbar på en enhet som man trivs med, med bra ledarskap och där man trivs med organisationen, då tror jag man tycker att det är en risk, att någon utifrån, en extern part, kan gå över huvudet på en själv direkt till landstingspolitikerna och utmana för att på det sättet få ta över driften för att man utlovar bättre verksamhet – det är ju vad utmaningsrätten innebär – ja, då tror jag att man uppfattar det som en risk. Och det här är inte bara fantasifoster från mig. Titta på hur utmaningsrätten har använts i Uppsala, länet norr om oss. Där kan vi se en omfattande debatt när utmaningsrätten har använts – dels beroende på att det till stor del var borgerliga politiker som var utmanade, men också kritik mot hur det påverkade verksamheten.

Om vi lämnar sjukvården finns det ju mängder av verksamheter som är offentligdrivna, bara i vårt eget län, där rätten att utmana och ta över mot personalens och brukarnas intressen uppfattas som en risk. Jag behöver bara nämna Tibble gymnasium i Täby som ett sådant exempel. Vi vill inte ha ett nytt "Tibble gymnasium" inom sjukvården i Stockholms län! Jag hoppas vi kan vara överens om den saken.

Ja, det är klart att det kan vara en risk, att det inte är konkurrensen, inte kvaliteten och inte verksamheten utan politiska beslut där den politiska majoriteten deklarerar att man vill avveckla mycket av den offentliga vården. Ja, jag tycker att det är en risk. Jag pratar väldigt gärna om kvalitet. Hela min interpellation handlar om kvalitet, om att det finns bra kvalitetspådrivande saker både i det privata och i det offentliga. Min kritik mot den borgerliga majoriteten är att ni inte vågar svara ja på fråga 1. Ni vågar inte säga: Ja, även det offentliga ramverket och den myllan kommer i framtiden att vara en drivande kraft för bättre kvalitet, bättre sjukvård för Stockholms läns medborgare.

Anförande nr 77

Thomas Magnusson (v): Ordförande, fullmäktigekamrater! Jag tycker att det här är en bra interpellation. Jag tycker också att Johan Sjölander på ett ganska tydligt sätt beskriver den politiska majoriteten – ägare som inte vill äga. Detta beskriver väl egentligen hela den situation vi ser på privatiseringsfronten.

Därför blir det sorgligt i den politiska debatten när man från majoritetens sida försöker lägga över skuldbördan på oppositionen. Det är vi som fokuserar på driften, inte ni. Om det vore ni som fokuserade på driften kanske vi skulle ha kunnat ha en diskussion om hur vi utvecklar kvaliteten i våra verksamheter. I stället ligger ni fokus på att diskutera driftsformer, som om driftsformen vore viktigare än vad som sker.

Vi pratar hela tiden om den enskildes val. Jag tycker att det är viktigt att den enskilde ska ha rätt till val. Vi har ganska många exempel runtomkring i länet på att den enskilde har gjort val. Johan nämnde Tibble gymnasium. Jag har ett eget liknande exempel hemma i Solna. Där har föräldrar och elever gjort ett enskilt val av den kommunala grundskolan. De valde den. Detta väljer du och dina kamrater att frångå, för ni anser att det är viktigare att vi har en annan driftsform.

Jag kan ha respekt för att man politiskt vill något annat än det jag vill. Jag tycker att man ska vara ödmjuk i politiken på det sättet. Men det jag tycker är trist är att det finns företrädare för den politiska majoriteten som inte har tilltro till den egna personalen och den egna personalens möjligheter att utveckla sin verksamhet. Man undervärderar dem som har jobbat många år i vården och har mängder med kunskap och som både kan och vill utveckla verksamheten. Man fastnar i tanken att grannens gräsmatta är grönare och att det som sker i privata företag är viktigare än det som sker i det offentliga.

Detta ger inget utrymme för en bra och seriös debatt. Det ger inget utrymme för att man ska låta personal och verksamheter växa i den egna organisationen. I stället skuldbelägger det människor som sliter hårt med ibland taskiga arbetsvillkor och taskiga löner. Det tycker jag är skamligt.

Anförande nr 78

Landstingsrådet Heister (m): Först vänder jag mig till Åke Askensten. Det är möjligt att man på papperet kan välja husläkare i dag, men i praktiken fungerar det inte. Det är ett av skälen till att vi vill gå vidare med Vårdval Stockholm. Vi vill ge den enskilda individen möjlighet att välja den vårdgivare som hon känner förtroende för och som

kan ge henne den bästa vården, det bästa bemötandet och den bästa servicen. Det är hela grunden för Vårdval Stockholm.

Inom ramen för Vårdval Stockholm arbetar både entreprenörer, privata vårdgivare och de offentligt landstingsdrivna vårdcentralerna på lika villkor. Det tycker jag i grunden är bra. Det är patienten som avgör den goda kraften och därmed utvecklingen för primärvården i Stockholms län.

När man lyssnar till er sidas företrädare hör man att ni hela tiden är fokuserade på vem som driver det hela. Bara det är offentligt finansierat och offentligt producerat är på något sätt allting bra. Men det är ju inte så!

Min inställning är att vi ska skapa goda förutsättningar för utveckling av vården. Jag är beredd att välkomna alla goda krafter som vill vara med i den utvecklingen och pröva detta. Det är det som ligger inom ramen för utmaningsrätten. Är det någon som har en idé och vill föreslå ett annat arbetssätt som kan åstadkomma en bättre sjukvård tycker jag att det är fel om vi över huvud taget inte ska pröva det. Vi har ett ansvar inför invånarna i Stockholms län att se till att de får mycket bra sjukvård. I detta ligger också att pröva om vi kan utveckla vården ytterligare med hjälp av fristående vårdgivare som vill vara med i vårt arbete. Det borde vi alla vara glad över!

Sedan har vi ett ansvar att pröva varje sådant ärende för att se till att slutresultatet blir det allra bästa.

På slutet kom du in på att detta på något sätt skulle vara mot personalen och inte ge möjligheter för personalen att växa. Det som jag ser som ett stort problem är det politiska systemet, som ofta inte alls är särskilt bra när det gäller att utveckla vården, för det blir för trögt och för planhushållningsmässigt. Vi sitter och fattar centrala beslut. Jag tror att det vore jättebra om ni besökte personalen och talade med dem och hörde hur de resonerar. De vill ha mycket mer av frihet än de många gånger kan få i dag. Vi vill ge dem den friheten.

Häromdagen läste jag ett uttalande av en verksamhetschef vid en av våra primärvårdcentraler, som hade fått frågan varför hon själv tillsammans sina kolleger ville ta över verksamheten och driva vårdcentralen. Hon svarade, och jag tror att det är precis det här det hela handlar om: Vi tror att vi får frihet att utveckla verksamheten ännu mer. Vi har en fantastisk vårdcentral med en kreativ personal, och vi ligger i framkant när det gäller tillgänglighet och forskning. Det finns en begränsning i att vara landstingsdriven med tröga upphandlingar och alltför hård styrning. Jag vill ge dem större möjligheter att göra ett bättre jobb än de gör i dag.

Anförande nr 79

Georg Gustafsson (s): Ordförande, ledamöter! Argumentet för att privatisera enligt Moderaternas företrädare Chris Heister är att man ska utveckla och förbättra vården. Det ska bli en högre kvalitet, om man sammanfattar det. Men de problem som sjukvården har är ofta underbemanning eller problem att skaffa läkare. Det har varit fallet i Rinkeby och en del områden söder om stan under vår mandatperiod, där vi har haft bekymmer med att rekrytera personal. Ofta är det detta det hänger på: Man får inte personal, och därför kan man inte behålla en hög kvalitet.

Dessa saker tror jag inte att man löser med den här så kallade utmaningen. Jag tror helt enkelt inte på att de första som kommer att få en utmaning är vårdcentralen i Rinkeby eller någon vårdcentral söder om stan, i Fittja eller var det kan vara. I stället blir det precis som det har blivit tidigare: Det är de som i dag fungerar bra som man vill ge anbud på. Vi kan ta det stora exemplet S:t Görans sjukhus, som är privatiserat. Det var ett väl fungerande sjukhus innan man privatiserade.

Detta ligger lite grann i sakens natur. Vilket företag vill ta över ett dåligt fungerande företag? Titta på börsen vilka företag det är som är under uppköp eller som man lägger anbud på. Det är inte de som ligger i botten på listan utan de som ligger i topp, de som är bra och väl fungerande företag. Dem är andra företag intresserade av att köpa upp. Det är samma sak när det gäller vården.

Om vi bara ska privatisera för privatiseringens egen skull – för det är ju det skälet som är kvar – och väl fungerande vårdcentraler eller sjukhus privatiseras, kan det näppligen bli någon kvalitetsutveckling av det.

Anförande nr 80

Johan Sjölander (s): Jag vet inte om några av er läste den tidningsartikel som kom i somras med anledning av auktorisationsförfarandet, där man intervjuade personal på en enhet där en minoritet av personalen hade begärt egen auktorisation och ville ta över. Det var en minoritet bestående av manliga läkare.

Man intervjuade också majoriteten av kvinnliga sjuksystrar, som hade jobbat i 10 eller 20 år på enheten. Deras suckar gick verkligen rakt genom trycksvärtan: Håhåjaja, nu är det dags igen. Nu är det nya chefer och nya som ska ta över igen. Man tycker att man skulle fråga oss som har jobbat här i så många år, men det är klart att man inte gör det.

Sådan är verkligheten, Chris Heister. Det är så det ser ut därute. Vi ser att det är fler manliga chefer som tar över. De kvinnliga cheferna försvinner. Vissa vårdgrupper och personalkategorier ställs helt utanför processen. Det är verkligheten i den frihetspolitik som du för.

Jag vill avsluta mitt sista inlägg med att ändå tacka. Det märks att det är ett svar som du har lagt en del kraft på. Jag vill tacka för det. Jag tycker att detta är en viktig debatt, och vi kommer att fortsätta föra den. Det är uppenbart att de principiella skillnaderna här i salen är stora i den här frågan, men det är väl vad man kan vänta sig i en viktig ideologisk fråga.

Anförande nr 81

Thomas Magnusson (v): Ordförande! Jag tycker att Chris Heister talar mycket vackert om de enskilda medarbetarnas möjligheter och frihet att välja och utveckla sin egen verksamhet. Det är viktigt att man är överens om att det krävs övergripande politisk styrning av de begränsade resurser som vi har. Det vore en häpnadsväckande position om landstingsrådet hade någon annan uppfattning i den frågan. Det betyder ju att det inte finns någon övergripande politisk styrning över huvud taget.

Med den politiska styrningen kan man välja att säga nej till att göra en del – att låta marknadskrafterna själva styra, och så får vi se hur det går. Eller också kan man säga ja till politisk styrning, som betyder att man vill ta ansvar för utvecklingen och att man i samverkan med personal och medborgare faktiskt kan utveckla de verksamheter som vi har. Jag tror att det är att sätta fokus på att utveckla verksamheten i stället för att sätta fokus på driftsformen.

Anförande nr 82

Åke Askensten (mp): Ordförande, ledamöter! Det vore intressant om Chris Heister skulle kunna klargöra om utmaningsrätten ska göra det möjligt för privata företagare eller företag att ta över driften också av akutsjukhus. Tycker ni att det är bra att utmaningsrätten tillämpas även där och på det sättet?

Anförande nr 83

Landstingsrådet Heister (m): Det finns en principiell skillnad mellan oss. Låt mig ta ett exempel. När man har problem på en vårdcentral väljer vänstermajoriteten att lägga ned den. Vi ser att det finns problem men vill skapa utrymme för att vården ska kunna utvecklas genom att man tar hjälp av fristående vårdgivare. Det är precis detta vi kan se i till exempel Nynäshamn. Där har man hela tiden haft problem med vår landstingsdrivna vårdcentral. Likadant är det i Sorunda, där ni valde att lägga ned under förra mandatperioden.

Vi har fått sju fristående, alternativa vårdgivare som är beredda att vara med och bidra till en bra sjukvård i Nynäshamn. Det borde vi väl alla vara glada över och inte se som ett problem. Thomas försöker göra gällande att jag inte skulle vara för någon övergripande politisk styrning bara för att jag vill välkomna alternativ. Alternativet för Thomas Magnusson är uppenbarligen att allt ska drivas i offentlig regi, som han tror är en bra utveckling.

Jag tror på fasta spelregler som gör att man kan bedriva vård på lika villkor. Det är detta vi gör i Vårdval Stockholm. Min övertygelse är att om vi ska kunna utveckla vården klarar vi inte att göra det ensamma, utan vi ska ta hjälp av andra som också är duktiga på detta.

§ 244 Interpellation 2007:77 av Dag Larsson (s) om de borgerligas syn på befolkningsansvaret**Anförande nr 84**

Landstingsrådet Larsson (s): Ordförande! Tack, Filippa Reinfeldt, för svaret på den här interpellationen om befolkningsansvar. Jag och många med mig är bekymrade för hur man ska organisera befolkningsansvaret i den nya Vårdval Stockholm-modellen. Det finns ju fördelar med att medborgarna kan få större möjligheter att välja vårdcentraler och husläkare. Det är jag den förste att understryka även om jag är djupt oroad över just den modell som man har valt från majoritetens sida och den konstruktion som man har valt.

När jag undrar över hur man ska organisera befolkningsansvaret i våra stadsdelar – i synnerhet i de stadsdelar som har dålig folkhälsa i dag och där det därför är extra angeläget att befolkningsansvaret fungerar – får jag ett svar som egentligen handlar om att man kan välja bort. Man kan välja bort den dåliga primärvården där man bor. Det är kanske ett svar för dem som reser bort från Botkyrka, Haninge och Vantör, men det är inte ett svar för dem som blir kvar med primärvården i dessa områden, där det heller inte finns något särskilt stort intresse för nyetableringar och nya auktorisationer.

Frågan kvarstår: Hur ska befolkningsansvaret i verkligheten organiseras i dessa stadsdelar? Jag har inte fått något svar på detta i själva interpellationssvaret. När kommer vi att få ta del av detta i hälso- och sjukvårdsnämnden och i fullmäktige? När kommer några seriösa utvärderingar av hur befolkningsansvaret i verkligheten ser ut? Detta är den springande punkten. Vi känner oro för den kundvalsmodell som ni i majoriteten nu ensidigt har valt att lansera.

Anförande nr 85

Landstingsrådet Reinfeldt (m): Herr ordförande! Tack, Dag, för interpellationen. Jag tycker att jag har försökt svara rätt så utvecklande på de tre frågor som finns i interpellationen. Nu kom det några nya frågor, och jag hoppas att vi hinner diskutera dem också.

I det beslut som landstingsstyrelsen tog i våras när det gäller Vårdval Stockholm beslöts också att Vårdval Stockholms genomförande och dess effekter ska utvärderas. Precis som jag skriver i mitt skriftliga svar till dig, Dag Larsson, har ett uppdrag lagts till Medical Management Center vid Karolinska Institutet att i samarbete med Forum komma med ett förslag till en plan för en utvärdering. Syftet är naturligtvis att utvärdera om Vårdval Stockholm följer de syften som är skäl för förändringen.

Utvärderingen kommer alltså att handla om frågor som: Ökar detta den reella valfriheten? Förändras tillgängligheten och kvaliteten? Säkerställs god vård på lika villkor för hela befolkningen? Hur tillgodoses vårdbehovet för patienter med stora och sammansatta vårdbehov och för kroniskt sjuka? Påverkas vårdflödena av allmänhetens uppfattning om primärvården? Men man frågar också: Hur påverkas kostnadsutvecklingen?

Jag tycker att detta är frågor som är väsentliga att få svar på när vi sjösätter modellen Vårdval Stockholm. I hälso- och sjukvårdsnämnden får vi löpande information. Dels får vi folkhälsorapporterna – nästa kommer nu i november – där vi tittar på hur befolkningens hälsa ser ut runtom i regionen. Dels har vi precis nyligen i hälso- och sjukvårdsnämnden fått en rapport som handlar om behovet av hälso- och sjukvård i Stockholms län utifrån ett befolkningsperspektiv. Detta är arbete som pågår löpande hela tiden.

HSN har också gett i uppdrag till förvaltningen att återkomma med förslag på hur just rankning och öppna kvalitetsjämförelser ska se ut. Det syftar naturligtvis till att vi ska kunna göra bra kvalitetsjämförelser i hälso- och sjukvården. Vi ska kunna följa upp och om så behövs också förändra beställningarna av hälso- och sjukvård just för att motsvara behoven, för vi vet att de ser lite olika ut. Det handlar också om att öppna upp och visa om det finns kvalitetsskillnader för medborgarna, liksom om att visa på att det finns möjlighet att välja bort och välja till. Den delen får vi inte glömma, Dag.

Självklart kommer vi löpande att utvärdera ersättningsmodellen Vårdval Stockholm. Det har vi diskuterat och sagt så många gånger att jag tror att alla känner till det i dag. Självklart kommer vi att följa upp, för vi vet ju naturligtvis inte med 102-procentig säkerhet att vi redan från första början har nått fram till den absolut optimala modellen. Om det skulle visa sig att det fortfarande – trots det enorma intresset från vårdgivare att vara med och bidra – finns områden framöver där det inte fungerar riktigt tillfredsställande kommer vi självklart att se till att vår egen produktion också är med och erbjuder god hälso- och sjukvård.

Anförande nr 86

Landstingsrådet Wigg (mp): Jag är en av dem som snabbt brukar bli påpassad när min talartid är ute. Jag undrar hur det är med sådant här i dag. Vid det första tillfället var ordförande inte riktigt vaksam. Nu tycker jag att det sätts mer och mer i system att man från alliansen överträder talartiden. Jag vill därför be ordföranden att lite noggrannare se till att det råder jämlikhet i det avseendet i fullmäktigedebatten.

Förste vice ordföranden: Jag har ingen annan uppfattning. Jag försöker att diskret med en knackning påpeka när tiden har gått ut. När det har gått en liten stund till gör jag ytterligare några knackningar. Den tredje gången börjar jag bli rätt irriterad, men jag har föresatt mig i dag att inte vara alltför elak mot församlingen.

Jag vill säga till er alla att det är bra att ni respekterar talartiden och gör snabba avrundningar när er talartid är ute.

Anförande nr 87

Inger Ros (s): Ordförande, fullmäktige! Filippa, det är väl bra att man har ambitioner att jobba med utvärdering och följa utvecklingen av väsentliga frågor. Men det som känns bekymmersamt är att man så snabbt genomför en så stor förändring och pratar om kommande utvärderingar. Inför förändringen gjorde man inga som helst konsekvensanalyser.

Om man har ett befolkningsansvar, och det har faktiskt vi som sjukvårdspolitiker, måste man också ägna sig åt konsekvensanalyser. Att abrupt, över bara några dagar, så kapitalt ändra förutsättningarna också för de områden där behoven är som störst är väldigt besvärligt: Det görs utan några som helst övergångsregler och utan konsekvensanalyser. Jag kan räkna upp ett antal områden där bekymren nu är väldigt stora: Jordbro, Botkyrka, Södertälje och ytterligare ett antal områden.

Jag skulle vilja ta ett konkret exempel. Vet du vad som nu håller på att ske ute i vården? Jag fick häromdagen reda på att man i norra Botkyrka, där behoven är som störst och man kanske inte är så benägen att söka sig från sin kommundel för att få vård, nu håller på att bryta upp alla typer av samverkan. Botakuten, som har fungerat alldeles utmärkt, är på väg att läggas ned. Mellan 20 och 30 tjänster är på väg att försvinna. Detta gör man bara över en natt.

Antingen tycker man alltså att dessa 20–30 personer inte har gjort ett bra jobb och har behövts, eller också gör man detta av någon annan anledning. Jag tycker också att det är viktigt, Filippa, att komma ihåg att i det område som jag tar som exempel, norra Botkyrka, fanns det inga förslag om nya aktörer. Nu är jag faktiskt orolig för hur befolkningen, som har stora behov, ska få en bra sjukvård efter den 1 januari 2008. Då hjälper det inte att det kommer en utvärdering från Forum om ett år. Det här skulle vi – eller rättare sagt ni – ha tagit reda på innan beslutet fattade.

Anförande nr 88

Maj-Len Eklund (v): Ordförande, fullmäktige! Jag håller med om det som Inger Ros precis sade. Har man över huvud taget gjort någon form av konsekvensanalys eller funderat på vad det kommer att få för konsekvenser när man går in i Vårdval Stockholm och tar bort områdesansvaret och säger att det är medborgarnas val.

Man kan läsa i det skriftliga svaret att man lämnar ett system som gjorde det mer lönsamt för vårdgivaren att få så många personer som möjligt listade än att ta emot patienter för besök. Vad är det som händer just nu? Det är ett listningskrig i primärvården som man väl aldrig har sett maken till tidigare. Vårdcentraler lägger ned resurser på att fundera över hur man ska få tillräckligt många listade när områdesansvaret försvinner. Man kan inte ge den vård man vill ge.

Områdesansvar innebär att man har ansvaret för det område där vårdcentralen finns och inte enbart för de personer som råkar vara listade där. Man har ju redan tidigare haft möjlighet att lista sig på vårdcentralen. Det är inget nytt att man får lista sig.

Jag tror inte att friska personer lägger ned så mycket krut på att fundera över vilken doktor man ska lista sig hos, om man ska lista sig på en vårdcentral som ligger nära eller om man ska lista sig inne i stan och så vidare. Man kommer inte att lista sig, vilket får konsekvenser för vårdcentralerna som ska bedriva vården.

Jag jobbar själv på en vårdcentral, och jag vet vilka konsekvenser det får för oss, som ska försöka få personer att lista sig hos oss för att vi ska kunna bedriva den vård vi har bedrivit tidigare. I det nya systemet blir det väldigt svårt, och vi får fundera mycket över hur vi får folk att lista sig hos oss. Man listar sig kanske när man blir sjuk. Då börjar

man fundera över vilken doktor man ska gå till och av vem man kan få hjälp för sin åkomma.

I svaret hittar jag inget om de socioekonomiska konsekvenserna. Ställer man frågan får man till svar att det som kommer att hända är att man får tolkersättning! Nu är det ju faktiskt inte bara utlandsfödda som har det socioekonomiskt väldigt tungt.

Anförande nr 89

Landstingsrådet Larsson (s): Ordförande! Jag har ställt ett antal frågor i interpellationen. Antingen får jag inga svar alls, eller så får jag svar som bara väcker mer frågor och mer oro. En av de första frågorna handlar om huruvida behoven ska styra vilken vård som medborgarna erbjuds. Jag får svar som egentligen handlar om att man kan välja bort den lokala vård som erbjuds, alternativt att man får lite extrapengar för äldre och för tolkar.

Alla som vet något om folkhälsoläget i den här regionen vet att detta är störtlöjligt! Den kompensationen är totalt otillräckligt om man vill göra något åt de djupa folkhälso-klyftor som finns i vår region.

Den andra frågan som är central är om det finns politiskt ansvar för vårdutbudet i vår region, så att medborgarna ska erbjudas en likvärdig vård. Där får jag också svaret att man kan välja bort vård som erbjuds lokalt, alternativt att det så småningom kommer en utvärdering. Detta är djupt chockerande, inte minst med tanke på vad vi faktiskt vet. Centrum för folkhälsa och andra tittar på hur det ser ut i olika delar av vår region. Vi kan se att vissa samhällsklasser och samhällsgrupper har mycket sämre folkhälsa. Skillnaden i medellivslängd är upp till fem år mellan de områden som är rika och välbärgade och de områden där folkhälsan är dålig.

Vad ni gör är att ni säger att man kan välja bort. Ni skryter om de många som vill etablera sig och komma in på marknaden. Sanningen är att de flesta som vill komma in på marknaden vill erbjuda vård där de friskaste medborgarna i regionen bor. Intresset för att etablera sig bland de sjuka och svaga där folkhälsan är dålig är skralt. Det är sanningen.

Det tragiska med det hela är att ni skadar en i grunden god idé. Självklart behöver medborgarna stärkas gentemot vårdbyråkratin. Självklart är det en god idé att medborgaren kan välja sin läkare eller husläkare. Det går att konstruera system som understödjer detta utan att man riskerar ökade klassklyftor i sjukvården. Ni skadar en god idé, och ni ökar orättvisorna.

§ 245 Frågestund

Fråga 1

Anförande nr 90

Inger Ros (s): Ordförande, fullmäktige! Den här frågan hänger också ihop med Vårdval Stockholm. Det finns ett unikt samarbete ute i olika kommuner, där viktiga aktörer är barnavårdscentraler och mödravårdscentraler och ibland andra, nämligen våra familjecentraler. Det uppstår ett problem när Vårdval Stockholm införs. Tidigare har det funnits pengar för detta samarbete, men i det nya systemet bakas ersättningarna ihop i en klump och områdesansvaret försvinner.

Det är väldigt oklart vad som ska hända med familjecentralerna. När vi vid olika möten frågar tjänstemännen vet de inte hur de ska hantera frågan. Den finns inte med i Vårdval Stockholm. Från politiskt håll är det tystnad eller lite hummande om att detta måste vi lösa. Min fråga till dig, Filippa Reinfeldt, är: Kommer länets familjecentraler att finnas kvar även efter den 1 januari 2008?

Anförande nr 91

Landstingsrådet Reinfeldt (m): Herr ordförande! Tack, Inger Ros, för frågan. Ja, det finns inget som säger att familjecentralerna inte skulle vara kvar. Tvärtom finns det just med skrivningar i de nya instruktionerna för BVC och MVC om att man ska samarbeta med kommunerna när det gäller barnens behov. Det handlar liksom tidigare om förskola, socialtjänst, BUP och öppen förskola. Det finns naturligtvis ett stort intresse från vårdgivarna att vara med.

Det här är ett koncept där det många gånger är kommunen som har framfört önskemål om att få samverka med landstinget. Det behöver inte heta familjecentraler över allt, men vi vet ungefär vilket innehåll det gäller. Men naturligtvis kan det vara lite olika i olika delar av länet när det gäller vad familjecentralerna innehåller. Där, precis som i all annan hälso- och sjukvård och omsorgsverksamhet, handlar det om att utgå från enskilda människors behov.

En av grunderna i Vårdval Stockholm är att i är övertygade om att vårdgivare är bättre än politiker på att se de individuella vårdbehoven. De är också bättre på att finna de lösningar – i samverkan med andra vårdgivare eller med kommunerna – som kan möta behoven. Så är det naturligtvis också när Vårdval Stockholm har införts.

Låt mig komplettera med att säga att i Vårdval Stockholm får både BVC och MVC mycket mer pengar än tidigare. Möjligheterna att samverka med kommunerna när det gäller barn upp till ett år, vars familjer ofta vänder sig till familjecentralerna, blir mycket bättre med Vårdval Stockholm jämfört med hur det har sett ut tidigare.

Anförande nr 92

Inger Ros (s): Ordförande, fullmäktige och Filippa! Jag blir alldeles häpen över svaret.

Självklart är vårdgivarna i samverkan bättre på att avgöra vissa saker, men om inte politiken styr och talar om vad det är vi vill få för att medborgarnas enskilda behov ska tillgodoses blir det bekymmer. Jag blir verkligen förvånad över ditt svar. Du har faktiskt inte kunskap om vad som händer ute i verksamheterna nu.

Tre familjecentraler i norra Botkyrka är på väg att läggas ned därför att det inte finns några ekonomiska resurser. Det är ingen som verkar ha kunskap om att de är på väg att försvinna. Det verkar lite konstigt mot bakgrund av det du säger i ditt svar om att familjecentralerna ska finnas kvar. Då måste ju faktiskt politiken och styrningen ha ett ansvar och peka med hela handen om att vi tycker att familjecentraler är viktiga.

Om du vill kalla familjecentralerna för något annat är väl en sak, men de finns etablerade på många ställen. Nu är tre stycken på väg att försvinna.

Anförande nr 93

Landstingsrådet Reinfeldt (m): Det här är en av de grundläggande skillnaderna mellan Socialdemokraterna och oss i alliansen. Inger säger att om inte politiken styr och talar om så blir det inte bra. Det är precis så vi tycker att det *inte* ska fungera. Det är bland annat därför vi genomför Vårdval Stockholm. Vi vill att det ska vara patienter

och enskilda människors behov som ska vara avgörande för vilken typ av vård och omsorg som finns. Det ska vara behoven som styr, inte politiker.

Jag sade just att vi tillför mer resurser till BVC och MVC i och med Vårdval Stockholm för att öka möjligheten till omhändertagande och bra förebyggande arbete, inte minst för de minsta barnen upp till ett år. Självklart är det, precis som i dag, så att vårdgrannar samarbetar med varandra. Det är också självklart att vårdgivare som ser behovet vill samarbeta med kommuner. Våldigt mycket av omsorgsverksamheterna för våra minsta barn i regionen handlar om att man fångar upp dem i förskolan. Vårdgivare vill naturligtvis arbeta med de barnen så tidigt som möjligt.

På din enkla fråga, Inger, är svaret: Ja, det finns inget som säger att familjecentralerna inte skulle finnas kvar.

Anförande nr 94

Inger Ros (s): Ordförande, fullmäktige! Vi finns här i fullmäktige för att vi är politiker och har politisk ambition och en vilja. Du, Filippa, står själv och pratar om familjecentralernas fördelar. Jag hoppas bara att alla de ettåringar som nu finns i norra Botkyrka skriker tillräckligt högt, så att verksamheten faktiskt är kvar.

Du säger att det är patienten som ska välja. Vad har den ettåring för valmöjlighet som faktiskt behöver stödet från familjecentralen? Man rycker undan fötterna och de ekonomiska resurserna för familjecentralerna. Det går inte bara att säga att Vårdval Stockholm ska lösa allt detta och att det är allena saliggörande för all verksamhet i framtiden.

Jag tycker också att det är oerhört oansvarigt att göra på det här sättet i en verksamhet där man som landsting har samverkansprojekt med kommunerna som faktiskt är till för dem som har problem och behöver stöd. Kommunerna är inte ens involverade i diskussionen. Personalen vet ingenting, än mindre medborgarna. Ditt svar är: Vårdval Stockholm löser detta, och man behöver inga ekonomiska resurser mer än politisk ambition och vilja.

Anförande nr 95

Landstingsrådet Reinfeldt (m): Jag vet inte riktigt vem det är Inger menar som rycker undan fötterna och drar undan resurserna. Jag har i tvänlägg försökt tala om att vi tillför mer resurser. Vi tillför mer resurser, och i den uppdragsbeskrivning för MVC och BVC som nyss antogs finns det med att man ska samverka med kommunerna när det gäller barnens behov. Det är ingen skillnad mot hur det har varit tidigare.

Ofta sker detta just på kommunernas initiativ. Vi tillför resurser. Jag är övertygad om att kommunerna och deras olika omsorgsverksamheter tillsammans med vårdgivarna är oerhört mycket bättre på att fånga upp människors behov, oavsett var i regionen de bor, än vad politiker i talarstolarna i fullmäktige är.

Fråga 2

Anförande nr 96

Kerstin Pettersson (v): Herr ordförande! I Beredningen för äldre och multisjuka har det framkommit att två äldrevårdcentraler ska läggas ned, nämligen de i Hökarängen och Solna. Trots att de har bidragit till ett förbättrat omhändertagande av äldre människor i behov av vård och omsorg föreslår man att deras avtal inte ska förlängas. Därför vill jag fråga dig, Pia Lidwall: Anser du att äldrevårdcentraler ska ingå i Stockholms läns landstings sjukvårdsutbud?

Anförande nr 97

Pia Lidwall (kd): Ordförande, Kerstin Pettersson och övriga ledamöter! Möjligen kommer jag att överraska dig, men jag svarar: Nej, jag anser inte att äldrevårdcentraler ska ingå i Stockholms läns landstings sjukvårdsutbud.

Varför tycker jag då det? Svaret är väldigt enkelt. Under den tidigare majoritetens styre fanns ett behov av speciella äldrevårdcentraler. Det gick inte en dag utan att vi alla funderade över hur de äldre skulle få komma till i det vanliga vårdcentralsutbudet. Tillgängligheten var under all kritik. Nu har vi säkerställt det här genom att låta varje primärvårdsenhet och vårdcentral bli en liten miniatyräldrevårdcentral.

Aldrig tidigare har uppdraget varit så tydligt som det blir nu. Nu kan man till och med lista sig hos en geriatiker, vilket man inte kan någon annanstans. Vi har infört och erbjuder hälsosamtal för alla över 75. Det är helt nytt. Det blir obligatoriska läkemedelsgenomgångar, som ska ske en gång varje år. Det är också helt nytt. Vi har ökat resurserna till hembesöksuppdraget. Allt detta finns inskrivet i de nya avtal som ska slutas med dem som auktoriserar sig.

Aldrig tidigare har så stora förändringar i syfte att trygga äldrevården gjorts på så kort tid som just nu.

Det är sant att det har funnits tre äldrevårdcentraler i Stockholms län: Hökarängen, Solna och Hässelgården i Hässelby. Med den nya konstruktionen kommer vi att tillse att det blir samma vård till alla i länet. Jag kan beklaga att en del inte får behålla sin läkare, men det ska vi arbeta med framöver.

Anförande nr 98

Kerstin Pettersson (v): Jag är inte förvånad över svaret, Pia Lidwall, eftersom jag inte har kunnat hitta något om äldrevårdcentraler i de budgethandlingar som har kommit. Men jag tycker att det är sorgligt att man lägger ned äldrevårdcentraler som fungerar. Det är ganska komplext med äldres vård och omsorg, och det tror jag att du också är medveten om.

Precis som jag värnar du mycket om de äldre. Jag tycker att det är sorgligt att Kristdemokraterna backar i den här frågan. Jag tycker att man inte riktigt värnar om de äldre här.

Jag har också läst att antalet äldre ökar drastiskt. I Södertälje har man 300 personer fler än befolkningsprognosen visade. Fler och fler blir allt äldre och kommer att kräva mer vård och omsorg, trots att de lever längre. Jag tror inte att tillgängligheten för de äldre blir bättre på de vårdcentraler som nu ska auktoriseras. Tyvärr, Pia Lidwall: Jag tror inte på detta.

Anförande nr 99

Pia Lidwall (kd): Namnet säger ju inte så mycket om innehållet i verksamheten. För oss har det varit viktigt att funktionen ska tryggas. Funktionen att erbjuda vård till äldre kommer att ges till alla vårdcentraler i hela länet och inte bara till tre enskilda områden. Det är oerhört väsentligt.

Jag håller med dig om att demografin framöver ser ut att innebära att vi verkligen kommer att behöva utveckla vår sjukvård. Annars kommer vi aldrig att klara av detta. Den tekniska utvecklingen går fort och läkemedelskostnaderna stiger hela tiden. Därför är det väsentligt att vi redan i dag ställer om sjukvården, så att vi kan ge vård till dem som faktiskt har behov.

Vårt engagemang för att ge en bra äldresjukvård är det absolut inget fel på. Just därför utökar vi detta uppdrag till att gälla inte bara tre områden utan alla de 175 eller ännu fler vårdcentraler som finns eller kommer att finnas i länet. Alla äldre patienter ska få en lika god vård som man får i Solna.

Anförande nr 100

Kerstin Pettersson (v): Vi har tidigare hört att det som inte fungerar bra och är landstingsdrivet ska man lägga ned. Det här visar också att man lägger ned det som fungerar bra och är landstingsdrivet. Kd var ändå för äldrevårdcentraler tidigare. Jag undrar vart ni nu har tagit vägen.

Anförande nr 101

Pia Lidwall (kd): Vi har tagit hänsyn till de goda erfarenheter som finns i både Hökarängen och Solna. Det kommer en rapport från Äldrevårdscentrum om just Solna äldrevårdcentral. Alla de goda exempel som finns där har vi nu använt i vårt arbete med Vårdval Stockholm. Just därför utökar vi uppdraget och ser till att hembesöken blir fler och att läkemedelsgenomgångarna genomförs på ett annat sätt än tidigare. Vi jobbar också med förebyggande hälsovård genom hälsosamtal.

Jag ser ingen anledning till oro för den som är gammal i vårt län i dag. Det här kommer tvärtom att innebära mycket bättre tillgänglighet och bättre vård framöver.

Vi ska lösa de enskilda projekt som handlar om Hökarängen och Solna. Där är vi inte riktigt framme i dag. Men det finns ingen anledning till oro. Snarare vill jag framhålla att det som tidigare tre områden har fått kommer nu alla 175 att få genom det nya Vårdval Stockholm. Jag är stolt över att få tala i den här frågan i dag.

Fråga 3

Anförande nr 102

Helena Ekekihl (mp): Ordförande, ledamöter! Landstinget beslutar hur många operationer varje sjukhus får ersättning för under ett år. Utför sjukhuset fler operationer minskar ersättningen drastiskt. Norrtälje sjukhus drar därför ned på de planerade operationerna under hösten och vintern genom att stänga två operationssalar av fyra. På Norrtälje sjukhus finns inte så långa köer som på andra sjukhus. Man har möjlighet att utföra fler operationer och få ersättning om man hittar personer som omfattas av vårdgarantin.

Min fråga till Filipa Reinfeldt är här: Finns det något samarbete mellan sjukhusen, så att man informerar och hänvisar patienter som är i behov av operation vidare till Norrtälje sjukhus?

Anförande nr 103

Landstingsrådet Reinfeldt (m): Herr ordförande! Tack, Helena Ekekihl, för frågan. Du är inne på att hälso- och sjukvårdsnämnden beställer vård för patienter. Utgångspunkten är naturligtvis behov, pris, kvalitet och också tillgänglighet. Ortopediska operationer, ofta knä- och höftledsplastik, är ofta ett område där vi har problem att leva upp till vårdgarantin. Det är ingen nyhet. Så har det sett ut i många år. Men det finns naturligtvis många andra områden som också till och från är aktuella. Men inom ortopedin är det nästan alltid köer.

Det är köer nu också, vilket naturligtvis inte är acceptabelt. Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning har också gjort extrabeställningar på dessa områden för att förbättra situationen för patienterna.

I Stockholm har vi, till skillnad från många landsting ute i landet, den stora förmånen att ha många olika vårdproducenter som kan utföra extra operationer. Vid extrabeställningar tar man hänsyn till de faktorer jag nyss läste upp, det vill säga kvalitet, pris och tillgänglighet. Man gör en avvägning mellan de olika delarna för att avgöra var extrabeställningarna ska läggas någonstans. Ibland blir det hos någon vårdgivare centralt i Stockholm. Ibland blir det i något ytterområde, i närförorten. Det finns många olika aktörer som bedriver ortopedi i Stockholmsregionen. Ibland kan det naturligtvis vara i Norrtälje.

Eftersom man gör en sammanvägning där också tillgängligheten tas med är det inte alltid så mycket som talar för att Norrtälje ska komma ifråga. Många stockholmare, inte minst de som bor i södra delen av länet, upplever nämligen att Norrtälje sjukhus ligger en bit ifrån.

Anförande nr 104

Helena Ekekihl (mp): Jag tänkte närmast på att man kunde avlasta de stora sjukhusen i den norra delen av länet, särskilt när det gäller vårdgarantipatienter.

Jag läste i en tidning som jag fick i tunnelbanan i dag, City Stockholm, att vi i Stockholms län är näst sämst i hela Sverige när det gäller ortopedisk sjukvård. Då är det väldigt tråkigt att det finns resurser, platser och personal i Norrtälje som man inte använder. Det är ju ett av våra egna landstingssjukhus. Det är nya fina avdelningar. Jag förstår inte varför man inte använder det. Varför ska man nu stänga två avdelningar av fyra?

Anförande nr 105

Landstingsrådet Reinfeldt (m): När förvaltningen beställer extra operationer utgår vi från faktorer där kvalitet, pris och tillgänglighet finns med. Det blir en avvägning, och det finns många olika vårdgivare att välja på. Det finns de som har kortare väntetider och några som har längre. Det är oftast aktuellt att göra extrabeställningarna där det inte finns väntetider eller där väntetiderna är korta. Men man ser också till att det blir ett så bra pris som möjligt, kopplat till kvaliteten. På så sätt får vi så mycket hälso- och sjukvård som möjligt för våra gemensamma skattepengar.

Jag ska börja – jag får fortsätta i mitt nästa inlägg – att berätta att vi under nästa år planerar att införa en vårdvalsmodell för knä- och höftledsoperationer och operationer av cataracta, även om det inte hör till det vi diskuterar just nu. Syftet med vårdvalsmodellen är att patientens eget önskemål ska få större betydelse för var hans eller hennes operation ska utföras någonstans. Kanske kan då Norrtälje vara mest intressant.

Anförande nr 106

Helena Ekekihl (mp): Det är alltid viktigt att man har patienten i centrum. Jag tror inte att privata lösningar alltid är billigare än Norrtälje sjukhus, om det nu är pengar man ser till. Apropå tillgängligheten: Det är inte svårt att komma till Norrtälje sjukhus. Detta bör man tänka på om man sätter patienten i centrum, som vi har hört så mycket om. Man ska också se till konsekvenserna. Vad händer när så många ändå får vänta på att få höftkula eller någon annan operation?

Jag undrar lite. Var svaret på min fråga om samarbetet mellan sjukhusen egentligen ja eller nej?

Anförande nr 107

Landstingsrådet Reinfeldt (m): I grunden finns det nog inte någon förtroendevald på hälso- och sjukvårdssidan eller i fullmäktige som tycker att det är bra att patienter får vänta i vårdköer. Det är därför vi jobbar med att göra extrabeställningar.

Vi måste naturligtvis utgå från principen bästa kvalitet till bästa pris. Det är på så sätt vi får så mycket god hälso- och sjukvård som möjligt för våra resurser. Det kan naturligtvis se olika ut över tid beroende på vad vårdgivarna har att erbjuda. Just inom de här områdena finns det många olika vårdgivare att välja mellan. Självklart jobbar vår förvaltning både gentemot våra egna sjukhus – där ingår Norrtälje sjukhus – och mot entreprenörsdrivna vårdgivare som också erbjuder motsvarande operationer och behandlingar för att korta väntetiderna så mycket som möjligt.

Låt mig också säga att modellen, alltså vårdvalsmodell för knä- och höftoperationer, inte handlar om pengar. Det handlar inte om att spara pengar utan om att patienter ska få ett större inflytande. Vill man komma till Norrtälje ska man kunna välja Norrtälje.

Fråga 4

Anförande nr 108

Landstingsrådet Nylund Watz (s): Min fråga är föranledd dels av ett allmänt funderrande kring Vårdval Stockholm, dels av att vi i pressen i förra veckan kunde läsa om en person som hade förlorat jobbet efter att ha varit i kontakt med en journalist. Det var en person som arbetade i landstingsfinansierad verksamhet.

Kopplingen till Vårdval Stockholm är uppenbar. Här genomförs en mycket stor reform som avser att föra över skattefinansierad verksamhet i privat regi. Då är min fråga till Chris Heister: Är du beredd att medverka till att meddelarfriheten garanteras för den personal som får annan arbetsgivare i och med privatiseringar eller avknoppningar?

Anförande nr 109

Landstingsrådet Heister (m): Herr ordförande! Precis som Ingela Nylund Watz tycker jag att det här är en väldigt viktig fråga. Frågan handlar om att personal, oavsett om man är offentliganställd eller anställd av en fristående vårdgivare, ska ha möjlighet att påtala problem och fel i vården. Vi har en särskild lag, lex Maria, som ger personal en skyldighet att anmäla om man ser att något inte går rätt till. Det här är en viktig kvalitetsfråga. Vi måste också skapa utrymme så att personal känner förtroende och trygghet i att kunna göra detta. Där delar jag Ingela Nylund Watz uppfattning helt.

Meddelarfriheten är en grundlagsfråga som vi inte kan påverka här i salen. Däremot kan vi ställa krav som gör att vi kan leva upp till det som meddelarfriheten innebär enligt grundlagen. Det gör vi också i de avtal som vi redan har i dag. Enligt de allmänna villkoren ska de som vi samarbetar med leva upp till innehållet i meddelarfriheten. Min utgångspunkt är att det även fortsättningsvis ska gälla, så att den som tycker att något inte står rätt till också ska kunna tala om det och anmäla det. Det är en kvalitetsfråga.

Anförande nr 110

Landstingsrådet Nylund Watz (s): Ordförande, fullmäktige! Jag betvivlar inte finanslandstingsrådets genuina intresse av att bevaka frågan. Dessvärre är vi inte riktigt på samma planhalva när det gäller tron på att vi genom avtal ska kunna reglera detta.

De avtalsvillkor vi kan ställa kan ju aldrig med nödvändighet få samma verkan hos en privat arbetsgivare som de genom lagstiftningen per automatik får i vår egen verksamhet.

Jag skulle gärna se att du och jag gemensamt, för det här är ett stort problem, särskilt när man nu är på väg att genomföra en omfattande privatisering, uppmärksammade statsmakterna på att det finns ett problem. Anders R. Olsson, som är författare och expert på offentlighetsprincipen, har nyligen pekat på detta problem när verksamheter övergår från offentlig, transparent och genomskinlig verksamhet till att bli en del i en relation mellan en privat arbetsgivare och en anställd.

Anförande nr 111

Landstingsrådet Heister (m): Som jag sade inledningsvis är detta en grundlagsfråga. Det är en fråga som ska hanteras av statsmakterna och som Sveriges riksdag ska fatta beslut om.

Det finns en grundlagsutredning som arbetar just nu. Ingela Nylund Watz har ju haft vissa möjligheter att till sitt partis ledamöter i den utredningen, precis som jag till mitt partis ledamöter, föra fram och diskutera de här frågorna. Jag förutsätter att du gör det med din utgångspunkt.

Det är inte alltid så att det som står i lagen är det som blir verklighet. För några år sedan, då jag var verksam i riksdagens socialutskott, såg jag att man kunde visa på att offentligt anställd personal kände rädsla för att tala om hur det var på deras arbetsplats. Det kanske inte i första hand spelar roll var man är anställd eller vad det står på sjukhusrocken. Det är den miljö och det arbetsklimat som råder på arbetsplatsen som avgör om man har en öppen attityd när det gäller att tala om ifall något inte är rätt.

Jag tänker genom de avtal vi har bidra till att se till att det klimat som råder är öppet, oavsett om det är inom landstinget eller hos fristående vårdgivare.

Anförande nr 112

Landstingsrådet Nylund Watz (s): Det är bra att du är angelägen om att driva detta gentemot de privata vårdgivarna. Jag är mer ledsen över att du inte är beredd att tillsammans med mig driva den här frågan så att vi kan få till stånd en bättre diskussion och ett vettigt beslut i Sveriges riksdag.

Vår verkan via avtalsskrivningen, även om vi i landstingsfullmäktige har nog så goda ambitioner, sträcker sig inte särskilt långt. Till syvende och sist blir det en fråga om relationen mellan en enskild anställd hos en privat vårdgivare och vårdgivaren på ett helt annat sätt än för offentligt driven verksamhet, där alla har ett garanterat skydd. Det är trist och tråkigt att du, som ändå är huvudansvarig för den största privatiseringsreformen i svensk politik, inte kan se detta problem och tillsammans med mig göra något åt det för att garantera alla som arbetar med offentliga skattemedel samma rättighet och trygghet att få uppmärksamma brister och missförhållanden i framför allt hälso- och sjukvården.

Anförande nr 113

Landstingsrådet Heister (m): Nu lyssnade Ingela Nylund Watz inte riktigt på vad jag sade. Jag sade att den här frågan är viktig oavsett om man är anställd av en offentlig eller en privat vårdgivare. Vi vet av erfarenhet att det ofta är arbetsklimatet som avgör om man vågar anmäla det som inte är bra.

Min utgångspunkt är att vi ska ha ett arbetsklimat i landstingsdrivna verksamheter och i privat drivna verksamheter som gör att man talar om ifall något inte står rätt till. Vi har lex Maria. Detta är en kvalitetsfråga.

Jag tror att i stället för att vi försöker få till stånd en förändring av grundlagen gör du och jag mycket bättre nytta om vi i uppföljningen och kontrollen av egen och fristående verksamhet ser till att detta är en punkt som vi ska titta på för att åstadkomma kvalitetsförbättring i vården. Där är personalen nyckelgruppen för att åstadkomma detta. Lex Maria måste bli skarp. Vi måste ställa frågor, följa upp och stimulera till ett gott arbetsklimat, oavsett om det gäller offentlig eller privat driven verksamhet.

Fråga 5

Anförande nr 114

Pia Ortiz-Venegas (v): Ordförande, fullmäktige! Jag har förstätt att det finns privata intressenter som vill köpa och driva Södertälje sjukhus i privat regi. Det har förekommit en hel del oro och rykten lokalt om det, bland annat skriverier i tidningarna. Det har varit lite svårt att få fram information. Men nu har dessa rykten faktiskt bekräftats.

Jag och säkert många med mig minns att man från borgerligt håll före valet gick ut med beskedet att akutsjukhusen inte skulle säljas ut. Men jag var uppmärksam nog att lägga märke till att Chris Heister för en stund sedan fick just en sådan fråga som hon undvek att svara på.

Därför vill jag nu en gång för alla få svar på hur man planerar att följa upp vallöftet om att inte sälja ut akutsjukhusen. Jag vill fråga det moderata finanslandstingsrådet Chris Heister: Kommer Södertälje sjukhus att säljas ut till en privat entreprenör?

Anförande nr 115

Landstingsrådet Heister (m): Herr ordförande! Nej, vi kommer inte att sälja Södertälje sjukhus till en privat entreprenör. Går man tillbaka några år kan man se att det har varit stor oro kring både Södertälje sjukhus och Norrtälje sjukhus, om de skulle få vara kvar som akutsjukhus. Det har funnits planer på att göra om de två sjukhusen till närsjukhus, och det var bland annat med hjälp av ert parti som vi kunde se till att Norrtälje sjukhus och Södertälje sjukhus kunde fortsätta verka som akutsjukhus.

Jag tror att det vore väldigt bra om man skapade goda förutsättningar för Södertälje sjukhus att utvecklas. Det är ett stort länsdelssjukhus som har ett stort område runt sig med många som bor där. För mig handlar det om: Kan vi skapa goda förutsättningar för att utveckla Södertälje sjukhus ytterligare?

Skulle det då – som jag sade i debatten med Johan Sjölander – komma någon fristående vårdgivare, någon entreprenör, någon alternativ vårdgivare som kunde visa på att man skulle kunna driva delar av verksamheten på ett mycket bättre sätt än vad vi kan göra, för att garantera att Södertälje sjukhus kan bli ett av våra bästa sjukhus i Sverige och kanske det bästa länsdelssjukhuset i Sverige, då tycker jag att vi ska pröva det öppet och se om det är en framkomlig väg eller inte.

Men svaret på din fråga är nej.

Anförande nr 116

Pia Ortiz-Venegas (v): Jag har lite svårt att tolka ditt svar, måste jag säga. Jag tar det snarare som ett nja än som ett nej. Du vill alltså inte säga att man kommer att sälja ut Södertälje sjukhus. Men samtidigt säger du att du är helt öppen för privata alternativ.

Det finns just nu rykten som säger att det finns tre intressenter som har sagt sig vara intresserade av Södertälje sjukhus och hela Sjukvården Salem–Nykvarn–Södertälje. Det finns stor oro kring detta, och alla ser det kanske inte alltid som en naturlig utveckling att övergå till privat regi.

Det går bland annat att läsa vad den ena av dessa vårdgivare har skrivit i en debattartikel i *Läkartidningen* för en tid sedan. Man fick frågan hur så stora effektiviseringar kan vara möjliga i verksamheten, som då gällde läkarstationer eller läkarcentraler. Då svarade man: Lönerna kan förhandlas och även sänkas, och administrationen kan skötas på så kallad fritid.

Då undrar jag lite grann vad du menar med kvalitet och utveckling.

Anförande nr 117

Landstingsrådet Heister (m): Pia Ortiz-Venegas! Jag har svarat på din fråga, så i den meningen borde det inte råda någon oklarhet. Men om man tittar bakåt kan man se att för vänstermajoriteten – vid sidan av Vänsterpartiet, som ändå bidrog till att vi fick behålla Södertälje sjukhus som ett akutsjukhus – har alternativet, när det har funnits problem, varit att avveckla sjukhus.

Men det är inte min politik, utan vår politik i alliansen är att utveckla verksamheten och skapa förutsättningar för en sjukvård av världsklass. Jag ser att också Södertälje sjukhus, som ett stort länsdelssjukhus, har en plats i det arbetet.

Jag har sagt att jag välkomnar alla som vill vara med och utveckla vården i Stockholms län. Sedan ska vi mycket noga värdera det, för utgångspunkten för mig – precis som jag sade i interpellationsdebatten med Johan Sjölander – är inte vem som driver vården utan vad som drivs. Vi har också goda erfarenheter från annat håll, från Danderyds sjukhus, där vi samarbetar inom sjukhuset med fristående vårdgivare.

Anförande nr 118

Pia Ortiz-Venegas (v): Vi pratar tydligen fortfarande förbi varandra lite grann. När jag frågar dig om Södertälje sjukhus kommer att säljas ut till en privat entreprenör säger du: Nej, men de kan gärna driva sjukhuset åt oss. Så förstår i alla fall jag ditt svar. Det har jag lite svårt att tolka som ett konkret nej, utan det tolkar jag snarare som ett nja.

Sedan kan jag nämna något som är lite ironiskt beträffande den artikel i *Läkartidningen* som jag nämnde. Den vårdgivare som skrev debattartikeln hade dessutom valt att sätta rubriken på artikeln: Försök inte göra oss till skumma kapitalister! Det tyckte jag var kul.

Fråga 6

Anförande nr 119

K a i j a O l a u s s o n (mp): Ordförande, ledamöter! Många kommuner har omvandlat särskilda boendeformer till enskilt boende. Då undrar jag: Kommer resurser att finnas avsatta i budget för 2008 för de merkostnader som landstinget får för hjälpmedel, rehabiliteringsinsatser med mera?

Anförande nr 120

L a n d q u i s t (m): Ordförande, fullmäktige! Mitt svar på frågan är direkt ja. Det har skett en rätt stor omvandling under den senaste perioden, inte minst i Stockholms stad. Den har nu bromsats upp och kanske helt stannat upp. Det gick för fort. Landstinget hängde inte med. Vi gör överdrag i budgeten för hjälpmedel i år, och vi gjorde det förra året.

I den budget som tjänstemännen har tagit fram för hantering i hälso- och sjukvårdsnämnden på torsdag finns det ett tillskott på 40 miljoner kronor för hjälpmedel, för att ta ett exempel. Vi har uppmärksammat frågan. Vi har löpande kontakter med KSL.

Avslutningsvis vill jag säga att svaret på frågan är ja.

Anförande nr 121

K a i j a O l a u s s o n (mp): Då tackar jag så mycket för det.

Fråga 7

Anförande nr 122

L e n a - M a j A n d i n g (mp): Med anledning av tidigare fråga tyckte jag att det kändes viktigt att efterhöra om landstinget har förhandlat om ekonomisk kompensation för dessa merkostnader. Vi vet ju att rehabilitering är ett område där det finns nästan omätliga behov. Det är viktigt att få rehabilitering för att kunna ha ett kvalitativt gott liv.

Jag vill höra om vi har förhandlat med kommunerna för att hitta någon lösning för ekonomin kring det stora övertagande av patienter.

Anförande nr 123

L a n d q u i s t (m): Ordförande, fullmäktige! Det är inte kommunen som har tagit över ansvaret, utan det är vi som har tagit tillbaka det. Vi skatteväxlade för ÄDEL-reformen för länge sedan. Frågan är alltså egentligen felställd.

Det som hände under din period i majoritet, Lena-Maj, var att ni sade upp en väldig massa sjukgymnaster som gjorde ett förträffligt arbete. Ni slängde ut alla som inte hade taxan i botten. Där har vi nu tagit fram ett nytt beslut i den beredning där jag själv är ordförande, hälso- och sjukvårdsnämnden, för att se till att vi inte får ett *drain* i frågan kring sjukgymnaster.

Jag är inte speciellt bekymrad över att vi inte skulle kunna klara rehabiliteringen i eget boende. Vi har tvärtom förstärkt den verksamheten, vilket också framgår av budgeten.

Innan man ställer frågor är det väl ganska bra om man går in och tittar på hälso- och sjukvårdsnämndens hemsida, om man inte är ledamot. Där finns dokument från förvaltningen som har svar på flera av de frågor som ni har ställt i dag. Välkommen till

läsning av hälso- och sjukvårdsnämndens budget! På torsdag kommer ni att se vad majoriteten föreslår.

Anförande nr 124

Lena - Maj Anding (mp): Privata sjukgymnaster har inte alls samma uppdrag som de sjukgymnaster som vi har i landstinget. Sjukgymnasterna i landstinget har till exempel ett uppdrag att arbeta i vårdteam i personers enskilda hem kring just rehabilitering. Det uppdraget har inte privata sjukgymnaster.

Hur ser ni på den frågan? Det ligger faktiskt i frågan att man behöver mer resurser för att ta hand om personer i hemmet, och just vårdteam, som det talas om i uppdragsbeskrivningen, kan inte privata sjukgymnaster sköta.

Anförande nr 125

Landstingsrådet Lundquist (m): Ordförande, fullmäktige! Vi har precis tagit ett beslut om rehabiliteringsinsatser kopplade till primärvården, så även där har vi beslutat om ett program, en ram för hur det ska gå till. Vi har prestationsutsatt ersättningen och mycket annat, så jag känner inte något bekymmer i den här frågan, Lena-Maj.

Anförande nr 126

Lena - Maj Anding (mp): Men jag känner mig bekymrad, för det finns ingen som helst ekonomisk kompensation beträffande de ersättningsnivåer som vi har antagit i hälso- och sjukvårdsnämnden. Det finns inget som kompenserar till exempel sjukgymnaster när det gäller likställighet i ersättning gentemot arbetsterapeuter och dietister, som ska vara med i vårdteamen. Det är bara en 2-procentig uppräkningsökning av den ekonomiska kompensationen.

Det finns ingen som helst ersättning för att man ska arbeta i vårdteam, som det är sagt i uppdragsbeskrivningen. De privata sjukgymnasterna har över huvud taget inte detta uppdrag, så jag är väldigt orolig, Lars Joakim!

Fråga 8

Anförande nr 127

Landstingsrådet Larsson (s): Ordförande! Jag skulle vilja ställa en fråga mot bakgrund av en del uppgifter som jag har tagit del av i delårsbokslutet och på andra håll. Där kan man notera att arbetet med att öka tillgängligheten och se till att vi har fungerande vårdgarantier går haltande, milt uttryckt. Telefontillgänglighetsarbetet står stilla. Arbetet med att se till att vårdgarantin – möjligheten att träffa en läkare – fungerar har till och med försämrats i början av det här året. Samtidigt vet vi att ganska många privata specialister i landstinget över huvud taget inte har inskrivet i sina avtal några krav på att de ska rapportera in vilka köer de har hos sig.

Den fråga som jag har till sjukvårdslandstingsrådet är om hon tänker vidta några åtgärder för att se till att de privata specialister som inte har väntetidsrapportering inskrivet i sina avtal får det.

Anförande nr 128

Landstingsrådet Reinfeldt (m): Herr ordförande! Tack, Dag, för frågan!

Om man ska vara tydlig. Dag, kan man säga: De offentligt drivna vårdverksamheterna är faktiskt sämre på inrapportering än de privatdrivna. Men i det här läget kanske det inte spelar så stor roll, för jag tycker att det är lika illa oavsett.

Som svar på din fråga: Ja, jag tycker att det är viktigt, och jag tror att vi delar den synen. Vi kommer att vidta åtgärder gentemot alla som inte rapporterar väntetider. Så sent som i maj tog vi ett beslut i hälso- och sjukvårdsnämnden som handlade just om kraven på rapportering och vad vi kan göra både på kort sikt och på lite längre sikt.

Att rapportera väntetider tycker jag ska vara ett absolut krav i vårdavtal och vårdöverenskommelser. Om det i dag fortfarande finns vårdavtal som inte innehåller dessa krav – så har det inte alltid sett ut, om man ser bakåt i tiden – ska de kraven införas när avtalen omförhandlas eller när vi tecknar nya vårdavtal.

Anförande nr 129

Landstingsrådet L a r s s o n (s): Det gläder mig att Filippa Reinfeldt ger det svaret. Problemet är inte nytt utan har funnits länge, och det finns även bland våra egna verksamheter. Men det blir ytterligare angeläget när vi ser att problematiken på det här området håller på att öka.

Det handlar inte bara om telefontillgängligheten och möjligheten att träffa läkare, utan det handlar om en lång rad speciella problem och speciella diagnoser där vi ser att köerna just nu ökar. Vi kan se att vi har problem inom hud, koloskopi och ortopedi, där köerna ökar. Det är den bild vi får av den statistik som vi har tillgänglig just nu.

Det vore oerhört angeläget för skattebetalarna och medborgarna att få en fullständig statistik från de verksamheter som vi driver själva men också att få in detta i avtalen, så jag hälsar ditt besked med glädje. Vi kanske kan hjälpas åt med detta.

Anförande nr 130

Landstingsrådet R e i n f e l d t (m): Jättebra – då hjälps vi åt med det!

Fråga 9

Anförande nr 131

H å k a n J ö r n e h e d (v): Ordförande! Debatten om det nya ersättningssystemet till vårdcentralerna och till mödravårdscentralerna har mycket handlat om borttagande av de socioekonomiska ersättningarna till utsatta områden. Från alliansen sägs det att de socioekonomiska ersättningarna till de fattiga områdena inte behövs, eftersom ni ökar tolkersättningen. Man kan verkligen diskutera hur det slår.

På många vårdcentraler och mödravårdscentraler har man löst språkproblemen genom att anställa flerspråkig personal. Man har exempelvis en persisktalande läkare, eller man har en turkisk barnmorska. Har man löst problemen på det sättet får man inte den tolkersättning som ni talar om.

Därför frågar jag Filippa Reinfeldt: Anser du att det är bra att sjukvårdspersonal är flerspråkig, och bör det i så fall premieras?

Anförande nr 132

Landstingsrådet R e i n f e l d t (m): Herr ordförande! Tack, Håkan, för frågan!

Jag tycker att Håkan pekar på en viktig fråga: språkskillnader. Det finns inom flera olika områden. Nu ska vi inte göra någon alltför lång utveckling, för det tror jag inte att ordföranden kommer att medge, men detta är en viktig fråga inte enbart när det gäller vårdverksamheter, utan det är en viktig fråga inte minst när det gäller omsorgsverksamheterna och kommunens verksamheter. Vi vet att väldigt många nya svenskar blir dementa på ålderns höst och kanske kommer att ha ett stort behov av att träffa omsorgs- och vårdpersonal som talar deras eget hemspråk. Därför är det en väldigt viktig fråga, tycker jag.

Man kan gå till Vårdval Stockholm, som Håkan var inne på. Ersättningsmodellen där premierar just olikheter. Det är en otroligt bra konkurrensfördel för en vårdcentral eller husläkarmottagning att anställa en spansktalande, tysktalande eller persisktalande sjuksköterska, kurator eller läkare, om det finns många medborgare som vill till den vårdcentral som har just det språket. Det är alltså en konkurrensfördel, Håkan.

När man anställer medarbetare i hälso- och sjukvården är extra språkkunskaper viktigt i den samlade bedömningen av en persons kompetens och kunskaper, för andra språk än svenska är naturligtvis en viktig konkurrensfördel för den mottagningen.

Anförande nr 133

Håkan Jörnehed (v): Nu hör vi att Filippa säger att det är en viktig konkurrensfördel och att det är en viktig fråga. Men hon svarar inte på om det bör premieras.

I det nya ersättningssystemet har du inte tyckt att det har varit så viktigt, eftersom du har tagit bort den extra ersättningen till de vårdcentraler som har mångspråkig och flerspråkig personal. Det har man just i dessa utsatta områden.

Ska jag förstå ditt svar så att du menar att detta är en viktig fråga ur konkurrenssynpunkt men att det inte ska premieras, för några extra pengar ska de inte få om de kan prata flera språk?

Anförande nr 134

Landstingsrådet Reinfeldt (m): Vi talar om samma sak, men egentligen gör vi det inte.

Jag menar att flerspråkighet naturligtvis är en konkurrensfördel för vårdcentraler och husläkarmottagningar gentemot patienter som kanske vill träffa just en persisktalande sjuksköterska. De patienter som inte vill vända sig till de mottagningarna har möjlighet att ta med sig en tolk.

Vad vi i modellen för Vårdval Stockholm ersätter – även om vi i och för sig också ersätter tolken – är den extra tid som det tar att ha med tolken för att översätta i båda riktningarna. Det är för den tiden som vi ger ersättning. Om vårdmedarbetaren – sjuksköterskan, kuratorn eller läkaren – redan pratar spanska, tyska eller persiska, då behöver man inte ge någon ersättning för extra tid, för då har patienten inte behov att ta med sig tolk.

Jag tycker att språk är en viktig faktor att ta med, och vi ger ersättning om man behöver ha med sig tolk. Om det finns personal som talar det aktuella språket behöver man inte ha med sig någon tolk.

Anförande nr 135

Håkan Jörnehed (v): En konsekvens av detta, Filippa, skulle bli att den persisktalande patienten och den persisktalande läkaren tar en tolk som översätter från persiska i tre led, för vårdcentralerna har ju svårt att klara sig – annars skulle de inte protestera. Det är därför de ifrågasätter att tolkersättningen skulle klara det hela. Det blir absurt.

Jag tror inte att ni har tänkt på den abrovinkel som jag pekar på, att man i vårt stora län, detta mångkulturella län, har löst den här frågan redan innan ni började tänka på Vårdval Stockholm med flerspråkig personal. Jag tycker att vi ska vara glada över det och ta vara på deras kunskaper och deras mångkulturella kompetens. Jag tycker att det ska premieras. Det tyckte vi tidigare i landstinget, så det verkar omodernt att inte tycka det år 2007.

Anförande nr 136

Landstingsrådet Reinfeldt (m): Tolkersättningen är just en tolkersättning och inte en ersättning för något annat. Den ska ersätta den extra tid som det tar att ha med sig en tolk som ska översätta i båda riktningarna.

Om man inte har behov av tolk utan faktiskt kan kommunicera med sin sjuksköterska, kurator eller läkare – på persiska, om det är det man vill, på tyska, om det är det man kan, eller på spanska, om det är det man har behov av – då behöver man inte heller den extra tolkersättning som handlar om just översättningen. Tolkersättningen är just för tolk.

I övrigt tror jag att just språkolikheter är en konkurrensfördel för de mottagningar som lyckas rekrytera vårdarbetare som också har ett andra eller kanske till och med ett tredje språk. Jag tror att det blir en konkurrensfördel för dem, för det kommer säkert att finnas många patienter med de språken som sitt förstaspråk som kommer att vilja lista sig just där.

*Fråga 10***Anförande nr 137**

Anders Johansson (s): Herr ordförande! Jag har en fråga till finanslandstingsrådet om skatteutjämningen. För någon vecka sedan lanserade en statlig utredare ett förslag till nytt skatteutjämningsystem som skulle dränera Stockholmsregionen på miljardtals kronor. Om man då beaktar hur regeringen tidigare har behandlar förslag på skatteutjämningsens område under början på mandatperioden finns det all anledning till oro för oss som bor i Stockholmsregionen. Det blev ju inte riktigt som vi i Stockholm hade tänkt oss med den nya regeringen.

Med anledning av detta, herr ordförande, vill jag fråga finanslandstingsrådet om hon avser att ta några initiativ för att förhindra genomförandet av det förslag till förändring av skattesystemet som en statlig utredare nyligen har lämnat.

Anförande nr 138

Landstingsrådet Heister (m): Herr ordförande! Anders Johansson och jag känner inte varandra särskilt väl. Men om du gjorde det skulle du veta att jag i den här frågan känner stort engagemang. Jag hoppas att du och jag tillsammans kan jobba gemensamt för att stå upp för Stockholms läns intressen.

Det gäller inte något nytt skatteutjämningsystem, som du försökte säga, utan det handlar om slutet på den utredning som den tidigare socialdemokratiska regeringen tillsatte. Man tar upp ett antal aspekter som presenterades för någon vecka sedan.

Vi som har varit med ett tag och jobbat med frågan vet att det finns andra utestående frågor i det nuvarande systemet. Det handlar om kollektivtrafikfaktorn men också om de strukturella skillnaderna i löner, som man inte heller har hanterat fullt ut.

Den nya alliansregeringen har aviserat att man ska tillsätta en parlamentarisk utredning för att ordentligt se över skatteutjämningsystemet. Det har man gjort några gånger, och jag är glad att alliansregeringen tar den möjligheten för att utreda frågan i grunden. Jag förutsätter att de delar som nu är presenterade kommer att finnas med i det arbetet.

Anförande nr 139

Anders Johansson (s): Herr ordförande! Vi får hoppas att Chris Heister är mer lyckosam den här gången än vad hon var förra gången. Vi har ju lyssnat till henne i den här salen och i många andra salar när hon har kritiserat utjämningsystemet, som hon har hävdat tog 4 miljarder från oss årligen eller totalt under förra mandatperioden, och det blev 300 miljoner i det andra steget i utjämningsdiskussionen som togs av den nya regeringen.

Jag hoppas alltså att du, Chris Heister, den här gången lyckas bättre i dina påtryckningar på dina regeringskompisar. Förra gången blev det ju lite magert.

Anförande nr 140

Landstingsrådet Heister (m): Jag kan tala om för Anders Johansson och alla andra att jag inte är nöjd. Men jag måste säga att jag är något mer lyckosam än min företrädare, som inte fick en enda krona. Jag har i alla fall lyckats åstadkomma 350 miljoner nästa år och dessutom ett förslag på att tillsätta en parlamentarisk utredning för att se över skatteutjämningsystemet ordentligt.

Jag kan lova Anders Johansson och alla andra i fullmäktige att jag kommer att göra allt för att se till att vi får ett skatteutjämningsystem som tar till vara de intressen, förutsättningar och speciella förhållanden som råder i Stockholms län. Det ser jag som en av mina arbetsuppgifter som finanslandstingsråd.

Fråga 11

Anförande nr 141

Landstingsrådet Sevefjord (v): Ordförande! För en vecka sedan kunde vi i Dagens Nyheter läsa om en undersökning som visade att bristen på mammografikompetenta röntgenläkare håller på att bli katastrofal i Sverige – då pratade man alltså inte bara om Stockholms läns landsting. Det viktigaste skälet är att en åldrande skara läkare håller på att gå i pension och att nyrekryteringen är låg. I artikeln står det vidare: "I dag finns ingen övergripande strategi för hur nyckelkompetenser inom cancervården ska säkerställas."

Vi är väl alla överens om att mammografi räddar liv – det vet vi. Vi är också alla angelägna om att mammografiscreeningen i Stockholms läns landsting ska fortsätta att fungera väl.

Därför vill jag ställa en fråga till Stig Nyman som lyder: Finns det en strategi i Stockholms läns landsting som säkerställer att det finns tillräckligt med mammografi-kompetenta röntgenläkare och sjuksköterskor i framtiden?

Anförande nr 142

Landstingsrådet N y m a n (kd): Herr ordförande! Det är naturligtvis en mycket välfunnen fråga med anledning av det som stod i tidningarna häromdagen.

Jag skulle önska att jag kunde ge ett rungande ja-svar på frågan, men det får i stället bli: Ja, det borde vi ha. Vi borde ha det på alla områden där vi har utbildningsbrister – det finns ett antal sådana. Det är oerhört angeläget, men jag ska inte gradera angelägenhetsgraden.

Detta är ett angeläget och viktigt område. Det har uppmärksammats på annat sätt den här veckan. Någonstans i Skåne har man missat att kalla till mammografi, trots att det fanns både strategier, program och pengar.

När det gäller utbildnings- och fortbildningsfrågorna, som vi har ett visst ansvar för via det utskott som jag själv får vara ordförande i nu, är situationen i Stockholm att vi har ett hyggligt stort antal radiologer per 10 000 invånare, som är det vanliga måttet. Skåne och Stockholm ligger högst i landet och 20–25 procent högre än andra landsting och regioner, så det finns att ta av, så att säga.

Samtidigt är den tekniska utvecklingen inom radiologin sådan att många med stort intresse och engagemang väljer de nya teknikerna, vad de nu heter: CT, RM och annat – jag kan inte alla förkortningar, men det finns ett antal nya tekniker.

Det ser ut som om intresset för att medverka i mammografiscreening sjunker. Vi har haft uppe frågan förut. Jag har talat med chefen för FoUU-kansliet, just med anledning av den här debatten. Vi behöver ha någon form av strategi eller vad man vill kalla det och följa både utbildnings- och fortbildningsbehoven på ett bättre sätt än hittills.

Du tar i din fråga upp mammografisjuksköterskor. Det finns exempel i en del andra länder på att man har specialutbildat sjuksköterskor så att man har kunnat åtgärda en del av bristerna.

I förra frågan var det uppe hur man ska föra dialog med regeringen. Här har vi en fråga som vi också borde ta upp med regeringen.

Anförande nr 143

Landstingsrådet S e v e f j o r d (v): Tack för svaret! Jag har naturligtvis inget enkelt svar på frågan. Den är ju komplicerad. Men när det nu larmas om att vi kommer att få framtida problem är det viktigt att vi försöker undanröja problemen så tidigt som vi kan.

Innan jag ställde frågan hade jag naturligtvis kontakt med Onkologiskt centrum, för att få reda på hur situationen ser ut i Stockholm. Det är förmodligen så att Stockholms läns landsting fortfarande har den bästa mammografiscreeningen i landet, och det ska vi naturligtvis värna om och se till att vi kommer att ha fortsättningsvis.

Något man sade tycker jag är intressant: För att få specialistkompetens som röntgenläkare – vilket man får av Socialstyrelsen – kan man genomgå hela sin utbildning utan att över huvud taget ha arbetat med mammografiröntgen. Man skulle kunna fundera över om det inte borde finnas ett sådant pass i den utbildningen, så att alla specialist-

röntgenläkare också ska ha jobbat med mammografiröntgen innan de får sin specialistkompetens. Vad säger du om det?

Anförande nr 144

Landstingsrådet N y m a n (kd): Vi jobbar i ett demokratiskt uppbyggt system. Men ibland undrar man om inte detta med diktat kunde vara att föredra, när man snabbt ska lösa ett problem. Jag ska dock inte ta upp någon ideologisk debatt om det jag nyss sade. Här råder höggradig frivillighet, och då får man locka och pocka i stället för att styra och ställa. Sådant behöver man kanske plocka fram i så fall.

Det som är angeläget från politiskt håll är att kunna peka på vilka behov som ska tillgodoses med de olika insatserna. Kan vi överbevisa professionen om att behovet växer, beroende på demografisk utveckling, sjukdomsutveckling eller vad det kan vara, då tror jag också att det går att styra resurserna bättre än vad vare sig vi under ett år eller ni under fyra år lyckades med för att tillgodose dessa behov.

En bra utgångspunkt här i Stockholm är just det du konstaterade, genom uppgiften från Onkologiskt centrum: Vi har det trots allt ganska bra i Stockholm just nu.

Anförande nr 145

Landstingsrådet S e v e f j o r d (v): Jag pratar naturligtvis inte om diktat, utan jag hörde att läkarna själva har påpekat detta och ser det som en brist i utbildningen. Då är det väl bra om också vi politiker understryker att vi gärna ser att de har den kompetensen i sin utbildning, när de ska utbildas till specialist inom röntgen, det vill säga att mammografi ingår som ett led i den utbildningen, på samma sätt som vi regelbundet förändrar till exempel innehållet i läkarutbildningen. Det är inget märkvärdigt med det.

Jag tyckte själv att det var en ganska intressant ingång i diskussionen om att också i framtiden se till att ha det väl försörjt med mammografiröntgenläkare.

Du pratade om lock och pock. Jag skulle gärna vilja veta hur ditt lock och pock ser ut.

Anförande nr 146

Landstingsrådet N y m a n (kd): Jag kanske ska avslöja en statshemlighet då: Man betalar dem bättre och ger bättre arbetsvillkor i alla avseenden. Då lockar och pockar man.

Det är inte alldeles enkelt. I dag ser vi detta behov och kan ha ett mått på det. Vi kan dra ut lite konsekvenser i tid om hur behovet skulle kunna utvecklas. ST-utbildningen är minst fem år och vanligtvis längre, beroende på att man är i de åldrar då man bildar familj, vill disputera eller göra karriär på annat sätt. Det innebär att det inte är så lätt.

Beträffande lock och pock tror jag – fast det är kanske någon som kan ta mig ur den villfarelsen – att bättre betalt och bättre villkor i karriär och mer pengar till kliniken skulle kunna locka och pocka. Sedan ska det ställas i relation till andra behov. Det är den intressanta politiska uppgiften att få balans mellan alla de behov som finns på hälso- och sjukvårdsområdet.

Forts. § 244 Interpellation 2007:77 av Dag Larsson (s) om de borgerligas syn på befolkningsansvaret

Anförande nr 147

Landstingsrådet **W i g g** (mp): Ordförande, fullmäktige! Jag ska försöka återuppta en viktig debatt som blev avbruten.

Det är i huvudsak två saker som gör att Vårdval Stockholm inte är ett bra alternativ. Det är två grundläggande fel, som jag ser det.

Man beskriver det hela så att vårdgivarna har samma villkor. Men det har de inte. Det är helt andra förutsättningar att bedriva husläkarverksamhet i Nynäshamn, Norrtälje eller Upplands Bro jämfört med Lidingö, Östermalm, Danderyd och Djursholm – och de miljonprogramsområden som vi har. Det är tre helt olika grundläggande förutsättningar – det är inte samma sak.

Därmed faller det man säger om att Vårdval Stockholm är jämlikt. Det är inte jämlikt beroende på att det handlar om helt olika befolkningsgrupper med helt olika behov.

Då är vi tillbaka på patienterna, som detta ska vara så bra för. Patienterna har valfrihet, säger man, och man påstår att det råder jämlikhet mellan patienterna. Men hur är det med patienterna? Har de samma villkor? Om jag till exempel är högskoleutbildad och inte sjuk, vet att ta till mig information och kan ta till mig de utvärderingar som kommer så småningom, som Forum har fått i uppdrag att göra och som kommer om något år, då kan jag välja att läsa dem genom att gå in på nätet och så vidare. Jag kan söka information, även om också jag känner mig överbelastad av all denna information och alla dessa val som man ställs inför.

Jag är relativt välbeställd. Men hur är det med dem som inte ens kan ta till sig informationen, som inte kan läsa den information och de utvärderingar som Forum skickar ut och inte vet hur man kan hitta dem? Hur är det med dem? Hur kan de veta att de har ryggsäcken full med pengar, så att de kan göra sina vårdval?

Precis som Dag säger jag: Det är synd att man förstör en i grunden ganska bra modell genom att inte lägga till de faktorer som skulle kunna göra detta bättre tänkt, bättre sett till befolkningens behov och med bättre och mer jämlika villkor mellan patienterna och de utförare som ska se till att patienternas behov kommer till sin rätt.

Anförande nr 148

O l l e R e i c h e n b e r g (m): Herr ordförande! Dag Larsson tar i sin interpellation upp frågan om majoritetens ansvar för att styra sjukvårdens struktur och vårdutbudsutvecklingen inom primärvården. Vad vi nu gör, genom Vårdval Stockholm, är att ge invånarna i Stockholms län möjlighet att genom sina egna val påverka sjukvårdens struktur. Men även med Vårdval Stockholm har vi landstingspolitiker ett ansvar för att alla medborgare i länet har tillgång till kvalificerad vård.

Inför auktorisationsförfarandet fanns det en hel del oro för att det skulle uppstå så kallade vita fläckar, det vill säga områden i länet där ingen skulle lämna in någon ansökan om auktorisation. Vi kan nu konstatera att några sådana inte har uppstått. I de delar av länet där tillgängligheten till vården hittills har haft brister ser det nu tvärtom ut att bli ett tillskott av nya husläkarmottagningar, med ökad tillgänglighet och höjd kvalitet för invånarna som följd. Jag är själv verksam i sjukvårdsstyrelse Norr. Där ser det ut att bli nya mottagningar i Järfälla och Upplands Väsby, och det är verkligen glädjande.

Nu gäller det att se till att jobba hårt och intensivt med uppföljningen och utvärderingen, att se till att alla de vårdgivare som vill bidra till vårdutvecklingen i Stockholms län följer regelboken och ger länets invånare kvalificerad vård. I den delen är vi helt överens, Dag Larsson.

Anförande nr 149

Staffan Holmberg (s): Herr ordförande, ledamöter! Jordbro är en stadsdel i Haninge med ca 10 000 invånare. Befolkningen som besöker vårdcentralen kommer från vitt skilda kulturer, och det råder segregation i området. Enligt folkhälsorapporten för 2006 har andelen öppet arbetslösa och ohälsotalet samt självskattad hälsa och ekonomiska resurser legat sämst till i kommungenomsnittet mellan år 1999 och 2006. Ohälsotalet för kvinnor är 71 och för män 51 i centrala Jordbro. Andelen öppet arbetslösa är 6,5 procent för kvinnor och 8,5 procent för män. Många människor i Jordbro som kommer till vårdcentralen lever under svåra förhållanden, och många har traumatiska upplevelser från hemlandet.

Jordbro vårdcentral byggdes på 70-talet, och lokalerna har aldrig genomgått någon upprustning. De är underdimensionerade, de är inte handikappvänliga, de är trånga och nedslitna, och väntrummen är små. Vatten saknas i många undersökningsrum, och ventilationen är otillräcklig.

Denna vårdcentral får 25 procent mindre resurser med Vårdval Stockholm. 6 ½ tjänster ska bort. Några nyetableringar, som alliansen pratar om, är inte aktuella någonstans i Haninge kommun med 75 000 invånare.

På Jordbro har man en mångkulturell personal, och därför har vårdcentralen endast ca 30 tolkbesök per månad. Tolksättningen, som man åtminstone tidigare har sagt skulle vara en lösning på de ekonomiska problemen, är ingen lösning.

Jag har varit med så länge i politiken att jag har lärt mig att när man gör så här stora omställningar måste man ha en närmast idiotsäker kvalitetssäkring, framför allt när det handlar om människors hälsa, och det måste man ha före beslut. Att göra utvärderingar är självklart, men då är det så dags. Då har man raserat förutsättningarna för denna typ av vårdcentral.

Kunskapen hos Filippa Reinfeldt om hur verkligheten ser ut ute i länet verkar vara obefintlig. Du säger att om man inte är nöjd, då väljer man en annan vårdcentral. Detta är konkurrens, säger Filippa Reinfeldt. Det är alltså ditt besked till folket i Jordbro: Vi lägger ner vårdcentralen. Det kommer ju att bli konsekvensen!

Anförande nr 150

Landstingsrådet Nylund Watz (s): Ordförande, landstingsfullmäktige! Det är en spännande debatt. Jag har lyssnat mycket noggrant. I grunden handlar det om tre ganska enkla frågor, som majoriteten och i det här fallet Filippa Reinfeldt borde kunna ge ett tydligt svar på. Jag tycker faktiskt att Dag har fått svar bara på den tredje frågan, som handlar om uppföljningen. Där har Filippa varit tydlig och angett hur det ska gå till, och vi har möjlighet att följa det noggrant.

Men på de två relativt enkla frågor som föregår den tredje tycker jag att svaret helt har uteblivit. Är det behoven som ska styra vilken sjukvård som erbjuds i vårt län? Anser majoriteten – inte minst mot bakgrund av vad Staffan Holmberg nyss vittnade om – att politiken har ett ansvar för att strukturen i vårt län för sjukvården är sådan att *alla* har tillgång till en god hälso- och sjukvården inom primärvården?

Jag tycker inte att det är för mycket begärt att få svar på de två frågorna från den som är högst ansvarig för sjukvården i länet. I första fallet handlar det om att leva upp till kraven i hälso- och sjukvårdslagen. I det andra fallet handlar det om att ta ansvar för alla länets medborgare, även för dem som har svårt att göra sin röst hörd, också när det handlar om att ta sig fram till sjukvården.

Det dyker ibland upp en tanke som inte släpper taget. Svaret i fråga om våra farhågor kring befolkningsansvaret, svaret i fråga om våra farhågor kring hur det här systemet kommer att fungera fördelningspolitiskt sägs vara att patienten får ett fritt val och kan välja bort det som är dåligt eller fungerar illa. Men jag tror att ledstjärnan i själva verket är en frihet på ett helt annat tema.

Jag tror att det handlar om vårdgivarens fria val att etablera sig. Det är det reformen handlar om. Då kommer frågorna om befolkningsansvar enligt mitt förmenande i andra hand. Det är antalet läkarbesök som jag kan attrahera till mig som vårdgivare som blir det primära.

Jag gör bedömningen att det är därför det är så svårt för majoriteten i allmänhet och sjukvårdslandstingsrådet i synnerhet att svara på frågan om det är behoven som ska styra vilken vård som erbjuds eller om politiken har något ansvar för alla länets medborgare.

Anförande nr 151

G u n i l l a H e l m e r s o n (m): Herr ordförande! Den som har stora sjukvårdsbehov och besöker sin husläkare ofta ger också mer resurser till husläkarmottagningen genom att doktorn faktiskt får betalt varje man går till sin läkare, vilket inte är fallet i dag.

Vårdval Stockholm har hittills visat – precis som Filippa svarade tidigare – att det finns ett stort intresse från nya och även nygamla vårdgivare att etablera sig, inte minst i ytterområden som Nynäshamn. Där har det inte funnits någon fungerande primärvård på många år. De nya vill också bedriva verksamhet i Ösmo och Sorunda, som väl kan betraktas mest som landsbygd i det här sammanhanget.

Visst har vi ett befolkningsansvar. Det gäller att se till att alla som bor i hela vårt län har tillgång till vård, oavsett var de bor, det vill säga även i Nynäshamn och Ösmo och naturligtvis också i Järfälla och Akalla, där det inte heller har fungerat särskilt bra. Där misslyckades ju ni på vänstersidan med vården.

Det nya med listningen är att man får betalt för dem som har valt att lista sig – inte för dem som råkar bo i ett visst område och kanske aldrig kommer till doktorn. Jag tycker att det är bra att vårdgivarna får ersättning för det arbete som de utför – inte att man delar ut 80 procent av ersättningen fast, utan att man ser att en enda patient blir mottagen och blir friskare.

I de friskaste och mest välmående områdena kommer man att etablera sig, har det sagts. Men jag tycker att vi flera gånger har visat att så inte är fallet. Nynäshamn är ett bra exempel på det. Där bor inte särskilt många höginkomsttagare, och det är en stor andel arbetare i traditionell bemärkelse. Sju nya vårdgivare har anmält att de vill bedriva vård här, där det inte har funnits någon fungerande husläkarverksamhet på flera år. Jag tycker att det är väldigt roligt att så många vill arbeta där.

Vårdval Stockholm är en ny modell med större frihet för patienten – ja, visst är det så. När oppositionen nu än en gång pratar om hur allt kommer att bli så förskräckligt mycket värre och sämre förutsätter de att ingenting kommer att hända – inte en enda patient kommer att välja, välja bort eller välja nytt. Men det tror inte vi. Alla har samma

rätt att välja. Och kom ihåg att vårdgivarna i det nya systemet inte har rätt att vägra att ta emot en enda patient, vilket har hänt i det tidigare systemet!

Anförande nr 152

Landstingsrådet N y m a n (kd): Herr ordförande! Jag ska börja med att säga att jag inte är bombsäker på någonting, om det är vad som efterlyses. Det har under skiftande majoriteter genomförts reformer där man inte i förväg har kunnat recensera och sedan haft rätt.

Låt mig reflektera lite grann över detta, eftersom det handlar om befolkningsansvar, behov och så vidare. Jag kan berätta för er att mitt stöd för Vårdval Stockholm bland annat grundar sig på att det är ett så tydligt behovsanpassat ersättningsystem. Det har man svårt att förstå. Men min utgångspunkt är en rapport till Socialstyrelsen som kom i april 2004, skriven av Per-Axel Svalander på beställning av Socialstyrelsen som uppföljning av den nationella handlingsplanen.

Där påstår han på goda grunder och med sifferunderlag att 3 ½ procent av primärvårdens patienter behöver hälften av primärvårdens resurser och att nästan alla av dem är 75+. Socialstyrelsen använder inte detta för att proklamera att vi behöver vara mer behovsanpassade.

Sedan undrar jag: Är inte gamla människor en socioekonomisk grupp som vilken annan grupp som helst? Eller är de en grupp för sig – inte socioekonomiska? Här finns en mycket tydlig behovsanpassning i den meningen att det är en oerhört tydlig fokusering på de äldres vårdbehov, som vi vet är större än alla andras, om vi generaliserar utan att gå in på individnivå.

3 ½ procent behöver hälften av resurserna! I en population på 10 000 människor är det alltså 350 som man borde kartlägga. Den kunskapen finns. Den finns på varenda vårdcentral, den borde finnas hos oss, och den borde vara det främsta planeringsinstrumentet.

Jag har följt den här rapporten och använt den i många olika sammanhang. Den är en viktig utgångspunkt för en inriktning när det gäller ersättningsystem, upplägg och villkor för att få auktorisation och så småningom vårdavtal, eftersom den bygger på en studie som inte är gjord av alliansen och inte gjord av någon annan intressent utan av en oberoende konsult på ett uppdrag från Socialstyrelsen som slutfördes med publicering i april 2004.

Jag kan rekommendera er att gå in på Socialstyrelsens hemsida och skriva "Svalander", så dyker rapporten upp. Den heter "Om primärvårdens domän och strategier". Då kan ni läsa innantill – det är många sidor. Det finns oerhört mycket tänkvärt i den som pekar åt det håll som vi försöker etablera genom Vårdval Stockholm.

Sedan är det naturligtvis en god sed att man recenserar efter föreställningen och inte före.

Anförande nr 153

Landstingsrådet L a r s s o n (s): I mitt sista inlägg i den här debatten har jag två kommentarer. Den ena är till Stig. Stig tror att det är en slump att medborgarna i din hembygd Vallentuna lever fem år längre än i Botkyrka. Jag tycker att du ska fundera över det och fundera över hur primärvårdens resurser fördelas.

Jag hör också många – Gunilla Helmersson och andra – stå här och säga: Hurra, så många nya vårdgivare det är. Ja, visst är det glädjande att det finns många nya som vill komma in och vill bedriva primärvård. Visst finns det glädjande inslag i detta.

Men alla som tittar – det är bara att slå upp en karta och titta på alla auktorisationer – kan se att en tredjedel av de nya hamnar i Stockholms innerstad och att de flesta hamnar där landets friskaste befolkning finns. Utbudet ökar dramatiskt för de redan friska, och ni äventyrar primärvården för dem som är sjukast i vårt land.

Anförande nr 154

Marie Ljungberg Schött (m): Ordförande, landstingsledamöter! För några timmar sedan frågade någon om vi över huvud taget hade funderat över konsekvenserna när områdesansvaret ändras. När husläkarmottagningarna i fortsättningen inte kan säga nej till att ta emot patienter behöver inte längre den enskilda patienten vara rädd för att inte komma till vården, inte få lista sig. Tvärtom blir medborgarens listning och patientens besök helt avgörande för mottagningens överlevnad. Med ett sådant system blir antligen patienten eftertraktad i vården – åtminstone hoppas vi det.

Det är ingen nyhet, för vi har länge jobbat för att förändra regelverk och ersättningssystem så att tillgängligheten ökar och patienterna får vård när och där de själva efterfrågar den. Det är ur den strävan som Vårdval Stockholm har växt fram.

Alla frågar efter hur styrningen sker. Här ligger styrningen dels i ett regelverk, dels i det ersättningssystem som vi fattar beslut om. Som många redan har sagt är det två faktorer som påverkar ersättningen för den listade patienten. Det är dels åldern, som faktiskt är en avgörande faktor för hur ofta och hur mycket vård man behöver, dels den extra tidsåtgång det blir när man använder tolk, och den finns förstas bara när man använder tolk – inte när man pratar samma språk, oavsett vilket språk det är. Jag tycker att man ska tillägga att det gäller också teckentolkar för hörselskadade och tolkar för döva. Det ska man inte glömma, för där blir det också extra tidsåtgång.

Detta ersättningssystem ska genom en kombination med en större andel besöksersättning som faller ut när patienterna besöker mottagningen stimulera till att man vill ta emot patienter.

Poängen med detta är huvudsakligen att ge medborgaren-patienten rätt att välja vård för sin egen del. Men det innebär också att patientens val blir avgörande för vårdens utformning – vilket stimulerar mottagningarna att öka tillgängligheten och faktiskt ta emot patienter – och gör att patienten blir eftertraktad i vården.

Anförande nr 155

Staffan Holmberg (s): Herr ordförande, ledamöter! Vi ska naturligtvis gratulera de kommuner och stadsdelar som nu får ett antal nyetableringar. Men vi måste väl ändå vara överens om att vi i den här salen har ett gemensamt ansvar för alla länets invånare, alla länets stadsdelar, alla länets kommuner – inte bara några.

Vissa kommuner och vissa stadsdelar får inte några nyetableringar, utan de får en motsatt situation: de får radikala nedskärningar. Jag beskrev just en vårdcentral som blir av med 25 procent av sin ekonomi. Vilka råd ger ni de vårdcentralerna? Vilka råd ger ni invånarna i Jordbro?

Listning var det någon som pratade om. Ja, vi har sett att det fuskas med listningar.

Befolkningen i den typ av stadsdelar som jag har beskrivit i Jordbro är väldigt utsatta människor. De har inte samma förmåga att ta vara på sina förmåner, och därför är listningsfrekvensen låg jämfört med Vallentuna och andra kommuner.

Anförande nr 156

Landstingsrådet Reinfeldt (m): Herr ordförande! Den fråga som lyfts upp är: Vem är det som ska bestämma behoven? Är det politikerna som ska bestämma hur behoven ser ut – det tycker inte vi – eller är det kartan som ska bestämma hur behoven ser ut?

Vi vill ha en jämställd och jämlik vård, och då måste man utgå från enskilda individer, från enskilda patienters behov. Det är precis det den nya modellen för ersättning stimulerar till. Vi går från ett orättvist system, som ser ut ungefär som ett lapptäcke och som i stor utsträckning bygger på att avtal har tecknats vid olika tillfällen och att det har skett olika upphandlingar som har givit olika resultat.

Jag fick tidigare en fråga från Maj-Len Eklund om den socioekonomiska ersättningen. Jag tänkte bara ge dig ett exempel. De husläkarmottagningar som i år har den högsta ersättningen får en total ersättning på 2 025 kronor för en patient som gör två besök och som har tolk med sig. Nästa år får de mottagningarna för samma insats med motsvarande patient 2 300 kronor. Det blir alltså en förbättring.

Sedan räknar vi med att antalet besök kommer att öka eftersom modellen stimulerar till att ta emot fler patientbesök. Det gagnar naturligtvis patienterna med de största behoven, så att de ska kunna komma till. Vi har också för avsikt att i den budget som vi ska debattera om en dryg månad skjuta till mer pengar till primärvården, mer resurser till den nära vården, än tidigare.

Ingela Nylund Watz kanske inte var inne i lokalen när interpellationen var uppe före frågestunden. Då var jag inne på det du lyfte upp nu och inte tyckte hade besvarats. Men jag tog upp det då.

Politiken har naturligtvis ett ansvar för att se till att det finns ett vårdutbud i hela länet, för hela befolkningen. Vad vi har sagt – och det sade också Olle Reichenberg – är att vi, om det skulle uppstå några så kallade vita fläckar i regionen och någon entreprenör av något skäl inte etablerar sig i de områdena, kommer att se till att vår egen produktion bedriver primärvård där. Vi vill ju naturligtvis att medborgarna i hela länet, var man än bor, ska ha tillgång till god hälso- och sjukvård.

Anförande nr 157

Landstingsrådet Nyman (kd): Jag vet inte, herr ordförande, om jag ska säga att jag har en ambition att svara på Dag Larssons retoriska fråga om skillnaden i livslängd mellan Vallentunabor och andra. Tror du att det är en slump? Frågade Dag. Jag kan inte svara på det. Ingen kan svara på om det är en slump eller inte.

Men vore skillnaderna så stora och byggde på vilket ersättningssystem som vi har i primärvården eller vilken välfärdspolitik som förs i landet, då borde det vara utjämnat för några decennier sedan. Ditt parti har ju innehaft regeringsmakten i ett 70-tal år.

Varför består skillnaderna, och vad beror de på? I dag är de nerkokade till att det skulle ha med ersättningssystemet i Vårdval Stockholm att göra eller friheten för läkare att etablera sig, begära auktorisation och sedan provas för att få ett vårdavtal. Livet är mycket mer komplicerat än så. Det hoppas jag att vi är överens om.

Därför vill jag gärna vara med och prova det här systemet. Jag tror på det. Det har fungerat på andra håll, och jag tror att det kan fungera också i Stockholm, med de variationer som finns här.

Anförande nr 158

Landstingsrådet Andersson (c): Herr ordförande! Det är väl klart att vi i alliansen, i majoriteten, tycker att det är viktigt att ta befolkningsansvaret. Med den här modellen kommer värden att finnas där medborgarna vill att den ska finnas.

Nu när vi har fått in listorna på var man avser att etablera sig och när styrelsen har fattat beslut om godkännande av auktorisationer ser vi var vårdgivarna tror att medborgarna vill ha mer vård. Jag tycker att det är slående att intresset är störst där primärvården ofta har fungerat sämst.

Vårdvalet kan bli en nystart för primärvården där dåligt fungerande vårdcentraler har misslyckats. I många områden som enligt teorin skulle bli drabbade av indragningar av den socioekonomiska ersättningen är intresset som störst: Akalla, Kista, Järvafältet, Nynäshamn, Sorunda och även Botkyrka.

Visst blir det också några fler mottagningar i innerstaden. Det är väl därför att de som jobbar där förväntas söka vård där. Men de ställen där det inte blir fler vårdcentraler är framför allt områden där många människor kanske pendlar in till innerstaden eller andra områden. Den som verkligen skulle vara oroad, om det var bara det man skulle möta, skulle väl vara sjukvårdslandstingsrådet själv, för Täby kommun är den kommun där inte en enda ny mottagning kommer att öppnas.

Det talas här om 25-procentiga neddragningar på vissa vårdcentraler. Även under tidigare majoriteter har det ju påtalats att det finns oförklarliga skillnader i ersättningarna till olika vårdcentraler. Men de 25-procentiga förändringarna kommer bara att effektueras för den händelse att de vårdcentralerna inte ändrar sitt beteende och inte lyckas att nå ut bättre till medborgarna med sin uppsökande information om att man bör lista sig och att man bör söka kontakt med sin primärvård. Jag anser alltså inte att vi har någon anledning att oroa oss för det här ännu.

Facit av den här reformen kommer vi att få i efterhand, det vill säga när systemet har börjat verka. Vi har ju från majoriteten varit väldigt tydliga med att vi är beredda att justera ersättningssystem och villkor för att möta eventuella problem som kan uppkomma. Men i dag ser vi inga tecken på att tillgången på vård skulle försämrats på de områden som ni har pekat på. Det tycks tvärtom som om det här kommer att stärka tillgången på primärvård för alla medborgare.

Anförande nr 159

Landstingsrådet Sevefjord (v): Ordförande! Några reflexioner efter att ha suttit och lyssnat.

Det är naturligtvis inte så att vi i oppositionen tror att alla kommer att få det sämre med det nya systemet, Vårdval Stockholm. En grupp kommer definitivt att få det väldigt mycket bättre, och det är en vit, välutbildad medelklass, som vet hur man ska ta för sig. Jag är helt övertygad om att den gruppen kommer att få än mer tillgång till sjukvård och en bättre sjukvård än vad man har i dag. Men det var kanske inte riktigt det som var avsikten med reformen. Jag tror inte att ens ni i den borgerliga majoriteten hade den avsikten, men jag tror att det kommer att bli resultatet.

Ni säger att antalet besök kommer att öka. Visst kommer de att göra det, när utbudet ökar. Men betyder det att antalet besök av dem som behöver vården bäst kommer att öka? Det tror inte vi, och det är det som är problemet när vi analyserar det nya systemet. Vi tror att antalet besök kommer att öka bland dem som egentligen inte har ett jättestort behov av vård men som kräver en snabb och effektiv vård när de är sjuka.

Ni säger att vi får ett behovsanpassat ersättningssystem med det nya systemet och att ni i det här systemet fokuserar på de äldres vård. Men om fokus ligger på de äldres vårdbehov – varför lägger ni då ned äldrevårdscentralerna och varför försämrar ni förutsättningarna för hemsjukvården? Det är precis det ni gör med det här systemet.

Jag har varit runt på ett antal vårdcentraler och granskat just hur hemsjukvården kommer att fungera framöver. Där är man mycket orolig. Det ni gör med det här systemet är att ni lägger ett tak på antalet besök som undersköterskor och sjuksköterskor får göra i hemsjukvården, och ni lägger ett väldigt högt tak eller kanske inget tak alls när det gäller antalet besök som läkare får göra – de kan göra hur många hembesök som helst.

Vi vet att läkarna är få och inte hinner göra så många hembesök. Den större delen av hembesöken i hemsjukvården görs i dag av undersköterskor och sjuksköterskor. Titta till exempel på Rosenlund, som i dag gör 37 000 besök i hemsjukvården under ett år. Med det nya ersättningssystemet klarar man av att göra 20 000 besök! Betyder det att hemsjukvården försämras eller förbättras? I mina ögon och öron betyder det en kraftig försämring av hemsjukvården.

Vad säger man då på Rosenlund? Jo: "Vi har inte råd att ha kvar undersköterskor. De lönar sig inte längre." Därför har man sagt upp sex undersköterskor. Exakt samma problem har man till exempel på Bagarmossens vårdcentral. Runt om i länet har man precis det problemet med hemsjukvården. Det skulle vara oerhört intressant att höra vad majoriteten anser om detta. Det nya ersättningssystemet innebär en kraftig försämring av hemsjukvården och vårdcentralernas möjligheter att bedriva en bra hemsjukvård.

Anförande nr 160

Landstingsrådet Nylund Watz (s): Ordförande, landstingsfullmäktige! För varje talare som går upp i den här interpellationsdebatten blir det allt mer tydligt att denna reform inte är en frihetsreform för patienterna – det är en valfrihetsreform för vårdgivarna. Filippa Reinfeldt har fortfarande inte svarat på den första frågan – om det är behoven som ska styra hur vi planerar och riggar vår primärvård i Stockholms län. Du svarade på någonting helt annat.

Till sist: Om det nu är så att vi har tydliga signaler om att sjukvården i Haninge – i Jordbro till exempel – kommer att braka samman från och med den 1 januari, ska du då nu peka med hela handen, Filippa, så att vi inte får en situation med kaos i sjukvården från den 1 januari till en lång bit in på andra sidan året i Jordbro, i Botkyrka och på några andra ställen i länet där det just nu är ganska besvärligt? Vi får väl se. Varningsklockorna har klingat.

Anförande nr 161

Håkan Jörnehed (v): Ordförande! Nu ska jag vara lite positiv. Jag tycker att det finns bra saker i Vårdval Stockholm. Att stärka patientens rättigheter är väl jättebra. Att stärka patientens ställning är väl jättebra. Men varför ska man koppla det till ett nytt ersättningssystem? Det behöver väl inte gå hand i hand?

Och vad händer med flexibiliteten i sjukvårdsutbudet? Vad händer om man till exempel vill söka vård på närakuter eller på andra sätt än hos just husläkare? Det som är märkligt med just det här systemet är att alla i hela Stockholms län nu har blivit patienter – nu måste alla lista sig.

Jag bor i innerstan, och jag kommer att få 22 nya vårdcentraler. Det måste ju betyda att vi har haft en urusel vård i innerstan, där det är så mycket privatiserat – nästan alla vårdcentraler i innerstan är privatiserade.

Filippa Reinfeldt säger om ersättningsystemet att nu ska det vara lika – det ska vara rättvis och jämlik vård. Då borde vi väl också ha samma bakgrund, samma sjukdomar. Jag hoppas att det kommer en att-sats i er budget om att alla ska få samma sjukdomar – då kan man förstå logiken med att ha samma ersättning.

Jag ska bara ta ett exempel till. Kista–Rinkeby kommer att få en massa nya vårdcentraler – tre nya i Kista galleria. Och vem är de till för? Inte befolkningen utan dem som jobbar i Silicon Valley på dagtid! Så blev det med det.

Anförande nr 162

Peter Andersson (s): Ordförande, fullmäktige! Ännu ett vittnesmål i den här frågan. Jag börjar med att uttrycka en viss förvåning över den syn som verkar råda i allianspartierna när Vårdval Stockholm, som har fått en symbol i alliansfärger, nu ska genomföras. Allianspartiernas syn på det här är: Först genomför vi någonting, och sedan tar vi reda på vad som har hänt. Det kan ju vara bra i vissa offensiva sammanhang, men rör det människors vård kan det bli problem.

Dessutom är vi inte i total avsaknad av kunskaper om hur systemet slår. Från Flemingsberg och från Vårby vårdcentral i Huddinge har landstingsledningen redan fått besked om hur man på de lokala vårdcentralerna ser på borttagandet av det sociala indexet. I Vårby tappar man ett par miljoner, i Flemingsberg tappar man ett par miljoner, som man knappast har en chans att ta in genom att öka antalet listade, eftersom nästan alla befinner sig på den listan i dag. Det är kanske inte så attraktivt att åka till Flemingsberg, om man bor i Stockholms innerstad eller på andra ställen i länet.

I inledningen var Filippa inne på att det i hälso- och sjukvårdsnämnden fanns en väldigt bra behovsbeskrivning. Det förvånar mig då att det som står i den behovsbeskrivning som du nämnde, Filippa, inte ligger till grund för Vårdval Stockholm när ni utformar systemet. Den är ju rätt tydlig. Er syn på etableringen strider helt mot det som står i behovsbeskrivningen; den är raka motsatsen till hur det borde vara om världens behov ska tillgodoses. Lägg ut ett raster, följ Folkhälsoinstitutets uppgifter om sjukligheten längs tunnelbanelinjerna, så kan du se att Vårdval Stockholm kommer att fördjupa klyftorna ganska markant.

I början av året var jag i Skogås och pratade om delaktighet i den kommundelen. Jag deltog i deras dag om folkhälsofrågor, arrangerad av vårdcentralerna tillsammans med kommunens olika aktörer och föreningslivet. Det är en av de viktiga insatser som värden gör i vardagen för att stärka folkhälsan. Den vårdcentralen förlorar nu ungefär 2,9 miljoner kronor. Jag betvivlar att den kan engagera sig i det förebyggande folkhälsoarbetet i sin stadsdel på samma sätt som den har gjort tidigare.

Jag tycker också att det är synnerligen plågsamt att höra er prata om att det inte finns några vita fläckar och skryta med det. Lite högre ambitioner måste det väl ändå finnas!

Anförande nr 163

Georg Gustafsson (s): Ordförande, ledamöter! Om jag har förstätt Vårdval Stockholm enligt Reinfeldt-modellen rätt ska fler besök ge mer ersättning: Ju fler patienter man tar hand om, desto mer ersättning får man. Jag antar då att vi har något slags löpandebandsystem på gång på våra vårdcentraler. Jag vet inte om ni har sett den där filmen med Charlie Chaplin på fabriken. Jag ser framför mig något liknande. Hur tokigt det kan bli vet vi naturligtvis alla. Det kanske inte är så lätt att åstadkomma ett löpande band på en vårdcentral.

Om man är en privat vårdgivare, som ju ska anammas i det landsting som vi lever i, får man väl då försöka fundera över andra sätt att få ekonomin att gå ihop. Man får väl försöka åstadkomma kortare besök. Kortare besök blir förstas lönsammare. Om man kan ta emot fler besök per dag kommer man ju att få en större ersättning på vårdcentralen. Så måste det ju bli. Jag tror faktiskt inte att de hundralappar som landstingsrådet Filippa Reinfeldt pratade om att man skulle få i tolkersättning räcker. Man behöver kraftfullare instrument för att ha de här socioekonomiska förutsättningarna klara för sig så att man kan ta hand om de patienterna också helt enkelt. Summa summarum av hur jag ser på det här i före-skedet är att relativt sett friska patienter kommer att ge en bättre lönsamhet. Så ser det ju ut. Så måste det bli.

Sedan vill jag också säga att en intresseanmälan ju inte är riktigt samma sak som att det blir en vårdinrättning. Jag har förstätt att det som det har blivit än så länge är massor av intresseanmälningar. Man kan förutsätta att antalet intresseanmälningar är fler än det antal vårdinrättningar som det kommer att bli i verkligheten. Det är ganska logiskt. Man fiskar med flera krokar än vad man faktiskt kan dra upp, om jag får dra en parallell till fiskevärlden. Vi får väl se hur många som blir kvar. Och vi får väl se hur många som blir kvar i Rinkeby, i Tensta, i Nynäshamn eller på andra ställen när de här privata vårdaktörerna räknar på hur mycket den socioekonomiska ersättningen ger.

Anförande nr 164

Olov Lindquist (fp): Herr ordförande, kära ledamöter! Jag noterar att oppositionen delvis har ändrat fokus i sin opposition. När vi började tala om Vårdval Stockholm och kundvalsmodeller hävdade man att vita fläckar skulle uppstå i socioekonomiskt svaga områden – det var kritiken från vänsteroppositionen. Nu uppstod det inga vita fläckar, utan de etableringar som har funnits tidigare sökte också och fick auktorisation i bland annat de socioekonomiskt svaga områdena. Då har oppositionen ändrat fokus från att det kommer att bli en massa vita fläckar till att behoven inte kommer att tillgodoses genom det ersättningssystem som vi nu är på väg att införa. Behoven kommer inte att tillgodoses i socioekonomiskt svaga områden, är väl då den farhåga som ligger bakom Dag Larssons första fråga här. Då måste man fråga: Vad stöder han det påståendet på? Jo, beräkningar i tidningar.

Enligt de beräkningar som har gjorts i tidningarna, bland annat i den tidning jag läser mest – Länstidningen – får vårdcentraler i Södertälje flera miljoner i minskad ersättning. Men det förutsätter ett status quo, det vill säga att ingenting kommer att hända i de här vårdcentralerna, alltså att de inte kommer att få fler aktiva listade patienter, att de inte kommer att få fler besök än de har nu – det är ju det tidningarna har räknat på. Så kommer det ju inte att bli. Man kan nog i och för sig tro att många kommer att få svårigheter, men så som tidningarna har räknat med kommer det inte att bli. Vårdcentraler kommer att fixa mer aktiva listningar, även i de socioekonomiskt svaga områdena, och det kommer att bli fler besök. Sådana beräkningar är alltså tämligen ogörliga.

Varningsklockor har börjat ringa, sade Ingela Nylund Watz; tyvärr tror jag inte att hon har någon talartid kvar. Hur kan man säga så innan systemet ens har påbörjats? Innan vi ens har kommit till den 1 januari 2008 kan Ingela säga att nu ringer klockorna så in i beng. Så kan man ju faktiskt inte säga.

Skulle några vårdcentraler inte lyckas så får man titta närmare på det; då får man ta till andra åtgärder. Men jag kan återkomma till det.

Anförande nr 165

Maj - Len Eklund (v): Man blir inte speciellt mycket lugnare efter att ha tagit del av den här debatten, måste jag säga. Jag tycker att den skapar mer förvirring än reda.

När man pratar om den socioekonomiska ersättningen har jag också tidigare förstått att man har lugnat folk med att det kommer en tolkersättning. Samtidigt säger Filippa Reinfeldt att tolkersättningen inte är någon socioekonomisk ersättning – det är en ersättning för tolkens arbete.

I svaret som vi har fått säger man att vi nu lämnar ett listningssystem. Samtidigt säger Gunilla Helmerson att det nu är listning som ska gälla och att vårdcentralerna får betalt efter hur folk har listat sig. Det blir en enorm förvirring.

Filippa säger till mig att 2007 får man 2 025 i tolkersättning för ett arbete, 2008 får man 2 300.

Anförande nr 166

Tove Sander (s): Ordförande, fullmäktige! Det är fantastiskt att sitta här och höra majoritetsföreträdarna säga att värden ska finnas där befolkningen vill ha den. Jag tror tyvärr att den kommer att finnas där vårdgivarna vill ha den.

Vad jag framför allt har reagerat på när jag har suttit här och lyssnat är när sjukvårdslandstingsrådet säger att blir det några vita fläckar så ska egenregin tvingas ta hand om dem. Det känns ju konkurrensneutralt! De privata vårdgivarna etablerar sig där de vill, och sedan får egenregin ta hand om resten! Men det kanske är så ni tycker att vi ska utöva politiskt inflytande och hantera skattepengar?

Anförande nr 167

Pia Lidwall (kd): Ordförande, ledamöter! Intressant debatt! Den första frågan var: "Är det behoven som ska styra vilken vård som erbjuds?" Självklart är det behoven som ska styra. Någonting annat kan vi ju inte tala om. Det är vårt enda berättigande – att ge vård som är behovsstyrd. Det arbetet måste intensivt upprätthållas aktivt hela tiden. Det är behoven som ska styra! Och det är just de problem som fanns under förra mandatperioden som gör att vi nu går fram med de här ärendena om Vårdval Stockholm. Det är vårt sätt att lösa de problem som fanns förut.

Vi hade ett behov av att få till stånd fler hembesök. Det gjordes inte tillräckligt. Vi har ett behov av att få ned läkemedelskonsumtionen hos äldre personer som går på alldeles för många läkemedel. Därför har vi lagt ökade resurser på läkemedelsgenomgångar. Det finns ett stort behov av att få tala med en kurator. Därför lägger vi pengar på psykosociala team. Åldersfaktorn representerar det stora behovet, och det är absolut där vi lägger stora delar av pengarna. Ju äldre vi blir, desto mer pengar får husläkarna. Det är vårt sätt att säga att det är behoven som styr. Sedan löser vi det med ersättningsystemen.

Dessutom finns det den här gången, i Vårdval Stockholm, ett skarpt vårdavtal, som aldrig tidigare har funnits. I och med att man går in och får ett vårdavtal med landstinget säger man också att man ska leva upp till allt det som står i vårdavtalet. Är det så att man inte gör det blir det en uppföljning som heter duga. När vi nu följer upp det som sker ska det inte bara vara en ekonomisk uppföljning, utan det ska följas upp när det gäller olika parametrar som har att göra med effekten av det vi vill åstadkomma,

nämligen att folk ska bli friskare och må bättre. Jag ser inte alls någon anledning till att just nu slå på stora trumman, utan vi utvärderar det när vi ser hur Vårdval Stockholm har börjat löpa. Vi arbetar intensivt i majoriteten, och ni opponerar – så är ju spelreglerna. Men opponera när ni ser resultatet av det, och inte innan!

Anförande nr 168

Pia Ortiz-Venegas (v): Jag tror att Stig Nyman nämnde någonting om kunskapen om de 3 ½ procent av befolkningen som kräver mycket mer vård än alla andra. Han sade att de kunskaperna finns på varenda vårdcentral – man vet vilka de är, var de bor och vilket behov de har. Den kunskapen har ju funnits tack vare det områdesansvar och det geografiskt indelade befolkningsansvar som man har haft. Jag tror att det finns en stor risk att den kunskapen faktiskt går till spillo med Vårdval Stockholm.

En annan kunskap som finns lokalt och som också finns tack vare det områdesansvar som man har haft är kunskapen om den lokala folkhälsan. Med Vårdval Stockholm har, i alla fall enligt den information jag har fått, en stor satsning som tidigare funnits på folkhälsa försvunnit. All den ersättning som man tidigare har kunnat få för folkhälso-satsningar har tagits bort. Den ska nu bakas in i Vårdval Stockholm.

Vårdval Stockholm är ett ersättningssystem som först och främst är baserat på patient-ersättning. Det är alltså i första hand varje sjuk patient som söker vård som ger en ersättning. Tidigare har man haft en mycket större andel fast ersättning. När man pratar folkhälsa pratar man förebyggande insatser. Då pratar man faktiskt om de patienter som ännu inte har drabbats av sjukdom. Jag tror att det finns en stor risk att möjligheterna att faktiskt arbeta ordentligt med folkhälsa försvinner från många ställen rent ekonomiskt med Vårdval Stockholm. Det är lite tråkigt med tanke på vad Pia Lidwall alldeles nyss sade, som lät så positivt: Vi jobbar för att folk ska bli friskare och må bättre.

Anförande nr 169

Landstingsrådet Lundquist (m): Ordförande, fullmäktige! Det kliar lite grann i fingrarna när man tidigare har varit ordförande i en sjukvårdsstyrelse. Staffan Holmberg liknade kejsaren i Kejsarens nya kläder. Även Håkan Jörnehed framträdde här i all sin nakenhet.

Staffan Holmberg! Du har ändå varit kommunalt aktiv i Haninge och kan inte fixa lokalen till husläkarmottagningen! Det är ju ändå rätt skamligt, att du inte hjälper till. En mottagning som inte har vatten i kranarna! Det är väl också ett kommunalt ansvar. Du har under fyra år haft ett dubbelt ansvar att se till att det hade hänt någonting på den mottagningen. Så dåligt med lokaler har jag förstätt att ni inte har nere i Haninge.

När ni räknar ut i procent hur mycket man förlorar vill jag bara fråga: Vad beror detta på i så fall?

Det beror bland annat på låg produktivitet! Det är en väldig skillnad mellan entreprenaddrivna verksamheter och landstingsdrivna verksamheter i antalet besök per dag, öppen mottagning och mycket annat som de entreprenaddrivna har i mycket större utsträckning än landstingsdrivna. Ni pratar om låg listningsnivå, eller lägre listningsnivå. Nu är listningen hygglig överallt i Stockholm egentligen.

Det beror vidare på dålig tillgänglighet: Det har funnits husläkarmottagningar i landstingsdrift som har hänvisat till Cityakuten när de inte kunnat ta emot fler patienter när många är sjuka.

Det beror också på dålig kontinuitet på mottagningen. Det har funnits många ST-läkare, många inhyrningsläkare, som har kostat rätt mycket extra pengar.

En viktig bit som vi diskuterade för ett halvår sedan efter en artikelserie i Dagens Nyheter är väldigt höga administrationskostnader för landstingsdrivna verksamheter. Jag kan ta upp exemplen igen. Gärdets husläkarmottagning, som Håkan Jörnehed värdnade om här, och även S:t Erik, har chefer som är läkare och som inte har några patienter. Lön, sociala kostnader, rum, pc, telefon – där ligger 2 miljoner i kostnader som en entreprenaddriven inte har därför att den som är chef där också är läkare och har patienter. Där kan ni räkna in 2 miljoner kronor direkt om man går från landstingsdrift till entreprenaddrift genom att se till att chefen tar patienter hela dagarna.

Det beror också på dålig marknadsföring. Listan kan göras lång.

Sedan kan inte jag se att kostnaderna i innerstan skulle öka om man har fler husläkare. Man kan ju bara lista sig hos en husläkare. En husläkare – en patient. Det förstår jag alltså inte riktigt.

Det som kommer att hända med Håkans fina vårdcentral i Värtan eller som är tillbaka på Gärdet nu – den har kostat oss 50 miljoner i experimentkostnader – är att den kommer att tappa patienter, för nu kommer den husläkarmottagning som Håkan Jörnehed så stolt lade ned under sin första månad som ordförande i Innerstadens sjukvårdsberedning, Sibyllekliniken, att öppna igen och ta tillbaka sina patienter och få tillbaka kontinuiteten. Då får Håkan dra ned på en landstingsdriven verksamhet. De patienterna bodde ju inte på Gärdet, och framför allt bodde ingen i hamnen.

Anförande nr 170

Inger Ros (s): Ordförande, fullmäktige! Det är väldigt intressant att följa den här diskussionen, måste jag säga. Ni i majoriteten glider väldigt mycket på det som är fakta och underlag.

Det har sagts vid ett antal tillfällen att det nya systemet innebär ökade resurser till primärvården eller till närsjukvården. Det gör det kanske när man tittar på budgeten, men inte i de områden där behoven är störst.

Ni säger också att vi målar upp ett skräckscenario när vi säger att det blir vita fläckar. Jag tycker att ni borde vara lite försiktiga med detta, för det vet ni faktiskt ingenting om. Ni vet inte hur många som väljer att lista sig någon annanstans än där de bor. Då minskar underlaget i de här områdena ytterligare, och knyter man an till listningen, som ni gärna vill göra, vill jag bara peka på att 97 procent är listade i Fittja. Ändå tvingas man där att säga upp mellan 20 och 30 anställda därför att de ekonomiska resurserna inte räcker till. Man diskuterar också att slå samman vårdcentraler. Det kommer att uppstå vita fläckar!

Anförande nr 171

Landstingsrådet Wigg (mp): Herr ordförande, fullmäktige och åhörare! Det står ett stort antal medlemmar i Kommunal utanför. De är säkert intresserade av den här frågan och även nästa.

Apropå Kommunal: Redan när beslutet om auktorisering och vårdvalet fattades i juni i landstingsstyrelsen fanns ett antal frågetecken, och de kvarstår även efter denna debatt. Det anser inte bara Kommunal – det gör SKTF, det gör Vårdförbundet men det gör också Stockholms Läkarförening. Även läkarna säger: Det här är inte utrett. Varför inte vänta till man någorlunda kan se konsekvensen av beslutet?

Till de frågande sällar sig nu även vårdföretag, till exempel Praktikertjänst, som också säger: Konsekvenserna av det här beslutet är inte utredda. Låt oss vänta och titta på det först. Men majoriteten har ju redan beslutat om det här, och det kommer att genomföras den 1 januari 2008. Vi får väl helt enkelt vänta på utvärderingarna!

Anförande nr 172

J a n e t M a c k e g å r d (s): Ordförande, fullmäktige! Jag ska inte upprepa många av de argument som framförts. Jag vill bara bekräfta att det är lika ointressant i dag som det har varit tidigare att etablera sig i Rinkeby. Och det blir inte lättare att få någon att etablera sig där i framtiden, eftersom anslaget, pengarna, minskar för Rinkeby. Det blir alltså svårare för dem som bor där att få en tillgänglig vård, att få en vård som är likvärdig övrigas.

Om jag uppfattade rätt har det varit ett samhällsansvar att planera för att människor ska få vård efter behov. Men nu är det så, precis som Tove Sander sade, att man överlåter till vårdgivarna att planera och sätta sig där de vill. Det som då avgör är väl hur de ser på hur lukrativt det kan vara.

Ett exempel på det är Söderberga vårdcentral, som i dag ligger på Bromma sjukhusområde. Ingen har begärt auktorisation på den. Vårdgivaren har i stället valt en annan plats, och det är därmed bekräftat att den vårdcentralen ska läggas ned. Det tycker jag visar att man har kapitulerat för vårdgivarna och inte tar det samhällsansvar som jag tycker att man ska ta.

Anförande nr 173

L a n d s t i n g s r å d e t S e v e f j o r d (v): Jag begärde ordet med anledning av det som Pia Lidwall sade om att opponera när man ser resultatet. Det är naturligtvis bakvända värld. Vi har ju fått så många signaler från verksamheterna om att det nya ersättningsystemet skapar jättelika problem på en hel del vårdcentraler. Vi för nu fram alla de problemen. Det är ju inte problem som är tagna ur luften, utan det är ju verksamheten som pekar på problemen. Vi lyfter fram de problemen för att ni i majoriteten ska förstå att det här systemet verkligen inte är felfritt.

Då säger du: Vänta tills ni ser resultatet! Vi ser ju redan resultatet! Vi har ju gett en rad exempel på resultatet av det nya ersättningssystemet och Vårdval Stockholm. Jag tog ett exempel tidigare från hemsjukvården, där det är dramatiska nedskärningar. Hur tänker ni se till att hemsjukvården framöver har lika hög kvalitet som den har i dag?

Anförande nr 174

J o h a n S j ö l a n d e r (s): Jag måste ändå gå upp och göra några förtydliganden i den här debatten.

Vad kritiken handlar om när det gäller ersättningssystemet är att vi menar att det kostar olika mycket att bedriva vård i olika delar av länet. Vårdtyngden är större i vissa områden, och det är svårare att rekrytera läkare dit. Ska man då få en vård som är lika bra där som i andra delar av länet måste man också ge olika ersättning. Det är egentligen hela grunden. Ska man få samma kvalitet på vården måste man ge olika ersättningar. Samma resultat kräver olika resurser. Det är det första.

Sedan säger ni att de siffror vi pekar på är tagna ur luften och ur tidningsartiklar. Vi har fått rapporter på landstingsstyrelsens produktionsutskott om att det finns vårdenheter i SLSO som har stora problem just nu. Det är inga tidningsartiklar – det är saker och ting som vi vet om. Detta nya ersättningssystem kommer att skapa problem i den faktiska verkligheten – det skapar problem just nu.

Lars Joakim Lundquist säger att det finns så mycket effektiviseringar som man kan göra. Det är läkare som inte jobbar, och det finns en massa saker som man kan göra bättre i sjukvården. Det är säkert så. Det går att effektivisera. Men varför ska allt detta effektiviseringstryck ligga på vårdcentraler i utsatta områden? Varför är det just i Högdalen och Rågsved som effektiviseringen ska ske? Varför ska den inte ske överallt i sådana fall? Det är fullkomligt obegripligt.

Det mest häpnadsväckande påståendet är ändå att det är för tidigt att uttala sig. Det här systemet sätts i sjön i verkligheten om bara några månader. Hur kan det vara för tidigt att protestera nu? Jag lovar er att vi kommer att fortsätta protesterna även efter att vi har sett vilka effekterna i verkligheten blir. De kommer inte att bli mindre; de kommer antagligen att bli större efter att vi har sett hur effekterna blir. Men än så länge hoppas vi på vår sida i salen fortfarande att ni ska ta ert förnuft till fånga och se till att det inte blir några negativa effekter. Det är därför vi protesterar *innan* beslutet träder i kraft.

Det är fullkomligt självklart att man protesterar innan saker och ting händer. Det är betydligt mer meningsfullt än att göra det efteråt. Den invändningen från majoriteten här är faktiskt mycket märklig. Jag skulle gärna vilja höra hur ni tänker. Gäller det även andra områden i landstinget att det är dumt att protestera innan ett beslut fattats och att man ska göra det efteråt i sådana fall? Det är helt häpnadsväckande!

Nej, tänk efter! Ingen tjänar på att vi slår sönder sjukvården i de socialt utsatta områdena i vårt län. Ingen tjänar på det. Ni har faktiskt tid på er. Backa från det här förslaget och återkom med ett vettigare resursfördelningssystem i budgeten om några veckor!

Anförande nr 175

Olov Lindquist (fp): Det är inte dumt att protestera, Johan. Men det är dumt att dra så långtgående konsekvenser som ni gör.

Fakta är att några vita fläckar inte finns för närvarande. De områden som ni trodde skulle bli vita fläckar har vi fått etableringar på. Då är frågan: Om det nu skulle bli sammanslagningar av vårdcentraler och det ena med det fjärde, så att det i efterhand skulle uppstå vita fläckar någonstans, då får ju vi hantera det då och i särskild ordning.

Tove Sander säger att det är fel att skicka in SLSO i sådana områden. Ja, vad ska vi göra då? Vi kan naturligtvis ge i uppdrag till någon vårdgivare att etablera sig där. Vi kan ge en privat vårdgivare i uppdrag att göra det och skriva ett avtal om det, men det får vi i det läget hantera i särskild ordning. En sådan vit fläck måste åtgärdas, och det är vi som måste göra det.

Anförande nr 176

Pia Lidwall (kd): Ordförande, ledamöter! Det var två frågor som ställdes – av Birgitta Sevefjord och av Janet Mackegård. När det gäller Söderberga allé är det viktigt att säga att sista ordet inte är sagt än. Det går alltså att komma in och begära auktorisation även efter att de första besluten har tagits. När det gäller Söderberga vet jag att det pågår diskussion om andra intressenter som gärna vill komma in och som just nu funderar på att begära auktorisation.

Till Birgitta Sevefjord, som undrade vilka effekterna ska bli, vill jag säga: Glöm inte bort att hela vårdvalsreformen innebär att om vi ser att det uppstår effekter som vi inte önskar så är det mycket lättare att gå in och skruva i de systemen än det har varit med 175 olika avtal. Det visade sig också under förra mandatperioden att det var omöjligt för socialisterna att göra det. Den här modellen gör att det blir enklare.

Anförande nr 177

Håkan Jörnehed (v): Nu ska jag ta upp en annan sak som vi inte har pratat om. Det är att de fria nyttigheterna försvinner. Alltså kommer patienter som behöver stora utredningar att kosta. Man kan vara lite rädd att det blir så som man såg på tv att det blev i Västmanland. Nej, man kommer inte att säga nej till patienterna – man kommer att säga: Vi har fullt. Vi kan inte ta emot fler – vi har bara de här lokalerna. Och så hittar man en massa argument för det. Så kommer det att gå till – tyvärr!

Anförande nr 178

Lena-Maj Anding (mp): Ordförande, landstingsledamöter! Det här är en väldigt svår fråga, eftersom den är så omfattande. När man har brutit ut delarna ur helheten blir det väldigt svårt – man får så många olika konsekvenser. Jag tänker på det som Birgitta Sevefjord sade om hemsjukvården i detta uppdrag. Där har man till exempel från rehabiliteringen en inställetid på 24 timmar. Det är väldigt hårt reglerat i uppdragsbeskrivningen. Det är sjukgymnaster och arbetsterapeuter som går hem till de boende efter att de har kommit hem från sjukhuset för att ordna hemsjukvården på ett bra sätt: lägga upp en rehabiliteringsplan. Det är bara det att det inte finns några ersättningsnivåer för att utföra uppdraget. Man har inte tagit hänsyn till detta i ersättningsarna.

Beroende på att man inte har en nivå på ersättningen till dem som ska utföra uppdraget och beroende på att man har ställt upp så många skall-krav, bland annat när det gäller samverkan, finns det inte heller någon utförarorganisation när det gäller folkhälsouppdraget. Man har lagt folkhälsouppdraget på husläkaren, som fått ett ökat ansvar att genomföra folkhälsa, alltså att bedriva hälsofrämjande. Det gör husläkaren normalt genom att han skriver ut ett recept på fysisk aktivitet. Men om man är husläkare har man inte särskilt mycket i sin utbildning som motsvarar kompetens kring folkhälsa. Tyvärr, ska jag säga. Det finns en del distriktsläkare som är väldigt duktiga på det här med folkhälsa, men det ligger inte mycket folkhälsa i utbildningen.

Däremot finns det väldigt mycket folkhälsa i distriktsköterskornas, sjukgymnasternas och arbetsterapeuternas uppdrag. Men deras resurser har man dragit ned. Det är ju de som sedan ska utföra uppdraget, men det finns ingen utförarorganisation som har fått någon ersättning för det uppdraget; man har fört in så mycket andra skall-krav där. I och med att man har brutit ut delarna och försöker göra någonting av det får man helt orimliga konsekvenser i andra delar, när det egentligen borde vara en helhet.

Det är så förvirrat, och det är så svårt att få fram konsekvenserna av systemet fullt ut. Det upptäcker man om man pratar med verksamhetsföreträdare på golvet. Det är en mycket svår reform som man försöker genomföra här och som kommer att få svåra konsekvenser för många människor, just därför att man inte har tagit reda på vad det man gör kommer att få för konsekvenser.

Anförande nr 179

Landstingsrådet Andersson (c): Jag tror att vi så här mot slutet – det får vi väl hoppas att detta är – av debatten ska minnas hur det såg ut i primärvården under den förra majoriteten. Då hade vi vårdcentraler som lades ned, till exempel den i Sorunda. Vi hade ett flertal vårdcentraler som inte kunde rekrytera läkare, troligen bland annat på grund av dålig ledning. Vi hade exempel som vårdcentralen i Karlhäll, i Akalla, i Rinkeby och i Upplands Väsby. Det var en lång rad vårdcentraler som inte fungerade väl.

Vi hade också problem med människor som fick stå i långa köer i telefon och sedan fick vänta flera dagar på att få komma på besök hos sin läkare. Därför skulle jag vilja säga till medborgarna, som förhoppningsvis lyssnar på den här debatten: Låt oss komma

ihåg det här! Låt oss i valrörelsen 2010, när vi kan se resultaten, jämföra resultatet av Vårdval Stockholm med hur det såg ut under förra mandatperioden.

Anförande nr 180

J a n e t M a c k e g ä r d (s): Ordförande! Alla i den här salen vet att Akalla är ett väldigt dåligt exempel. Vi som har suttit mer än en period i landstinget vet att ingen vårdcentral väl har haft så bedrövliga lokaler som den i Akalla. Och när den äntligen fick nya lokaler under förra mandatperioden begärde alliansen att den skulle upphandlas, och det är läget i dag.

I dag finns det faktiskt en vit fläck, och det är Söderberga och hela Söderbergaområdet, där ingen har begärt att få auktorisation. Det innebär att vårdcentralen i dag står tom, i ett område där det byggs hundratals lägenheter, och ingen har sagt sig vilja bedriva verksamhet där. Brommageriatriken har uttryckt att de känner sig väldigt ensamma i det stora Bromma sjukhus när vårdcentralen läggs ned, och det kan jag förstå. Det behövs en vårdcentral i Söderbergaområdet!

§ 246 Interpellation 2007:79 av Raymond Wigg (mp) om patientperspektivet på det Nya Karolinska Solna

Anförande nr 181

Landstingsrådet W i g g (mp): Fru ordförande och fullmäktige! Tack för ditt svar, Stig. Vi har ju redan i ett tidigare ärende varit inne på den här frågan. Vi har redan sagt att debatten om Nya Karolinska är en viktig debatt – det behöver vi ju inte upprepa. Men jag tänkte läsa upp något som stod i det tävlingsprogram som låg till grund för hur vi valde ut det vinnande sjukhuset. Där stod:

”Sjukvårds- och forskningsverksamhet är till stora delar av teknisk karaktär och det är viktigt att lokalerna anpassas till verksamhetskraven. Samtidigt är det väsentligt att de humanitära aspekterna på miljön beaktas. De mänskliga behoven skall stå i centrum vid planering och utformning av det nya universitetssjukhuset.

Frågor som trygghet och omsorg för patienter och anhöriga samt trivsel och stimulans i arbetsmiljön för anställda kommer att ges hög prioritet.” – Stig har ju också sagt att så ska bli fallet.

När man uppför en byggnad av den här storleken finns det en risk att en sjuk patient som kommer till sjukhuset och ställer sig och tittar rakt upp mot byggnaden tycker att den nästan faller över honom eller henne. Det märker man när man åker och tittar på olika sjukhus runt om i världen. Det är därför som jag är så angelägen om att det här perspektivet inte glöms bort utan finns med i fortsättningen – enbart det.

Det står också i tävlingsprogrammet: Det nya universitetssjukhuset ska vara fullödigt i sin hänsyn till människan. Omtanken ska gälla både det nära och det övergripande --- det ekologiska perspektivet --- och den ska återspeglas på alla nivåer i utformningen av sjukhusmiljön och val av material och teknik.

Stig! Du har sagt jättemycket bra om patientrummen och hur man som individ ska bli mottagen och bemött, men det är ju en grannlaga fråga även när man utformar det arkitektoniska. Det finns skrivningar som i projektbeskrivningen, där man talar om det urbana samhället: Det ska bli stort och svulstigt. Då undrar jag: Var finns balansen i de uttrycken, om vi nu ska fortsätta diskutera? Hur ska vi kunna utforma torget framför Nya Karolinska så att man inte känner sig som en liten plutt som bara är sjuk?

Anförande nr 182

Landstingsrådet Nyman (kd): Fru ordförande! Det var ett nytt sätt att beskriva det. Den lilla plutten har inte varit med så mycket i diskussionen tidigare.

Man kan naturligtvis känna sig hjälplös som patient. Jag har varit patient några gånger, men jag har aldrig känt mig hjälplös – bemötandet har varit det mest fantastiska, och det var innan de visste att jag var landstingsråd, så det berodde inte på några sådana hänsyn.

Du har så rätt i det du säger. Men nu tror jag mig veta att din partigrupp ändå inte har fått någon grundlig information om dagsläget i bygget, hur det ser ut och hur man planerar att det ska se ut – jag tänker på bilder av patientrummen, bilder av fasaden, bilder av torget. Jag har med mig en liten bild som jag tänkte få överlämna till dig när vi har avslutat meningsutbytet. Den visar en del av den miljö som sjukhuset kommer att bestå oss med.

Jag ska inte säga att jag vet, för det vore att överdriva, men jag har förstått att du ser en motsatsställning mellan det urbana och det som är uttryck för sjukhusets väsen, miljö och möjligheter. Jag ser det inte så.

Vi står mitt i verkligheten. Vi har bestämt vilken tomt det ska byggas på, och den är ju urban, precis på gränsen mellan två framgångsstad i världen – Solna och Stockholm. Då kommer vi inte ifrån den urbana miljön. Men det gäller då att forma miljön i och omkring sjukhuset på ett sådant sätt att redan miljön verkar läkande och välkomnande. En miljö av den karaktären är terapeutisk i positiv mening. Jag har inte sett så många sjukhus i världen, men jag har sett ett skräckexempel och ett lysande exempel, båda i Petersburg. Det lysande exemplet var byggt för dem som hade en position i ledningen av dåvarande Sovjetunionen. I det som var för vanligt folk hade man en sjukhussal som rymde 60 personer. Här talar vi om enbäddsrum.

När det gäller andra sjukhus kan jag nämna Rikshospitalet i Oslo, som man fick börja med att bygga om, därför att man för tidigt läste sig för hur det skulle se ut. De farhågor du har kommer vi att successivt kunna bearbeta, Raymond. Du kommer att få information från projektledningen, och då kommer många av de här frågorna att få svar, och du kommer att få bildbevis – med dagens teknik kan man ju göra bilder av framtiden på ett sätt som jag skulle önska att man kunde göra för Vårdval Stockholm för att bevisa hur bra det blir. Men när man pratar om arkitektur är detta fullt möjligt.

Som ordförande i FOU-utskottet är jag i någon mening politiskt ansvarig för att det här arbetet går till på ett sådant sätt att vi når målen att kombinera den urbana miljön med det mänskliga perspektivet. Om du något mer kan precisera vad din oro egentligen består i så att vi i den här interpellationsdebatten i någon mån skulle kunna komplettera framställningen från i morse, så tror jag att alla har glädje av det, även jag.

Anförande nr 183

Landstingsrådet Wiggen (mp): Tack, Stig, för att jag ska få se bilden. Jag har redan sett bilderna, men jag kan få en bild av dig ändå – det är jättetrevligt. Men det är allvarliga saker vi pratar om, inte bara trivsamma. Vi som står i den här positionen är så kapabla och friska att vi nog kan ta oss över torget och möta de här byggnaderna och så vidare. Därför är det, som jag sade, väldigt grannliga hur det utformas, och där är vi inte ensamma om att bestämma. Både Solna och Stockholms kommun ska ju göra planarbete och så vidare.

Men när det gäller sjukhusets innehåll skulle vi kunna bidra till ett litet förtydligande. Hur ser du på omvårdnadsperspektivet, Stig? Omvårdnad talar man om i allmänna ordalag, till exempel omplåstring, handpåläggning, alltså den taktila kontakten och

sådana saker. Men omvårdnad är ju också en specialitet. Frågan är: Får specialiteten omvårdnad också plats i det nya sjukhuset? Anser du, Stig, att omvårdnad som specialitet är någonting som ska få utrymme även inne på universitetssjukhuset – i forskningssammanhang och i kliniska sammanhang – och inte bara de tekniska specialiteterna? Det är en oerhört viktig fråga. Det skulle, som jag ser det, kunna bidra till att man ännu mer humaniserar miljön i uppgiften att ta hand om väldigt svåra sjukdomar.

Vi ska träffa projektkansliet – vi har bokat tid där nästa vecka. Vi ska åka dit med hela vår grupp och titta, och vi har naturligtvis fått fortlöpande information. Men vi känner ändå att det är viktigt att det finns någon som hela tiden pekar på det mänskliga, det lilla perspektivet, så att det hela tiden påminns om det när det i andra sammanhang blir väldigt dominant med de här strukturerna – vertikalt, horisontalt och så vidare. Det blir så väldigt mycket teknikaliteter och inte så mycket humaniteter, om jag säger så.

Jag känner mig relativt nöjd med det svar som du har lämnat. Jag hoppas att du kan svara på den fråga jag har ställt och att vi tillsammans kan se till att det här perspektivet inte glöms bort nu när byggnaden mer och mer får en reell start.

Anförande nr 184

Viviann Gunnarsson (mp): Vi hade en diskussion i början av det här mötet om Karolinska sjukhuset som handlade om alla olika aspekter, och nu ska vi prata om den del som handlar om det mänskliga perspektivet. Jag tycker att ditt svar handlar väldigt mycket om själva byggnaden, standarden på rummen etcetera. Det var kanske inte riktigt det vi menade. Vi menade att vi redan nu skulle behöva komma längre med just omvårdnadsperspektivet, som Raymond Wigg tog upp.

Att man får in enbäddsrum är inte direkt någon stor standardhöjning på sjukvården, tycker jag. Det finns sjukhus både i Washington och i Rotterdam som redan har haft enbäddsrum i årtal. Det finns ett stort statligt sjukhus i Washington som har lika bra standard på sina sjukhusrum som våra sjukhus här och där det ligger människor som alltså inte ingår i försäkringssystemet utan som får sin vård betald av amerikanska staten. Därför menar jag att just den standarden bara är grundläggande.

Det jag tycker är viktigt är att vi för en diskussion kring vilken typ av omvårdnadsutveckling man skulle kunna ha på det här sjukhuset. Det är särskilt viktigt eftersom sjukhuset ska ha en forskningsinriktning. Människor som har svåra sjukdomar och som kommer in på det här sjukhuset och kanske då utsätts för en behandling som ännu inte är fullt utvecklad behöver ett mycket bättre omhändertagande än många andra för att inte känna sig som försöksobjekt utan fortfarande som patienter.

Det är en oerhört obehaglig ställning man får som patient om man blir försöksobjektet och inte patienten som deltar i en utveckling av sjukvården på grund av att man själv har velat det. Det krävs mycket mer av personalen för att förstå det här. Alla vi som någon gång har mött det här förstår att det är ett stort dilemma för patienten att befinna sig i den här situationen. Det tycker jag att vi skulle diskutera mer än utseendet på själva sjukhuset och om vi ska ha enbäddsrum med tv i eller inte. Kommer man in med en svår sjukdom och inte kan ta sig ur sitt rum är det naturligtvis självklart att man ska få en bra standard på sitt sjukrum.

Anförande nr 185

Landstingsrådet Nyman (kd): Mot bakgrund av det som har sagts av både Raymond Wigg och Viviann Gunnarsson tycker jag att begreppet helhetssyn platsar väldigt bra just nu – att knyta ihop teknik, miljö och alltihop när fokus är på patienten och patientens vårdbehov. Det talas mycket om det i de texter som finns. När man ser den senaste

bildserien – jag vet inte hur många jag har sett under de ett och ett halvt år som det har funnits bilder på sjukhuset – framgår det oerhört tydligt.

Inte bara symboliskt utan rent praktiskt är det så att projektdirektören Lennart Persson är en erfaren och omvittnat duktig läkare med många års erfarenhet som läkare och som ledare av hälso- och sjukvård, nyttjad som kompetens av Socialstyrelsen, förra Regeringskansliet och så vidare, en av personerna bakom utredningen om den högspecialiserade vårdens framtid och så vidare. Vid sin sida har han en erfaren sjuksköterska, för säkerhets skull från samma stad, nämligen Uppsala, som just fokuserar på, tar vara på och är mån om att med omsorg hantera omvårdnadsfrågorna. Det här sjukhuset blir ett lyft för patienterna! Men många av de frågor ni tar upp rör ju varenda enhet i landstinget. Det handlar om SÖS, Danderyd och allihop.

När det gäller enbäddsrummet vill jag säga att det är möjligt att Viviann Gunnarsson och jag har olika syn på detta, men när jag har hört detta beskrivet i olika sammanhang kring Nya Karolinska i Solna talar vårdande personal om att det är en helt annan situation att gå in till en patient som har eget rum. Man knackar på dörren. Det gör man inte om det finns två, tre eller fyra på rummet. Då vet patienten många gånger inte varför vårdpersonalen dyker upp, utan man går till någon enda.

Jag var alldeles nyligen och hälsade på en äldre person som låg på Danderyd. Alldeles oberoende av att jag satt där under besökstid kom det in personal och det togs prover och blodtryck och så vidare. Den hänsynen som de inte visade – eller kanske inte kunde visa därför att förutsättningarna inte fanns – kommer det att finnas förutsättningar för att visa om det finns enbäddsrum. Det är en väldig skillnad på en intensivvårdspatient och en patient som ligger där kanske postoperativt utan större behov eller svårare problem. Men enbäddsrummet är en viktig utgångspunkt.

Jag vet att det finns enbäddsrum på andra håll i världen, men här är det en bärande tanke som vi ska etablera i vårt landsting och i det här sjukhuset och som kanske också ska vara en förebild för ombyggnad och utveckling av de övriga sjukhusen.

§ 247 Interpellation 2007:80 av Viviann Gunnarsson (mp) om Nya Karolinska Solnas miljöåtgärder m.m.

Anförande nr 186

V i v i a n n G u n n a r s s o n (mp): Ordförande, ledamöter! Det här fortsätter på temat, att försöka fördjupa diskussionen redan nu. Även om vi har fått ett löfte – vilket jag tycker är jättebra – om en fördjupad diskussion i december och ett förslag i februari så är det i alla fall bra att vi går in i och tittar på vad det är för någonting som egentligen fattas.

Den här interpellationen handlar om miljöåtgärder med mera på Nya Karolinska Solna. Det som jag har fått mest svar på handlar om uppvärmning och energi, så jag håller mig väl till det i den här diskussionen, även om det också finns många andra miljöåtgärder som man skulle kunna diskutera.

Som vi har förstått det skulle sjukhuset även vara kopplat till fjärrvärmenätet, men i svaret som jag har fått uppfattar jag inte att den kopplingen är beskriven. Däremot beskrivs en mängd olika andra – bra, tycker jag – inriktningar när det gäller både uppvärmning och elenergin.

Det som jag skulle vilja få lite mera kött på benen kring är varför det sägs i svaret från Stig Nyman att det kommer att utredas i ett senare skede var solcellerna ska placeras, om man nu ska ha några – jag tycker inte det heller framgår helt klart. Det är lite tveksamheter kring att man inte är framme vid exakt vilka lösningar man ska ha. Men när

det gäller just placeringen av solceller kan man nog inte vänta så länge, för redan i arkitektförslag, beställningar av hur bygget ska se ut och så vidare behöver man ta upp den frågan. De material som innehåller solceller kan även täcka väggar och tak. Det är alltså inte så att man placerar dem för sig uppe på taket, utan numera är detta integrerade lösningar, och de utvecklas väldigt fort. Det är väl bra om man är flexibel, men man kan ju inte vara flexibel hur länge som helst. Det finns redan applikationer på andra ställen än sjukhus där man arbetar med den här tekniken, inte bara på tak utan även på väggar.

Kraven höjs hela tiden när det gäller miljötänkande, så här måste man ligga i framkant och hela tiden se till att hitta både den senaste spetstekniken men också sådant som man tror kan vara varaktigt i framtiden. Från Hammarby Sjöstad i Stockholms stad har vi erfarenhet av hur man kan arbeta på det sättet, och jag hoppas man i det här projektet också tar vara på den erfarenheten.

Min första fråga gäller framför allt solcellslösningen.

Anförande nr 187

Landstingsrådet N y m a n (kd): Fru ordförande! Det är så att jag har valt att med hjälp av projektkansliet ge ett så fylligt skriftligt svar som möjligt för att det ska finnas på pränt, det som hittills är känt – nu rimmar det plötsligt, på eftermiddagen!

Det finns ett åtagande i hanteringen av det vinnande formgivningsförslaget, att utforma det på ett sådant sätt att man utgår ifrån att vi ska ha till hundra procent förnybar energi i det här huset. Lyckas vi med det, tror jag att vi kommer att ha studiegrupper ifrån hela världen på besök för att se på stora offentliga byggnader, inte minst av den här karaktären.

Som ni också kan se i svaret som jag nu har tagit ut i färg, blir det lilla diagrammet på sidan 2 så mycket tydligare. Nu är det inte så att våra värderade medarbetare har valt skala för att det ska bli tydligt, utan oavsett vilken skala man väljer är den en markant skillnad mot miljöpåverkan i det nuvarande Karolinska Solna – vi har inte lagt in Karolinska Huddinge – jämfört med Nya Karolinska Solna.

Jag utgår från att vi är alldeles överens om målen, och jag skulle önska att jag behärskade tekniken så att jag kunde krångla till det så att ingen av er begriper utan det bara låter trovärdigt och kunnigt. Man jobbar oerhört ambitiöst med de här frågorna.

Jag borde lämna över en bild till dig också, Viviann, som Juan Copovi-Mena när han föredrar detta brukar kalla "den gröna bilden", den bild i hela denna bildserie som han är mest stolt över. Men nu har han ju valt att göra den grön, och det är en eländig färg att hitta kontrasterande färger till så det blir läsbart, så den behöver dras upp till 100 gånger 70 cm för att man ska kunna se vad som står. Det kommer ni att kunna få utvecklat när herrskapet kommer till er, för då kan man beskriva enskilda detaljer. Det handlar alltså om energisystemet, det handlar om energikonsumtionen, det är en beskrivning av den goda inomhusmiljön, som jag har varit inne på i den här interpellationen och den förra, och det handlar om robustheten och om användarmaterial.

I det här inlägget kan jag väl passa på och säga, på den halva minut som är kvar, om det nya torget som Raymond hade en viss farhåga för att människor skulle uppleva som att det rasar ner över en, att jag tror inte på det intrycket. Materialet man går på är återanvända tegelväggar från thoraxhuset, som vi tror att vi måste riva. Så även i det avseendet är det inte ny asfalt utan återvunnet tegel som vi lägger i torgets planytor.

Jag nämner detta som ett exempel på hur oerhört angelägen om att det ska vara, bit för bit, hundra procentig återvinning.

Anförande nr 188

Viviann Gunnarsson (mp): Stig Nyman, det är inte så att jag är otacksam för svaret – tvärtom tycker jag att det var ett väldigt utförligt och bra svar på de här frågorna. Det är bara det att jag tycker att vi behöver fortsätta diskussionen.

Jag tror att det är så i dag att vi politiker faktiskt måste lära oss ganska mycket om de här systemen för att kunna gå in och diskutera också på detaljnivån. Det räcker inte att säga: Ja, men vi har skaffat det mest miljövänliga nu, och vi tror att det är bra. Vi måste faktiskt kunna det här. Om energianvändningen i dag uppgår till 290 kilowattimmar per kvadratmeter och år och vi får en minskning till 150, är det ändå så att 150 kilowattimmar per kvadratmeter och år är ganska mycket i förhållande till en bostadslägenhet i Hammarby Sjöstad, och då vill man ju veta varför det är så. Jag kan förstå att det är så, eftersom det är så mycket apparater och maskiner som är i gång, men vad jag menar är att vi måste veta vad vi pratar om.

Fortfarande är min fråga: Kommer det att vara en anknnytning till fjärrvärmenätet och det är där som den förnybara energin kommer att finnas, eller kommer det att vara helt fristående från fjärrvärmenätet? Och är det så att vindkraftverken kommer att finnas där, eller är det grön el från vindkraftverk som vi kommer att köpa? Det är lite skillnad, tycker jag, om vi ska kunna visa upp det som ett spetsprojekt för världen. Att köpa grön el är det många som gör, och det är också många som kopplar ihop det med fjärrvärmen. Men ett helt separat hus, med bara egen uppvärmning och bara sin egen elgenerering, är väldigt sällsynt. Jag har sett ett sådant hus i London, stadshuset, och det finns några stycken till i världen. Det skulle naturligtvis bli någonting väldigt fint att visa upp.

Det är viktigt att hålla isär de olika bitarna och verkligen kunna diskutera vad vi uppnår med det ena och det andra, och vilka besparingar vi uppnår när vi gör detta.

Anförande nr 189

Landstingsrådet Nyman (kd): Jag kan inte ge ett solklart svar på om det är fullständigt frikopplat för all framtid från fjärrvärmetänk. Det vill jag inte läsa det vid. Men det var, precis som du har påpekat, en av förutsättningarna, och man måste ju ge förutsättningar inför en formgivningstävling och ett tekniskt tänkande omkring det. Därför fanns det med.

Jag när förhoppningen att vi ska kunna hitta lösningar som gör att vi får en energiproduktion som består av till hundra procent förnybar energi. Det måste ju vara inte bara en miljöpartists yttersta dröm att få vara med och votera ja för en sådan lösning! Nu när fler och fler blir alldeles klara över betydelsen av miljöhänsyn, av olika slag, så måste det vara någonting alldeles enormt.

Sedan är det här något större än Hammarby Sjöstad, och det är en helt annan karaktär på byggnaderna. Vi har, i den här diskussionen, i den förra och även i förmiddags, varit inne på angelägenheten av att det här är patientanpassat och har patientfokus. Jag förstår att vi får återkomma till det i början av adventstiden, eftersom Viviann har ställt en ny interpellation om säkerhet och annat i det här projektet, och då kommer frågorna att belysas ytterligare.

En vägledande fråga, som jag märker på mig själv att jag reagerar varje gång jag säger detta, är att det är oerhört angeläget att vi har så mycket flexibilitet kvar som möjligt, i möjligheterna att förändra, ju närmare vi kommer till byggstart och den nödvändiga lösning som ligger i det, just för att erbjuda optimala förutsättningar för att miljömässigt, energimässigt, när det gäller miljöåverkan och så vidare minimera riskerna, öka säkerheten och på det sättet kombinera ett av världens absolut främsta sjukhus, vårdmässigt och omvårdnadsförmåga, medicinskt forskningsmässigt, utvecklingsmässigt

och så vidare, med att det är en lysande förebild för hur man kan hantera nybyggnation i en miljö som kräver största möjliga hänsyn för hållbarhetens och för vår gemensamma framtids skull. Vi ska kunna känna trygghet i det. Om det sedan klipps av ett band med en peang eller vad det heter, öppnas en port eller körs in ett tunnelbanetag som invigning, det har jag ingen aning om, men man ska kunna vara utomordentligt stolt över alla de miljömässiga framgångar som har etablerats i den här byggnaden.

Som sagt, det finns aspekter som vi behöver återkomma till. Säkerhetsaspekterna har Viviann frågat om till nästa fullmäktige som ger utrymme för interpellationssvar.

Anförande nr 190

V i v i a n n G u n n a r s s o n (mp): Själva sjukhusprojektet blir nog inte större än Hammarby Sjöstad, som är ett väldigt stort projekt som integrerar en mängd olika lösningar som var väldigt på spets på sin tid, så att säga. Räknar man in forskningsbyn, hela kollektivtrafiklösningen och alltihopa kanske det blir större, det vet jag inte. Problemet är att vi kanske inte har lika bra miljölösningar för de andra delarna av projektet – i alla fall är inte det klart ännu.

Det som oroar mig i alla fall, och som jag kommer att fråga projektledningen tydligt om är fjärrvärmelösningen och lösningen med inköp av vindkraftsel. Det har nu kommit nya propäer om att man kanske inte längre kommer att kunna köpa grön el från olika offentliga inrättningar, men det kan man visst göra, det ska man känna sig trygg i. I vilket fall som helst kan jag säga att ett vindkraftverk på taket, som man har i London, är bättre än att köpa elen.

§ 248 Interpellation 2007:78 av Birgitta Sevefjord (v) om nedläggning av närakuter

Anförande nr 191

Landstingsrådet S e v e f j o r d (v): Ordförande! Jag har ställt en interpellation till ansvarigt sjukvårdslandstingsråd om nedläggningen av närakuter. Interpellationen bygger på en tidningsartikel som publicerades före valet och handlar om vad man säger före valet och vad man gör efter valet, när man har den politiska makten.

Före valet sade du, Filippa Reinfeldt: Närakuterna ska inte läggas ned, tvärtom. Nu, när du har den politiska makten och det yttersta ansvaret, lägger du ned de flesta närakuterna. Därför frågar jag: Anser du att det är ett valsvek att stänga närakuterna? Jag tror att många medborgare i vårt län uppfattar det som ett valsvek, när man säger en sak alldeles före valet och gör någonting helt annat när man får makten.

I samma artikel säger du så här: Det kostar mycket pengar att bygga upp närakuterna. Att kräva att de nu ska lägga ner vore ett slöseri med skattebetalarnas pengar och det vill inte vi medverka till. Och så lägger du ned!

Hur kommer det sig att det som före valet var att betrakta som kapitalförstöring och ett slöseri med skattebetalarnas pengar i dag anses vara god borgerlig politik?

Detsamma gäller naturligtvis närakuten på Rosenlunds sjukhus, som ni tänker lägga ned därför att ni i stället vill öppna en närakut i direkt anslutning till det stora akutsjukhuset. Är inte det kapitalförstöring och slöseri?

Jag har fått ett svar. Jag tackar så hemskt mycket för svaret, även om jag inte har fått svar på mina frågor. Du säger: "När närakuterna öppnade för ett par år sedan stängdes många väl

fungerande husläkarjourer.” Jag skulle vilja veta vilka alla de där väl fungerande husläkarjourerna var, för min bild är att vi byggde upp närakuterna just därför att husläkarjourerna inte fungerade. Dessutom är befolkningen väldigt nöjd med närakuterna.

Vidare säger du – vilket bekräftar den bild som jag ger: ”Närakuter i områden där husläkarverksamheten fungerar bristfälligt tar en stor andel av husläkarnas oplanerade besök. I dessa områden har närakuterna blivit ett omtyckt komplement till husläkarna.” När jag läste det och ditt erkännande till närakuterna, tänkte jag: Ja, men då måste de väl rimligen få vara kvar? Men då gör du en halsbrytande kovändning och säger att efter att de har fungerat väldigt väl ska de läggas ned! I stället ska man föra över patienterna till de dåligt fungerande husläkarmottagningarna. Jag har väldigt svårt att förstå logiken och konsekvensen i det sättet att resonera, så det vore intressant att höra vad sjukvårdslandstingsrådet har att säga.

Anförande nr 192

Landstingsrådet R e i n f e l d t (m): Fru ordförande! Tack, Birgitta Sevefjord, för interpellationen.

Med citat är det som med statistik: det blir lite grann som man vill. Man kan plocka citat från både den ena och den andra ledamoten och sedan bevisa vad som helst med det. Men ibland är det ju så att citaten står i ett sammanhang, som inte alltid redovisas.

Den förra majoriteten, nuvarande opposition, startade en översyn av närakuternas verksamhet. Vi fullföljde den översynen, och den var klar i våras. Den visade att närakuterna hade förbättrat tillgängligheten i primärvården, men att de inte nämnvärt hade avlastat sjukhusen. De resultaten, tillsammans med satsningen på Vårdval Stockholm, där vi går från ett mindre antal öppnade jourverksamheter och närakuter till att alla länets husläkarmottagningar och vårdcentraler får ansvar för medborgarnas kvälls- och helgjourer, samt att det har visat sig att sjukhusen fortfarande brottas med att det är trångt i väntrummen med många patienter som gärna skulle kunna få hjälp på en lägre vårdnivå, har lett oss fram till där vi står i dag: en satsning på vårdmodellen med Vårdval Stockholm samt en fördjupning av de närakuter som ska vara kvar, att mer vara en avlastning av sjukhusen, samt uppbyggnad alternativt flytt med motsvarande närakuter i direkt anslutning till våra sjukhus: Södersjukhuset, Danderyds sjukhus, Karolinska sjukhuset i Solna, vid Huddinge sjukhus finns det redan en motsvarande närakut i direkt anslutning, och vid Capio S:t Görans sjukhus.

Vi förväntar oss naturligtvis och hoppas att de kommer att fungera precis lika bra som den nyss öppnade närakuten för barn i direkt anslutning till Astrid Lindgrens Barnsjukhus, som redan efter någon dryg vecka avlastar sjukhuset med ungefär en tredjedel av de besök som söker sig in till sjukhuset men som egentligen inte har behov av sjukhusets resurser.

Visst är det så att många av närakuterna kom till som ersättning för icke helt optimalt fungerande husläkarverksamhet, ett icke helt optimalt fungerande utbud av den nära sjukvården. Och det var också så att under den förra mandatperioden stängdes flera jourmottagningar – Stureby, Dalen, Farsta för att nämna några – och så öppnades närakuterna. Men den egentliga skillnaden mot då är att nu får husläkarverksamheterna och vårdcentralerna ansvar för den jourverksamhet som ska bedrivas på kvällar och helger, i stället för att alla närakuter får det.

Sedan fördjupar vi kompetensen, och där jobbar förvaltningen just nu med att titta på vilka specialiteter vi ska fördjupa på de kvarvarande närakuterna och på de närakuter som vi kommer att bygga upp i direkt anslutning till sjukhusen.

Anförande nr 193

K a i j a O l a u s s o n (mp): Ordförande, ledamöter! Jag finner att jag inte förstår Filippas svar på interpellationen. I andra stycket står det att närakuterna har blivit omtyckta komplement och att husläkarmottagningarna inte har fungerat så bra. Men det var ju patientens val som skulle styra – de nära valen läggs ned, om jag har förstått saken rätt.

Vad vi i Miljöpartiet tycker är viktigt är geografisk närhet. Men genom att lägga ned närakuter slussar man ju patienter till sjukhusen i stället. Då stöter vi på patientens val en gång till: Patienten vill gå till närakuten, för det är nära.

Man ska alltså höja kompetensen på husläkarna. Varför det? Kompetensen finns ju redan på närakuterna.

Men egentligen förstår jag inte varför jag oroar mig, för klockan halv två sade Chris Heister: "Vår politik är att inte avveckla verksamheter." En timme senare sade Gustav Andersson: "Vård ska finnas där befolkningen vill ha den." Det tycker jag också låter lovande, så jag förstår att närakuterna kommer att vara kvar i så fall? Tack.

Anförande nr 194

H å k a n J ö r n e h e d (v): Ordförande, fullmäktigeledamöter! Ja, närakuternas vara eller inte vara, det är frågan. Antagligen är det en fråga som Filippa brottats med en lång period nu.

Jag tror att i grunden är Moderaterna och Filippa för närakuter: valfrihet i vården, flexibilitet. Moderaterna drev ju fram Cityakuten på sin tid, så varför skulle de vara emot närakuter, fler "Cityakuter", i sjukvårdsutbudet?

Men av bara gammal reflex måste Filippa vara emot just närakuterna. Man kan ju inte tycka att någonting som den rödgröna majoriteten gjorde förra mandatperioden är bra!

Först börjar man då argumentera för att närakuterna är för dyra. Hur mycket primärvård skulle man inte kunna få för en närakut? Men sedan visar det sig att de inte var så dyra, betydligt billigare än om dessa patienter gick till de stora sjukhusens akutmottagning. Aj, aj, aj – vad ska man då hitta för argument? Jo, de avlastar ju inte akutsjukhusens akutmottagningar! Ett nytt argument förs fram. Man kan ju inte tycka någonting som de rödgröna gjorde blev bra!

Sedan visade det sig att ökningen på akutsjukhusen inte alls har med närakuternas vara eller inte vara att göra. Däremot är det en ökning på akutsjukhusens mottagningar i hela Sverige. Sjukhusen redovisar att det inte är onödiga fall på akutmottagningarna, utan det är folk som är väldigt sjuka och behöver akutsjukhusens vård. Det akutsjukhusen behöver är fler slutenvårdsplatser. Man kan fråga sig: Om inte närakuterna hade funnits, vilket kaos hade det inte då varit på akutmottagningarna?

Samtidigt ska det snart vara val, och Filippa vet att närakuterna är oerhört populära, uppskattade bland både stora och små invånare. Där kommer de här citaten i DN-artikeln. Inte såg ni Filippa stå på något torgmöte och säga: Jag ska lägga ned Farstas närakut. Nej, jag missade det torgmötet i så fall, Filippa, och tydligen farstaborna också.

Filippa är i dag rätt hårt pressad i den här frågan, för budgeten måste ju gå ihop. Var ska hon spara? Filippa umgås ju med Folkpartiet, som har ett verkligt hat mot närakuterna. Då kommer detta fantastiska trollspö, Vårdval Stockholm, som löser precis allting. I varje fråga och i varje diskussion framförs nu mantrat Vårdval Stockholm, och

Filippa andas ut. Av bara farten flyttar hon några närakuter till sjukhusen och smygprivatiserar delar av sjukhuset. För inte kan närakuterna på sjukhusen drivas i egen regi!

Kvar står några förskrämda farstabor, skärholmsbor och boende i Jakobsberg. Vad var det som hände? Vår tillgång till vård blev bara sämre. Så typiskt att det var just i våra områden med hög ohälsa!

De konstaterar att då de rödgröna styrde betydde närakut en akut nära människor. När Moderaterna styr betyder närakut en akut nära akuten!

Anförande nr 195

I n g e r R o s (s): Ordförande, fullmäktige! Att närakuterna blev en succé är argument som inte verkar bita. Det har vi tagit upp många gånger. Jag tycker ändå att man när man argumenterar som du gör, Filippa, så måste man argumentera för helheten.

Du hänvisar till närakututredningen. Häkan gav på ett föredömligt sätt en redovisning när det gällde akutsjukhusen, men det var också så att närakututredningen visade att tillgängligheten för dem med störst behov, för äldre och kroniker, ökade på vårdcentralerna när närakuterna kom. Men vi kanske inte ska ta så stor hänsyn till dem som har störst behov? Det tyckte vi var ett viktigt inslag.

Närakututredningen lade också som förslag att Jakobsbergs närakut inte skulle läggas ned, för den hade avlastat väldigt mycket i det området. Där gick ni precis på tvärs och lägger ned Jakobsbergs närakut.

Helhetsbilden måste du ha med när du hänvisar till närakututredningen, eftersom vi är flera som har haft förmänen att få läsa igenom den.

Sedan skulle jag också vilja fråga dig en sak, Filippa. Jag kan inte låta bli. Ibland går det du säger från talarstolen verkligen på tvärs. Jag stod här förut och hade en diskussion med dig, där du var väldigt noga med att tala om att politiken ska inte styra härifrån Landstingssalen, att er politik går ut på att stärka patientens ställning och att låta vårdgivarna avgöra var behoven finns. Då förstår jag inte riktigt hur man kan gå emot att över 40 000 medborgare har skrivit under protestlistor att närakuten inte ska läggas ned i Jakobsberg, för att ta ett exempel, och när mängder av vårdpersonal har engagerat sig i sin verksamhet. Det verkar inte heller bita.

Det du säger här i talarstolen måste också genomsyra allt det arbete som görs i vården. Ska man stärka patientens ställning, ska man ta hänsyn till vårdpersonalens och vårdgivarnas synpunkter, då borde man ta hänsyn till alla de underskrifter och lyssna på alla de röster som talar för att närakuterna ska finnas kvar.

Anförande nr 196

L a n d s t i n g s r å d e t L a r s s o n (s): Jag begärde ordet när jag hörde Filippa skryta över den nya närakuten som öppnas i anslutning till Astrid Lindgrens Barnsjukhus. Det har vi pratat om många gånger i den här salen, och jag tycker att den som lyssnar och tar del av debatten ska vara medveten om att samma Filippa som står och skryter om närakuten har försenat dess öppnande med ett halvår. Redan i maj hade man lokalbesiktning av lokalerna, redan i april-maj höll man på och rekryterade personal – men man väljer att skjuta upp öppnandet av närakuten för barn därför att man kräver att den till varje pris vill som helst ska drivas av någon annan än Karolinska sjukhuset.

Nu har man dessutom avsevärda problem på Astrid Lindgrens Barnsjukhus därför att man håller på och krigar med de fackliga organisationerna om tjänstgöring och annat, och det har skapat röra och oreda i den verksamhet som bedrivs där för närvarande.

Jag måste säga att jag har stor respekt för Birgitta Rydberg. Hon gick ute före valet och sade: Narakuter är en styggelse, vi tycker inte om dem, vi vill stänga narakuterna. Det är en hedervärd politiker, som slåss för sin övertygelse och sedan driver igenom den efter valet.

Men politiker som säger att de ska värna och utveckla narakuterna och som sedan lägger ned ett antal narakuter efter valet, det tycker jag inte är riktigt lika bra.

Anförande nr 197

G u n i l l a H e l m e r s o n (m): Ordförande, fullmäktigeledamöter! Som delansvarig för vården i södra länet är jag väldigt glad att kunna konstatera att narakuterna på Nacka och Handens sjukhus även i fortsättningen finns kvar. Nacka sjukhus lades, som ni vet, ned under s-styret som akutsjukhus. För övrigt var det också under borgerlig period som narakuterna startade på både Nacka sjukhus och Handens sjukhus – under starka protester från Socialdemokraterna, vill jag understryka.

Narakuten på Huddinge startades också under en borgerlig period, och den har till skillnad från de andra narakuterna fungerat som det var tänkt från början och som vi önskar att det nu ska fungera i anslutning till akutsjukhusens akutmottagningar. Där har hänvisningarna gått i båda riktningarna. Det vill säga, den som är för sjuk för att kunna få hjälp på narakuten har genast kunnat slussas vidare till Huddinge sjukhus akutmottagning, och den som har mindre allvarliga tillstånd och kommer till Huddinge sjukhus akutmottagning har kunnat få besked att de snabbt kan få hjälp på narakuten om de går några hundra meter till den mottagningen. Därför är det särskilt glädjande att kunna konstatera att det nu kommer att finnas narakuter också vid de övriga stora akutsjukhusen.

Nya Vårdval Stockholm ger hög ersättning för äldre, särskilt för dem över 75 år. De kommer att vara viktiga patienter för husläkarmottagningarna, och det kommer att vara attraktivt för husläkarmottagningarna att se till att deras tillgänglighet är hög för den gruppen.

Astrid Lindgrens narakut för barn startade faktiskt tidigare än beräknat. Det var sagt oktober, men den startade i september. Genom upphandlingen sparade vi ett antal miljoner till landstinget, trots att vi får samma verksamhet och samma tillgänglighet.

Anförande nr 198

Landstingsrådet S e v e f j o r d (v): Jag kan bara notera att så fort de borgerliga partierna blir pressade i en fråga börjar de prata om vad som hände för en, två eller tre mandatperioder sedan. Ni har väldigt svårt att stå för det ni själva gör utan drar fram något som vi gjorde för fyra år sedan, sex år sedan eller åtta år sedan. Det är uppenbart en strategi som ni har satt i system och tar till konsekvent. Men så fort vi hör att ni börjar prata om vad vi gjorde tidigare vet vi att ni egentligen inte har några bra argument för att försvara er politik.

Filippa, fortfarande är det så att du några månader före valet går ut och lovar, i Sveriges största dagstidning, att narakuterna ska vara kvar. Nu säger du: Det har kommit en utredning, så nu har jag ändrat mig. Men i mina öron är det nog lite väl mycket röst-raggning i det du gjorde i juni 2006, och du svek det löfte som du gav till medborgarna då – på samma sätt som du svek löftet att du skulle öppna barnakuten på Danderyds sjukhus nattetid, det gör du inte heller. Så det är inte första gången du sviker ett val-löfte, men det kommer kanske fler.

Tidigare i dag har vi pratat väldigt mycket om valfrihet, om att patienten ska styra var vården ska vara. Här är det ju valfrihet: patienterna har valt att narakuterna är jättebra.

Det erkänner du också i ditt svar till mig – och ändå lägger du ned dem! Jag förstår fortfarande inte logiken i det resonemanget. Varför lägger ni ned saker som patienterna vill ha och som fungerar bra, som du själv säger?

Håkan redovisade att närakuterna faktiskt har åstadkommit en massa bra saker. Astrid Lindgrens Barnsjukhus har en väl fungerande närakut – men den skulle ha varit ännu bättre om ni hade låtit Karolinska sjukhuset sköta den närakuten. För vad är det som har hänt med den närakuten? Ni kanske inte har följt upp det, men den klarar inte riktigt sitt uppdrag redan nu, utan läkare från den stora akuten måste gå in på den praktikerdrivna närakuten för att den ska klara omhändertagandet av alla barn! Hade det inte varit mycket bättre om Sveriges största barnsjukhus hade fått ta hand om den närakuten?

Av ideologiska skäl skapade ni en sämre närakut på Astrid Lindgrens Barnsjukhus än vad den hade behövt bli. Nu har vi som tur är lojala medarbetare på Astrid Lindgrens Barnsjukhus, därför går de in och hjälper till när Praktikertjänst inte klarar sitt uppdrag.

Jag tycker du, Filippa, ska granska detta. Det är precis så det ser ut. Det är inte billigare. Det är inte bättre. Det blev sämre än vad det skulle ha blivit om ni hade fullföljt det beslut vi tog under förra mandatperioden.

Anförande nr 199

Landstingsrådet R e i n f e l d t (m): Fru ordförande! Först måste jag inleda med att säga att Håkan Jörnehed är helt fantastisk. Vilken historieberättare du är! Du kan fundera på en alternativkarriär om du tröttnar på landstinget en dag.

(Landstingsrådet S e v e f j o r d (v): Och han är en bra politiker också!)

Säkert. Absolut. Jag säger ingenting om det, men jag säger att han också är en fantastisk historieberättare.

Jag vill bara börja med att korrigera dig på en del. Jag fungerar nämligen inte så, för mig är inte världen antingen svart eller vit, det finns gråzoner. Men den är inte heller svart eller vit i den bemärkelsen att jag tror att allting som nuvarande opposition har gjort tidigare eller alla förslag som ni kommer med nu är dåliga. Inte heller fungerar det så att jag tror att allting som vi har gjort tidigare eller alla förslag vi har är optimala från första början. Jag brukar vara tydlig med att påpeka att jag alltid försöker ha öppna öron och lyssna in vad andra säger, för jag tror att det faktiskt är så att det finns en del klokskap hos alla människor, oavsett vilka politiska partier man representerar.

Inger, du var inne på att äldre och kroniker kommer fram bättre. Det är väl alldeles utmärkt? Det tycker jag är superbra. Vad vi gör nu är att vi bygger vidare på primärvården och utvecklar den med Vårdval Stockholm. Vi tillskjuter också nya resurser för att den ska kunna ta ett ännu större uppdrag och ta om hand fler patienter.

Vad vi vill är att få ut den bästa möjliga vården till lägsta möjliga kostnad, för på så sätt får vi ut mer sjukvård och det är ett sätt att möta framtiden och de demografiska utmaningar vi står inför. Det är faktiskt så att primärvården erbjuder vård till en lägre kostnad än vad närakuterna gör.

Dag vill jag kommentera, om närakuten för barn som jag skulle ha försenat med ett halvår. Det är faktiskt inte sant! Man får vara lite försiktig med sina ord. Den var färdigbyggd i maj. Under juni månad behövde Astrid Lindgrens Barnsjukhus de

lokalerna för att flytta över en del av sin verksamhet medan man renoverade i sina egna lokaler. Den öppnades och invigdes i september månad. Under juli och augusti är många människor lediga och på semester, så då har de inte ett lika tungt åtagande. Det du sade är inte riktigt sant.

Vad vi sade var att vi vill utveckla närakutkonceptet, och det är precis vad vi gör nu. Men tanken med närakuterna är ju inte att de ska ersätta en icke fungerande primärvård till en mycket högre kostnad, utan tanken är att vi ska fördjupa de närakuter som vi behåller och också bygga upp nya, just för att avlasta akutsjukhusen, just för att det sitter människor i dag och väntar inne på akutmottagningarna som mycket bättre skulle kunna tas om hand på en annan vårdnivå. Det sparar medarbetares resurser och kraft att kunna ägna sig åt de svårast sjuka patienterna. Det sparar också väntetid för dem med lindrigare behov, och det sparar vårdens resurser att faktiskt kunna ta emot patienter med lite lindrigare behov. Jag tror att det är bra, och kring det innehållet i närakuter har jag inga problem, Håkan!

Anförande nr 200

H å k a n J ö r n e h e d (v): På 90-talet gjordes det ett försök med en lättakut på Karolinska sjukhuset i Solna. Då ökade antalet patienter på den stora akuten med en fjärdedel. Jag tycker man ska damma av den där utredningen och vara vaksam så att det nya förslaget inte blir som en magnet som drar in alla patienter till det stora sjukhusets akut.

Jourlinjerna – ja, att vi byggde upp närakuterna var ju för att jourlinjerna inte fungerade. På Södermalm var det så att de äldre efter klockan fyra alltid åkte till SöS-akuten. Jag hoppas vi är överens om att där ska inte de äldre vara. Men om man hittar till Rosenlunds närakut?

Jag förstår inte heller räkneexemplet att flytta Rosenlunds närakut hundra meter till Södersjukhuset kan vara väl använda skattepengar. Den mattelektionen var jag nog sjuk!

Anförande nr 201

M a r i e L j u n g b e r g S c h ö t t (m): Ordförande, landstingsledamöter! Jag ska försöka bemöta lite av det som har sagts här.

Det fanns jourläkarmottagningar som var väldigt väl fungerande under förra mandatperioden på rätt många ställen. Som ett speciellt exempel måste jag ändå ta upp att det fanns en i Dalen, en i Farsta och en i Stureby. Dåvarande vänstermajoritet gjorde konststycket att säga: Nu ska vi utveckla det här och ge mer vård, lade ned alla tre och gjorde en jourläkarmottagning i Farsta.

Därför vill jag fråga Kajsa Olausson från Miljöpartiet: Hur tänkte ni då, när ni var med om det? Du säger ju att geografisk närhet är det som är viktigast?

De här jourmottagningarna stängdes trots att de var välbesökta, välfungerande, hade kontinuitet, hade återkoppling till husläkarmottagningarna och också tog hand om de lite tyngre fallen, de lite svårare patienterna som behövde uppföljning och kontinuitet. Det gör inte närakuterna.

Man kan väl möjligen kalla dem för succé. Några medborgare och patienter har tyckt att de har varit jättebra. Fast jag har hört rätt många, Inger Ros, som har berättat att de inte har varit nöjda. Man har kommit dit och blivit hänvisad till akuten eller till husläkarmottagningen, just därför att man inte har passat in i det som uppdraget gällde så

att säga, man har varit en patient som behöver ta lite prover, som behöver kontinuitet och uppföljning, och då passar man inte där.

Sanningen är väl att det som har varit bra med närakuterna har varit att man har tagit emot sådana patienter som annars skulle ha hamnat på de stora sjukhusens akutmottagningar. Det är därför som det är så himla viktigt att vi nu flyttar in närakuterna så att de ligger ihop med akutmottagningarna. Nu ska jag inte ha någon räknelektion med Håkan, det kan vi ta en annan dag. Rätt många människor väljer faktiskt att ge sig iväg till akutsjukhuset när man blir sjuk. Man är orolig, man tror inte att man får rätt vård någon annanstans. Trots att vi nu bygger upp en del jourläkarmottagningar igen så kommer en del människor fortfarande att åka fel. Lösningen på det tror jag är att ha närakuterna inne på akutsjukhusen.

Anförande nr 202

K a i j a O l a u s s o n (mp): Ordförande, ledamöter! Först till Maria, som talade nyss: Kajsa Olausson är inte här, men Kaija kan svara. Och jag svarar som så, att jag var inte med på den tiden så jag har ingen aning. Jag var inte politiskt aktiv på den tiden. Men tack för frågan i alla fall! Det var vänligt att jag fick förtroendet.

Filippa sade: bästa möjliga vård till lägsta möjliga kostnad. I utredningens slutrapport till hälso- och sjukvårdsnämnden står att kostnaderna för befolkningens konsumtion av akuta besök minskar i områden med närakut jämfört med områden där närakut saknas. Så kostnaden är lägre.

Närakuterna har avlastat husläkarna och förbättrat tillgängligheten för patienterna, och besöken på närakuterna är medicinskt motiverade. Så problemet är löst!

Anförande nr 203

Landstingsrådet **L a r s s o n** (s): Jag kan inte låta bli att prata om närakuten i direkt anslutning till Astrid Lindgrens Barnsjukhus. Enligt facket och enligt chefen höll man på att rekrytera personal till akuten vid Astrid Lindgrens Barnsjukhus i mars-april. I maj var enligt Locum lokalerna slutbesiktigade. Det är klart att man kunde ha öppnat närakuten för barn där – absolut! Annars hade man knappast satt i gång och rekrytera personal.

Däremot nåddes man av beskedet att ni ville upphandla verksamheten – då avbröts arbetet.

Skulden för att man försenade starten av närakuten för barn där ligger helt och hållet hos er. Ni försenade öppnandet med ett halvår, och ni har hittat på en lösning som i dag ställer till med enorma problem ute på Astrid Lindgrens sjukhus med personal som tvångskommenderas från sin arbetsplats ut på närakuten. Eländigt, dåligt och försenat!

Sedan får ni gärna förklara för mig hur närakutverksamheten i Farsta, Skärholmen och Jakobsberg utvecklas – för det var faktiskt det som medborgarna blev lovade i juni 2006. Utvecklas, inte avvecklas!

Anförande nr 204

Landstingsrådet **N y l u n d W a t z** (s): Ordförande! Jag kan inte annat än försöka återknyta till den diskussion vi har haft tidigare i olika sammanhang i dag på ungefär samma tema. Jag skulle vilja fråga Filippa Reinfeldt mer konkret.

Här har vi en protestaktion utanför huset – vi ska ha en interpellationsdebatt om den också – med namnunderskrifter som motsvarar storleken på en mellansvensk stad med egna medier, där man har gått ur huse för att slåss för det fria val man har gjort, nämligen att gilla sin närakut. Och det möts av den nuvarande majoriteten i Stockholms läns landsting med kalla handen, därför att närakutskonceptet inte passar in i alliansens slitningar om vad som ska vara den grundläggande vårdfilosofin.

Fråga 2 är alltså, eftersom jag antar att det här handlar om en uppgörelse i alliansen om vilken vårdfilosofi som ska råda – om det är så att det som ligger till grund för alliansens politik när det handlar om första linjens sjukvård är att Moderaterna har fått vika sig därför att Folkpartiet har gjort bedömningen att den gamla, traditionella husläkarreformen med allmänläkare är det som ska vara vad patienterna har rätt att välja. Vår vårdfilosofi, som vi trodde att Moderaterna var delaktiga i, nämligen att skapa närsjukvårdscentra med närakuter, som fylls med både specialister i närområdet successivt, var vår tanke, och professionella vårdteam med undersköterskor, med allmänläkare, med tillgång till specialistkompetens när det behövs, med möjligheter till röntgen- och labverksamhet, det är en valfrihet som inte är acceptabel.

Är inte det att ta ett steg tillbaka för utvecklingen av vården i Stockholmsregionen? Är inte i själva verket valsveket att lägga ned närakuterna i områden där de har visat sig fungera väl och fylla de funktioner som ambitionen var, att göra reträtt och säga att vi ska gå tillbaka till en gammal struktur, som medborgarna egentligen inte vill ha?

Anförande nr 205

Landstingsrådet R y d b e r g (fp): Att höra den ett år gamla oppositionen med enfass försvara den politik de själva förde är inte särskilt överraskande, inte särskilt upphetsande och inte särskilt mycket nytänkande heller. Och att höra Håkan bita sig fast i en lösning som inte löser vårdens grundläggande problem utan är en reservlösning för att primärvården inte har varit rätt bemannad, det känns väldigt förlegat.

Det grundläggande problemet i svensk sjukvård – och det tycker de allra flesta och är eniga om, utom de rödgröna här i landstinget – är bristen på allmänläkare och distriktssköterskor, det är för få av den sorten. Det är bristen på tillgänglighet hos dem för att de är för få. Det är bristen på en trygg vårdkontakt, som känner till ens tidigare sjukhistoria, för att de är för få. Och det är bristen på möjligheter att välja och att välja bort, för att de är för få.

I alla Europas länder, i stort sett, har man tillgång till en egen, fast läkare som man själv har valt. Men i Sverige har man inte det. Våra grannländer runt om oss har det. Det sjukvårdssystem som anses vara ovanligt bra när det gäller tillgänglighet, det franska, har en läkare per 600 invånare, medan vi ligger på en läkare per 1 800. Överallt där man blickar utanför Sveriges gränser har man hittat lösningar som innebär att alla vet vem är min doktor och min sköterska. På andra håll har man löst tillgängligheten; inte i Sverige.

När nu alliansen har en lösning som vi faktiskt tror kommer att lösa det här problemet är det lite märkligt att ni inte ens vill ge oss chansen att pröva den modellen, utan ni väljer att kritisera den innan den ens har startat, bara för att ni biter er fast i er gammaldags modell med närakuter, som var er nödlösning för att ni aldrig fick fason på primärvården.

Jag är inte imponerad.

Anförande nr 206

Landstingsrådet **N y l u n d W a t z (s)**: Ordförande, landstingsfullmäktige! Jag vill tacka Birgitta Rydberg för det inlägget, därför att det bekräftar min bild så tydligt.

Vad är det annat än fakta – jag ställer frågan öppet till alliansen – att just de grupper av patienter, kroniker och de gamla, bevisligen via den närakututredning som är gjord fick en ökad tillgänglighet just för att man kände en trygghet och bättre fick plats på vårdcentralerna när närakuterna öppnade, framför allt för att kunna avlasta sällanbesöken? Vad är det annat än bevis för den tanke vi hade om att ta ett steg vidare med närakuter i hela länet, som skapar utrymme i den riktigt nära primärvården för gamla och kroniker?

Jag vill hävda att det är precis det som skulle ha varit den rätta vägen. Nu tar ni ett steg tillbaka.

Anförande nr 207

Landstingsrådet **S e v e f j o r d (v)**: Under förra mandatperioden har jag bilden att vi var eniga om att försöka utveckla vården så nära medborgarna som möjligt. Nu har ni bytt fot också i den frågan och för en politik med närakuter i anslutning till de stora akutsjukhusen som kommer att locka väldigt många människor in till akutsjukhusen i stället för till den lokala sjukvården. Det skulle vara intressant att veta varför ni har bytt fot där.

Det är riktigt att det här är Birgitta Rydbergs baby, det är ju Folkpartiet som har drivit igenom det här, egentligen emot de övriga tre borgerliga partiernas vilja, tror jag. Jag vet att Moderaterna definitivt har varit emot det.

Det är inte så, Birgitta Rydberg, att vi försvarar en gammal politik från förra mandatperioden. Vi försvarar medborgarnas val. De vill ha det här. De har ju valt att ha närakuter!

Det som ni har pratat om så himla mycket i dag, valfrihet, det struntar ni i därför att det är Birgitta Rydbergs och Göran Sjönells modell som ska råda i Stockholms läns landsting.

Anförande nr 208

Landstingsrådet **R y d b e r g (fp)**: Ni försökte skapa tillgänglighet, men ni lyckades inte skapa kontinuitet. Ni säger: Medborgarna har valt. Ja, medborgarna hade inget annat val, de var tvungna att ta det här för det fanns inget annat. Mer av samma sort löser inte problemen.

Vår modell, där vi förutom en utökning av antalet allmänläkare och distriktssköterskor har fler mottagningar, innebär att vi också finansierar fler jourmottagningar och fler hembesök, bättre betalt för hembesök så gamla och barnfamiljer får möjlighet att få hem doktorn. Det kommer att lösa en hel del av de problem vi har.

Ni har inte fattat det ännu, men jag säger bara: Välkommen om två tre år, när vi har ett stabilt system, när det har varit i gång en tid och folk börjar gilla det. Då tror jag att ni också kommer att inse att vi kanske inte var helt fel ute i alliansen.

Anförande nr 209

T h o m a s M a g n u s s o n (v): Fru ordförande, fullmäktige! Den här debatten handlar som jag ser det om två saker. Den ena delen handlar om närakutens vara eller icke vara. Vi har lite olika bilder, kanske både vad gäller historiebeskrivningen men framför

allt vad som ska gälla framöver. Men jag skulle vilja påminna om vad interpellationen egentligen handlar om: det som jag och Birgitta, som skrivit interpellationen menar, nämligen att det finns en bild av vad man sade innan valet och vad man säger nu. Det är faktiskt vad interpellationen egentligen handlar om, så debatten om närakutens vara eller icke vara glider långt utanför innehållet i både interpellationen och svaret.

Jag kan ha respekt för att man har en annan uppfattning. Det har jag uttryckt tidigare här i talarstolen. Jag tycker det är viktigt att ha respekt för att vi i de politiska partierna faktiskt har olika uppfattningar.

Däremot har jag oerhört svårt att förstå när politiker säger en sak innan valet och säger en annan sak efter valet. Vi har här flera gånger efterlyst en tydligare beskrivning av vad det är som har hänt som har gjort att man har bytt position och ändrat sin uppfattning.

Jag brukar ibland resonera med min son, och när han var i fem-sexårsåldern brukade han säga: "Pappa, man *får* faktiskt ändra sig!" när han hade lovat något. Och det är rätt, man får ändra sig. Men jag tror att om man i politiken ska vinna gehör måste man också ganska tydligt kunna förklara varför man ändrar sig, på vilket sätt verkligheten har förändrats dagarna eller året efter valet jämfört med hur det var strax före. Jag tycker att det svaret fortfarande hänger i luften. De frågor som Birgitta ställer i interpellationen känner i alla fall jag inte har fått några svar, och därför tycker jag att interpellationen ännu inte är besvarad i debatten.

Anförande nr 210

T o m a s R u d i n (s): Ordförande, landstingsledamöter! Jag är bosatt i Farsta och bedriver mitt politiska arbete främst där ute, och jag har av och till diskuterat den här frågan med de borgerliga partiernas företrädare i Farsta. I valrörelsen var det här en het fråga på torget. Diskussionen om närakuten föranleddes av att vi var väldigt stolta över att den hade kommit till.

I det läget att vi faktiskt har de högsta ohälsotalen i Farsta och också har den högsta andelen äldre, har det varit en väldig tillgång att vi dels har fått en äldrevårdscentral i Hökarängen, dels har fått en närakut mitt i Farsta Centrum, ett av Stockholms största affärscentrum, för att öka tillgängligheten. Därför har det inte varit några problem för mig som socialdemokrat att beskriva vad det var vi försökte skapa med den här vårdmodellen.

När debatten stod som hetast i valrörelsen gick Moderaterna i försvar och hävdade att de inte skulle lägga ned närakuten i Farsta. Trots att vi envist hävdade att det hade påståtts från Folkpartiet, intygade Moderaterna på torget i Farsta att närakuten skulle vara kvar.

Jag tycker därför att frågeställningen är helt relevant. Jag tycker att det är ett valsvek, och det borde beskrivas för vad det är.

Jag tycker också att den opinionsyttring som har varit här i eftermiddag och hur lite majoriteten har bemödat sig med att bemöta den visar hur arrogant man tänker kring de här frågorna. Närakuterna skapade en tillgänglighet, och nu när ni tar bort dem gör ni det utan att föra någon debatt med de människor som är oroliga för hur det ska bli därefter. Jag tycker det rakt igenom är arrogant!

Anförande nr 211

J o h a n S j ö l a n d e r (s): Jag kan inte heller avhålla mig från att gå upp i talarstolen när jag hör vilket konservativt systemtänkande som präglar den bild av primärvårdens utveckling som vi får från den borgerliga sidan här.

Ni lyckades med tillgängligheten men inte med kontinuiteten, säger Birgitta Rydberg. Ja, jag måste villigt erkänna att för mig personligen är kontinuiteten ett mindre problem. När jag blir sjuk så vill jag komma fram till läkaren på den tid som passar mig, och så vidare. Kontinuitet är ett mindre problem för mig. Om jag då tack vare att jag åker till närakuten frigör resurser på vårdcentralen, så att de som behöver kontinuitet och som vill ha sin fasta läkarkontakt får lättare att komma fram de också, vad är det för fel med detta? Varför måste allt stöpas i en enda husläkarform?

Att dessutom påstå att detta skulle vara någon sorts modern framtidsvision för hur vården ska utveckla sig, ja det är nästan så man tar sig för pannan! Det är klart att det inte är.

Lämna systemtänkandet! Låt oss se till dem som faktiskt är våra uppdragsgivare, medborgarna! Det är möjligt att närakuter inte passar in i det systemtänkande som man gillar, men folk vill ju ha dem. Kan vi inte lyssna på medborgarna i stället för att tänka på system i den här frågan?

Till skillnad från andra nöjer jag mig inte med att ge Birgitta Rydberg och Folkpartiet skulden för den här politiken. Nej, det är alliansens vårdpolitik som ser ut på det här sättet. Det är hela alliansen som står bakom den politik som sviker närakuterna, och det är också hela alliansen som bör vara ansvarig för den konservativa systempolitik man för.

§ 249 Interpellation 2007:82 av Håkan Jörnehed (v) om beslutet att lägga ner Jakobsbergs närakut

Anförande nr 212

H å k a n J ö r n e h e d (v): Ordförande! Tack, Filippa, för ditt svar! Jag och väldigt många Jakobsbergsbor hade hoppats på ett annat svar. Ditt svar är väldigt kortfattat, och inte heller denna gång får jag konkreta svar på konkreta frågor – men jag har blivit van.

Därför, Filippa, har jag gjort en nydaning. Jag har nämligen skrivit ett eget svar som du kan få en kopia på om du vill byta. Det låter så här.

”Svar på interpellation om Jakobsbergs närakut som det låter när sunt förnuft får råda.

Jag, sjukvårdslandstingsrådet Filippa Reinfeldt, tackar interpellanten för interpellationen om Jakobsbergs närakut. Den innebar att jag blir tvungen att prioritera att besöka verksamheten – jag kan ju inte stå här i fullmäktige och diskutera att lägga ned en verksamhet som jag inte ens har besökt – inte minst med tanke på alla de namnunderskrifter som insamlats, över 40 000; mer än en tredjedel av Jakobsbergsborna har skrivit på. Där kan man tala om att de väljer att behålla sin närakut!

Vilken tur att jag, Filippa, besökte den här verksamheten för då kunde jag ju med egna ögon se hur väl den fungerar. Jag förstår nu varför tjänstemännen föreslog i närakutsutredningen att Jakobsbergs närakut skulle vara kvar. Jag förstår varför beställaren 2007 stödde närakuten Jakobsbergs planer på att utvecklas och införa avlastningsplatser i den närliggande lokalen. De här platserna skulle ha varit otroligt uppskattade – inte minst av de svårt astmasjuka barnen.

Jag förstod när jag besökte närakuten att den är unik – den har ett unikt samarbete med Sirius ambulans, ett samarbete som man inte har någon annanstans i Stockholm. Det bör stödas. Det var dumt och ogenomtänkt att tro att vårdcentralen inte skulle kunna ha ett sådant ambulanssamarbete. Jag tänkte att det så klart inte skulle gå och att en jourlinje på en vårdcentral skulle kunna göra allt det som närakuten Jakobsberg kan göra.

Personalen på närakuten Jakobsberg har gipsutbildning och kan ta hand om frakturer, inte heller det kan vårdcentralerna i området göra.

Där, på plats i Jakobsberg, kunde jag se hur direktintaget till geriatriken fungerar, att det finns oerhörda vinster med att närakuten finns i samma hus som geriatriken. Så dumt tänkt det var av oss i alliansen att säga att de sjuka äldre Jakobsbergsborna först ska åka till Danderyds akut för att sedan åka tillbaka till geriatriken vid Jakobsbergs sjukhus där närakuten ligger i dag.

Vi har sagt att vi ska starta en närakut på Danderyds sjukhus, men jag vet ju att det är oerhört svårt och komplicerat att ta sig med kollektivtrafiken från Jakobsberg till Danderyds sjukhus – först ska man ta sig med pendeltåg in till T-Centralen, sedan ska man ta tunnelbana till Danderyds sjukhus. Inte vill jag, Filippa, utsätta de svårt sjuka barnen för detta.”

Därför tänker jag alldeles strax återkomma i mitt andra inlägg med förslagsställningen av hur ett svar från Filippa Reinfeldt skulle kunna vara när sunt förnuft får råda i den här frågan.

Anförande nr 213

Landstingsrådet Reinfeldt (m): Ordförande! Tack, Håkan, för din interpellation! Jag tror faktiskt att jag i mitt skriftliga svar svarar på de frågor som du har ställt. Är du villig att lyssna på de över 20 000 medborgare som vill behålla närakuten och ompröva beslutet att stänga närakuten i Jakobsberg, frågar du. Jag har inte träffat de 20 000 men jag har träffat några företrädare för de 27 000 som ville behålla närakuten i Jakobsberg.

Jakobsbergs närakut är en populär närakut, det är otvetydigt. Inte minst därför är det 27 000 personer som har skrivit under listor om att de vill behålla närakuten.

Varför är närakuten så populär? Ja, naturligtvis gör personalen där ett bra arbete, naturligtvis ger de ett gott bemötande. Det är absolut på det sättet. Men jag tror också att populariteten beror på att det inte funnits en fungerande husläkarverksamhet i Järfälla kommun. Den har inte fungerat tillfredsställande, och ni vet också att det är på det sättet.

Vad vi har gjort är att inleda en resa för att förbättra både tillgängligheten genom att öppna möjligheter för nya vårdgivare att driva de verksamheter som i många år inte har fungerat tillfredsställande i Järfälla kommun, och genom införande av Vårdval Stockholm, vilket jag inte tänker utveckla i detta sammanhang – jag vet att ni inte gillar Vårdval Stockholm, det har framgått med all önskvärd tydlighet. Men vi tror att Vårdval Stockholm kommer att leda till ökat tillgänglighet och andra förbättringar för patienterna.

Vad gäller då Jakobsbergs sjukhus? Där finns en mängd olika specialiteter som samverkar med vårdgrannar, med andra vårdgivare – någonting som vi naturligtvis väldigt gärna bejaktar och vill se mer av, alltså samarbete med geriatriken, med barnläkare, med ambulansverksamhet, med psykiatrisk öppenvård, med beroendemottagning och så vidare. Och det kommer naturligtvis att fortgå, Håkan. Och det kommer att ske

mellan specialiteterna och husläkarverksamheterna och vårdcentralerna – både de befintliga och dem som nu har sökt auktorisation för nyetablering.

I dag har jag naturligtvis träffat några av dessa företrädare och lyssnat på deras synpunkter. Jag hoppas att det verkligen är så att de protester som nu finns och som du ger uttryck för här i dag, bygger på att ni också har med i bakhuvudet vad Vårdval Stockholm och utbyggnaden och de nya ansökningarna om auktorisation innebär, så att det inte är så att det sprids några missuppfattningar mellan medborgarna i Järfälla om att det här påverkar Jakobsbergs sjukhus.

Jakobsbergs sjukhus påverkas inte. Alla de specialiteter som där finns kommer att finnas kvar. Jourerna i primärvården kommer att byggas ut, och tillgängligheten kommer att öka både kvällar och helger.

Anförande nr 214

Håkan Jörnehed (v): Som jag påpekade i mitt tidigare inlägg så är mitt alternativa svar rätt så långt, för det här är en fråga som berör väldigt många människor. Jag fortsätter på den inslagna linjen, alltså som svaret skulle kunna låta när sunt förnuft hade fått råda och Filippa svarade mig, jag vet ju att du ska besöka Jakobsbergs närakut i morgon, och jag tycker att det låter lite märkligt att först lägga ned och sedan besöka verksamheten.

Det finns en vinst med en närakut vid Jakobsbergs sjukhus. Det vittnar det goda samarbetet med vårdgrannarna i huset om, inte minst när det gäller omhändertagandet av barn och ungdom. När du besökte Jakobsberg noterade du att de mest drivande i arbetet med att få namnunderskrifter på protestlistorna mot nedläggningarna var just personalen på vårdcentralerna i området. Det finns ju en historia bakom det faktum att det har varit som det har varit.

När du avslutar ditt fiktiva svar till mig låter det så här.

”Jag Filippa inser att det i vårt stora landsting måste finnas olika vårdutbud, olika lösningar och valfrihet i vårdutbudet även för Jakobsbergsborna. Nu stärker vi vårdcentralerna i området och låter närakuten vara kvar till glädje för våra lokala allianspolitiker, som inte förstätt vad vi i landstingsmajoriteten beslutat om, men framför allt för Jakobsbergsborna som ska få både bra vårdcentraler och behålla sin närakut – det är de värda.”

Därmed skulle interpellationen ha varit besvarad. Så skulle svaret ha kunnat låta, Filippa, men jag tror att du har målat in dig i ett hörn och tycker att det är lite besvärligt med den här frågan.

Jag skulle vilja att du besvarar dessa frågor: Varför har inte du eller någon av dina allianspolitiker som fattade beslut i HSN besökt Jakobsbergs närakut sedan beslutet fattades i juni? Och vad var det som egentligen fick er att ändra och gå ifrån tjänstemännens förslag till det här förslaget som nu rör upp så känslorna hos oerhört många människor?

Anförande nr 215

Helen Ekekihi (mp): Ordförande och ledamöter! Jag förstår inte att vårdcentraler, hur många de än är, kan ersätta närakuter. Att öppna fler och fler vårdcentraler och att de ska ha öppettider dygnet runt kan ju inte heller ersätta all akutvård.

Jag har pratat med personalen i Jakobsberg och då fick jag höra att de har röntgenmöjligheter i dag, att de kan fixa en bruten arm och gipsa. Allt fungerar där i dag. Men om man tar bort närakuten i Jakobsberg så kan man inte fixa så mycket där. Då blir det till Danderyds eller Karolinska sjukhuset som patienterna ska åka, och det är långa resor. Det är väl inte det som är meningen. Vi ska ju tänka på miljön i dag allihop, och det är ju skadligt med ökat bilresande. Därför är det en punkt att tänka på.

Jag hade en enkel fråga tidigare och då svarade du, Filippa Reinfeldt, att det är patientens val som ska gälla. Du sade också att det handlar om närhet. Jag förstår inte riktigt detta. Du gav ett svar då och nu ger du ett annat svar.

Därför börjar jag tänka på en sak, nämligen hur viktigt det är med orden. När jag var tonåring och jag skulle gå ut så sade min mor: Tänk nu efter innan! Och när jag hade tonårsbarn sade jag precis samma sak när de skulle ut och roa sig: Tänk nu efter innan!

Nu vill jag säga till er: Tänk nu efter innan ni fattar beslut som inte är bra!

Anförande nr 216

Olle Reichenberg (m): Herr ordförande, ledamöter! Förändringarna vid Jakobsbergs närakut har diskuterats i några månader och jag tycker att debatten stundtals har varit och fortfarande är lite märklig. En del framställer saken som om Järfälla, när närakuten har stängts, kommer vara en enklav i Stockholms län som i det närmaste är helt utan lätt tillgänglig och kvalificerad sjukvård. Så är ju givetvis inte fallet.

Majoritetens förslag går ut på att husläkarmottagningarna i Järfälla ska ansvara för jourverksamheten, ett uppdrag som de då övertar från närakuten. Det bör tilläggas att tillgängligheten inom primärvården ser ut att öka väsentligt i just Järfälla kommun i och med genomförandet av Vårdval Stockholm. Ytterligare två husläkarmottagningar har ansökt om auktorisation, dessutom är två av de befintliga husläkarmottagningarna föremål för upphandlingar och det är två mottagningar som har fungerat väldigt dåligt.

Man kan naturligtvis ha delade meningar om vilken organisation som är bäst lämpad att fullgöra jouruppdraget – den nuvarande närakuten eller husläkarmottagningarna enligt majoritetens modell. Oaktat vilken ståndpunkt man landar på skulle jag vilja påstå att debatten om förändringarna i Jakobsberg mer är en fråga om vårdens struktur och organisation än om vårdens innehåll, det vill säga att de boende i Järfälla även framdeles kommer att ha tillgång till god och tillgänglig vård med hög kvalitet.

27 000 personer har enligt uppgift skrivit på protestlistor mot den planerade stängningen av närakuten. Det finns all anledning att ha respekt för den oro som de människorna känner. För att möta deras oro finns nu också ett förslag om att förlänga avtalet med Jakobsbergs närakut till den 31 mars 2008. Närakuten i Jakobsberg kommer alltså inte att stängas förrän det finns en fungerande jourverksamhet inom ramen för husläkarmottagningarna som är beredda att ta över.

Jag vill så tillägga, speciellt till vännen Håkan, att jag har besökt Jakobsbergs närakut och haft ett trevligt och informativt samtal med många i personalen.

Jag vill avsluta med att säga att de boende i Järfälla och Upplands Bro kommer att få en kvalificerad och tillgänglig vård av hög kvalitet även fortsättningsvis om än i annan form.

Anförande nr 217

Håkan Jörnehed (v): Olle, jag vet att du har varit där, jag glömde bort det, men du var där efter det att protesterna hade startat. Det var jättebra att du åkte dit. Man ska stå för de beslut som man har fattat, och när det gäller det här beslutet så måste man förklara för de 27 000 människorna vad man menar. Det verkar ni tydligen inte göra, för i så fall skulle de inte lämna över de här protestlistorna i dag.

Det jag försökte förklara i mitt inlägg var ju att Jakobsbergs närakut gör så mycket mer än en del andra närakuter i länet. Den här gör unika saker. Jag kunde inte tro att en jourlinje på en vårdcentral skulle göra de här sakerna, men om det är så så har väl jag missuppfattat vad jourlinjerna gör. Om de ska ha det här samarbetet som ger direktintag till geriatriken, ambulans och gipsning så är det i så fall något nytt inom jourlinjerna. Det måste vara väldigt nytt även för Jakobsbergsborna. Tänk över det här beslutet!

Anförande nr 218

Anna Kettner (s): Man brukar säga att man känner sig själv genom det man tillskriver andra. Olle sade att vi bara diskuterar organisationsformerna.

Jag tycker att det inte är folk på min sida i salen som exakt säger hur saker och ting ska vara organiserade där ett fullständigt plankapitalistiskt sätt är det viktiga begreppet. Det är faktiskt någon annanstans det sägs, Olle. Du får nog granska ditt inre.

Det vi talar om är inte organisationsformer. Jag skulle väldigt gärna vilja ha svar från dig på följande fråga. Tänk dig att ens barn har ramlat och slagit sig i gymnastiken och man inte vet om något är brutet eller vrickat. Hur kan frågan om huruvida man ska åka till Danderyds sjukhus eller Astrid Lindgrens barnsjukhus och sitta på akuten i timmar eller åka till en närakut vara en organisationsfråga och inte ha något med innehållet i vården att göra? Eller ska de här husläkarna på hembesök bära med sig portabla röntgenapparater? Kommer det att finnas röntgenutrustning på husläkarmottagningen? Hur har ni tänkt er detta? Det är precis sådana här saker som frågan handlar om.

Det är inte så att en fungerande vårdverksamhet när det gäller första linjens vardagssjukvård vid husläkar- eller distriktsläkarmottagning står i motsatsställning till ett bra mellansteg mellan det och ett akutvårdsmottagande med väldigt höga kvalifikationer. Det är också så som det nämndes i en tidigare debatt, nämligen att det har varit problem med sådant förra mandatperioden. Jag, Lars Joakim och Maria satt i en sjukvårdsstyrelse för två mandatperioder sedan då det också var vissa problem att få tillgängligheten att fungera.

Ja, det är bra om vi får bättre och inte som nu försämrade tillgänglighet i den närmaste sjukvården, men det ersätter inte närakuterna.

Anförande nr 219

Landstingsrådet Sevefjord (v): Jag har inte fått något svar från den borgerliga alliansen på min fråga om varför de lägger ned någonting som fungerar väldigt bra och som har befolkningens stöd, till förmån för någonting som vi inte vet vad det kommer att bli. Vi vet ju inte om de husläkarmottagningar som finns i området kommer att klara sitt uppdrag. Det gjorde de inte förra gången ni satt i majoriteten.

Vad är det som gör att ni är så trosvissa nu och kan säga att allt kommer att fixa sig bara vi lägger ned närakuten? Försök förklara det för oss på ett konkret sätt och säg inte bara att det kommer att bli bättre. Så får man inte handskas med sjuka människor, så får man inte handskas med skattemedel, så får man inte handskas med medborgarnas tillit till landstinget och sjukvården. Ni tror att det här kommer att bli bättre.

Vi vet att vi har någonting som fungerar jättebra, och husläkarmottagningarna kommer aldrig att kunna ersätta allt det som närakuten i Jakobsberg gör. Håkan och andra har gett en rad exempel på vad närakuten gör som husläkarmottagningarna inte kommer att klara av utan som är sådant som patienter kommer att bli tvungna att bli remitterade för till de stora akutsjukhusen eftersom det är sådant som inte klaras av på jourmottagningarna.

Dessutom vet jag ju att det finns många så kallade husläkarmottagningar som tycker att det här med jourläkarlinje, som de ska ha, är jättejobbigt och de förstår inte hur de ska klara det uppdraget. Men uppenbarligen sitter ni inne med en mängd hemlig information som ingen annan har. Det vore jättebra om ni förmedlade den informationen till oss i oppositionen också för då skulle vi inte vara så oroliga.

Moderater och andra, ni talar om vikten av mångfald, om att allting inte ska se ut som det gjorde i det gamla Sovjetsamhället. Men så skapar ni ett nytt Sovjetsystem genom er husläkarfundamentalism som ska lösa alla våra problem och avvisar mångfald när det gäller närsjukvården som har utvecklats med brett stöd av befolkningen!

Jag skulle också vilja veta hur ni så till den milda grad kan nonchalera det faktum att nästan 30 000 människor i Järfälla och Upplands Bro har protesterat mot nedläggningen. Ni har inte ens på högsta nivå mött de här människorna för att diskutera med dem. Ni har fått massor av inbjudningar, både Birgitta Rydberg och Filippa Reinfeldt och alla, men ni har vägrat att träffa personalen och möta befolkningen. Är ni så feiga eller vet ni att det förslag som ni nu lägger fram kommer att ge sämre verksamhet än den som man redan har?

Anförande nr 220

Lena-Maj Anding (mp): Ordförande, landstingsledamöter! Miljöpartiet tycker att det är väldigt tråkigt att den nuvarande alliansmajoriteten inte lyssnar på de 37 000 människor som faktiskt skrivit under protestlistorna. Det är personer som vill ha kvar den närakut som finns i Jakobsberg i dag och som har fungerat väldigt väl. Det är väldigt många i området, boende och personal på vårdcentraler, som har uttryckt detta. Det vill majoriteten inte lyssna på. Den valfrihet som man säger att man ska få i det nya systemet genom auktorisation försvinner ut genom dörren för de 37 000 personer som vill behålla mottagningen.

Man ska i stället vända sig till en ny husläkarmottagning med ett helt annat uppdrag som inte har samma vårdinnehåll. Det är klart att det kommer att kosta ännu mer i form av sjukresor och lidande för människor som behöver den typ av vård som närakuten kan ge. Det tycker vi är väldigt tråkigt, det är tråkigt att alliansen inte lyssnar på alla de människor som vill ha kvar närakuten i Jakobsberg. Det skulle vi vilja att ni verkligen gör.

Anförande nr 221

Landstingsrådet Reinfeldt (m): Herr ordförande! Det vi har sagt om det vi vill göra framöver är att utveckla närakutkonceptet parallellt med en allmän tillgänglighetssträvan inom primärvården. Detta var vi väldigt tydliga med i valrörelsen och det är vi fortfarande.

Några här har tagit upp begreppet valfrihet i debatten här i dag. Men detta handlar inte om samma vårdnivå. Vad vi menar med ett utvecklat närakutkoncept är ju att fördjupa de närakuter som ska behållas och ge dem ett annat uppdrag. Vi vill inte se närakuter som ersättning för icke-fungerande husläkarmottagningar och vårdcentraler till en mycket högre kostnad. Vi ska ju inte ge valfrihet mellan olika vårdnivåer. Eller menar ni som tar upp frågan om valfrihet i det här sammanhanget att om människor med

öroninflammation tycker att de vill få sin vård utförd på Karolinska sjukhuset så ska man där ta emot alla patienter med öroninflammation?

Vi talar om valfrihet inom vårdnivån och vi har utvecklat en ersättningsmodell som stimulerar till stor valfrihet och ökad valfrihet för patienter med ökad tillgänglighetssträvan, med mycket nya resurser. Ni talar inte om samma vårdnivå.

Vad vi vill ha har jag varit tydlig med flera gånger. Vi vill gärna ha och bejaktar närakutskonceptet om och när det utvecklas. Ni vet också att vi vill ha fyra stycken geografiskt väl placerade – en i norr, en i söder, en i väster och en i öst – närakuter med fördjupat uppdrag kopplat till specialiteter som förvaltningen just nu jobbar med; tjänstemännen studerar befolkningens behov. Detta har jag nämnt här tidigare.

Vi vill också behålla de två befintliga närakuter som ligger i direkt anknytning till de stora sjukhusen för att avlasta sjukhusen, för vi tror att det är bra. Jag tror att ni också i grunden tycker att det är bra. Vi vill också öppna fyra nya närakuter i anslutning till de sjukhus som inte har någon närakut i dag. Vi tror nämligen att de kommer att kunna fungera lika bra som den på Huddinge. Det sitter många människor på sjukhusens akutmottagningar och väntar på vård på en vårdnivå som de egentligen inte behöver.

Jag tycker det är lite märkligt att ni döper om jourmottagningar till närakuter, och sedan kallar ni dem för akuter i debatten. När vi förstärker jourverksamheten, jouransvaret, och låter husläkarna få det så skulle vi med ert sätt kunna säga att vi ska ha hur många närakuter som helst i regionen. Om akuter, närakuter och jouransvar är samma sak – det är ju det ni säger – så har vi hur många närakuter som helst i regionen när Vårdval Stockholm är infört. Tänk på det.

Anförande nr 222

Landstingsrådet **Sevefjord (v)**: Filippa Reinfeldt, du säger att ni vill utveckla närakutskonceptet. Och ni gör det genom att lägga ned närakuterna. Jag förstår inte hur nedläggning kan innebära utveckling.

De närakuter som ni talar om är inte längre närakuter, de är fjärrakuter – de ligger så långt från medborgarna som möjligt. I stället för att åka till en närakut som ligger nära ens bostad så tvingas man att åka till en närakut nära det stora sjukhuset. Vilken är poängen?

Jag vill att du, Filippa Reinfeldt, garanterar att verksamheten med olika husläkarmottagningar från den 1 april 2008 kommer att fungera minst lika bra som närakutsverksamheten i Järfälla och Upplands Bro när ni stänger närakuten. Verksamheten ska svara minst lika bra för annars finns det ju ingen anledning att göra en förändring.

Anförande nr 223

Lena-Maj Anding (mp): Ordförande! Jag kan fortsätta där Birgitta Sevefjord slutade.

Det innebär faktiskt att någon av de jourverksamheter som ni vill införa måste ha röntgenverksamhet och tillgång till specialister som man hade i det området tidigare. Det är ju en förutsättning. Har man inte det så blir det inte samma kvalitet för befolkningen i det området. Det är väldigt viktigt att man har de resurserna. Vi vill gärna försäkra oss om att de har det, för vårdcentraler har tidigare inte haft de resurserna.

§ 250 Interpellation 2007:81 av Inger Ros (s) om diskriminering av invandrarkvinnor vid förlossning

Anförande nr 224

Inger Ros (s): Ordförande, fullmäktige! En studie från Karolinska Institutet har visat att kvinnor som är födda i Afrika söder om Sahara och Latinamerika drabbas av 50 procent fler komplikationer vid förlossningar på svenska sjukhus än svenskfödda kvinnor. Studien visar också att det är strukturen i vården som påverkar detta. Därför har jag ställt den här interpellationen. Jag har fått ett svar från Birgitta Rydberg.

Birgitta, inledningsvis när jag läste ditt svar så blev jag glad. Jag tyckte att ditt svar tydde på stor insikt i den problematik som den här rapporten från Karolinska Institutet faktiskt visar. Men när jag kom till slutet i ditt svar blev jag lite uppgiven. För egentligen kom du inte med några förslag. Det handlar hela tiden om valfrihet och att vårdvalet ska lösa alla problem inom vården. Jag funderar väldigt mycket på hur valfriheten ska kunna öka hos kvinnor som känner sig diskriminerade.

Jag funderar också mycket på hur ersättningssystemet ska se likadant ut och om det ska stöpa alla i samma form fastän behoven är olika. Och jag funderar på hur det ska hjälpa kvinnor som känner sig diskriminerade. På slutet var jag inte lika glad som jag blev när jag läste inledningen. Det kanske du kan kommentera.

Jag funderar också, Birgitta, på att vi i samband med att man antog auktorisationsförslaget om mödravårdscentraler och logopedier i hälso- och sjukvårdsnämnden, framlade ett förslag som jag tyckte var väldigt viktigt. Vi ville nämligen att man skulle ge förvaltningschefen i uppdrag att vidta nödvändiga åtgärder i syfte att klarlägga huruvida de problem med diskriminering av gravida invandrarkvinnor som uppmärksamats inom medierna den senaste tiden även föreligger inom Stockholms läns landsting.

Det förslaget avskog ni. Det hade ju kunnat vara en bra väg att mötas, att se det här problemet och att vi tycker att det är viktigt att vi faktiskt hjälper kvinnor som känner sig diskriminerade inom förlossningsvården, vilket den här rapporten visar. Det förslaget fick vi inget gehör för, och det tycker jag var väldigt tråkigt.

Sist vill jag kommentera en sak till som du skriver i ditt svar. Det är riktigt att det naturligtvis även finns andra grupper som känner sig diskriminerade än just de här kvinnorna. Det talar ytterligare för att det hade varit väldigt bra om ni hade tillmötesgått vårt förslag i HSN och att vi tillsammans hade kunnat jobba för att stärka de här kvinnornas ställning inom vår sjukvård.

Anförande nr 225

Landstingsrådet Rydberg (fp): Vi behöver bli mycket mer offensiva när det gäller uppföljning. En jämlik vård förutsätter att vi har bra registerdata och andra uppföljningsmöjligheter. Kvalitetsregister och öppna jämförelser är väldigt bra att ha, och det är också väldigt bra om vi använder dem, framför allt för att det väcker nya frågor om varför det är som det är, och vi kan börja analysera vad det är hos oss som vi behöver förändra om vi förstår orsakerna till att det är ut som det är.

Men vi behöver också få fram mer mjuka data, data som handlar om bemötande. Det är ibland lite svårare att mäta sådana saker och att mäta förändringar. Värderingar är något som präglar hur en organisation agerar. Därför är den värdetiska plattformen fortfarande högaktuell. Det är viktigt att tala om allas lika värde, men det också viktigt att kunna tala om vad det innebär konkret i olika vårdsituationer i förhållande till den patientgrupp som man arbetar med på en viss arbetsplats.

Det behövs också utbildningar som handlar om hur man möter människor från andra kulturer för att öka förståelsen för människor som kommer från en annan kultur. Den här avhandlingen, som är grunden till interpellationen, är en registerstudie mellan åren 1996 och 1998. Egentligen är det ingen okänd kunskap som tagits fram. Vi vet att det är så här på många områden. Den här registerstudien har också varit aktuell inom mödra- och förlossningsvården, och man har uppmärksammat den och genomfört en hel del utbildningsaktiviteter på det här området.

Jag tycker därför att det är bra att vi håller diskussionen levande, och det är bra att du, Inger, tar upp frågan. Det här är på något sätt en blind fläck i världens öga, man ser många gånger inte riktigt vilka möjligheter man själv har att påverka det här.

Man ska också inse att mycket handlar om integrationspolitiken i stort. Om vi även i framtiden misslyckas med integrationen så kommer vi att ha svårigheter att överbrygga klyftor mellan människor och deras både sociala och medicinska situation. Det är viktigt att vi inte glömmer bort att det finns många grupper som är utsatta inom områden där vi inte har en riktigt jämlik vård. Det kan också handla om grupper som har låg utbildning eller låg socioekonomisk status som är i samma risksituation som de är som är födda i ett annat land. Genom att följa upp bättre så kommer vi att kunna bli tydligare på att skapa förändring som gör att vården blir bättre på de här områdena. Jag tycker att det är det viktigaste uppdraget.

Du undrar över avslutningen, och mitt svar får bli att jag kanske skulle ha betonat uppföljningen. I den frågan har vi mer att göra.

Anförande nr 226

Ann-Sofie Matthiesen (mp): Ordförande, ledamöter! Det är bra att du talar om bemötande i det här sammanhanget. När jag tittar på ditt svar ser jag att du talar mycket om hur stora problem det är att ta hand om de kvinnor som inte är helt integrerade i vårt samhälle, att de utlandsfödda har en annan kulturell bakgrund som kan leda till oförutsett beteende. Jag tycker att det är ett litet nedlåtande sätt att se på problemen. Som om det vore kulturens fel att vår vårdapparat inte klarar de här problemen!

Det finns exempel på att invandrarkvinnor från Somalia svälter sig för att föda små barn, och Birgitta kom också att beröra de könsstympade kvinnorna, och i den frågan ska det snart komma en fokusrapport.

Men vad säger då forskningen? Om vi börjar med de siffror som Eva Robertssons avhandling redovisar så visar det sig att de högsta siffrorna beträffande överrisk gäller kvinnor från Latinamerika. De kvinnorna löper 45 procents överrisk. I tidningsartikeln har man överdrivit siffrorna lite grand.

När man talar om 45 procent så har man tagit hänsyn till ett antal bakgrundsvariabler, nämligen ålder, paritet i utbildningsnivå, antal mödravårdsbesök och allvarigare komplikationsdiagnos under graviditeten. Dessutom har man siffror som visar läget om man enbart tar hänsyn till ålder. Då blir siffrorna något lägre, nämligen 38 procents överrisk för kvinnor från Sydamerika. Kvinnor från Sydamerika ligger i alla jämförelser över alla andra – men inte när det gäller könsstympade personer. Vi kanske är mer uppmärksamma på dem, och det kan vara en anledning till att vi tar hand om dem bättre.

Om man sedan tittar på vad Eva Robertsson säger vidare – och dessa uppgifter kommer från Svenska Dagbladet och är senare citat från Eva Robertsson från augusti månad – så säger hon att det råder strukturell diskriminering när man ska passa in och eftersträva fullgod service och bli lyssnad på. Jag har även talat med Eva Robertsson, och hon framhåller att hon har gjort fler intervjuer och nu har övergått till att visa

varför. Då gör hon intervjuer och finner att kvinnorna inte känner sig lyssnade på, att de känner sig sedda och de upplever att de, när de säger att de har ont, inte blir trodda.

Anförande nr 227

K e m o C e e s a y (s): Ordförande, fullmäktigeledamöter! Jag tackar Inger Ros för en mycket viktig interpellation som tar upp en mycket viktig fråga.

Jag kan bara kortfattat säga att den muntliga redogörelsen, Birgitta, var mycket bättre än det skriftliga svaret. Jag fick inte något riktigt bra grepp om vad du svarade. Jag är inte så förvånad över ditt svar eftersom ni i din politiska värld har svårt att ta itu med frågor som berör diskriminering och orättvisor. Alla problem ska lösas av marknadskrafterna enligt dig, om jag förstår ditt svar korrekt.

Du har tyvärr inte svarat på huvudfrågan och kommer inte med något förslag till lösning. Och, Birgitta, nu har du chansen när att förbättra detta förhållande eftersom det här handlar om en väldigt viktig fråga. Jag håller med om att detta är en stor uppgift som kräver insatser och aktiviteter på många nivåer.

Du skriver också att några utvärderingar av vidtagna åtgärder för att förbättra kulturkompetensen dock fortfarande saknas på nationell nivå. Vad tänker ni göra åt detta på lokal nivå? Det är många utanför denna sal som vill ha svar.

Det som du inte berörde i ditt svar är att många inte uppsöker mödravården och det leder till ytterligare komplikationer för både barn och föräldrar. Om du inte uppfattar detta som ett problem så gör i alla fall jag och många andra det. Kvinnor med utländsk bakgrund diskrimineras eller behandlas annorlunda än svenskfödda och därför måste vi se över rutinerna i landstinget.

Anförande nr 228

I n g e r R o s (s): Ordförande och Birgitta! Jag delar Kemos uppfattning att ditt inlägg i talarstolen stärker det jag sade i mitt förra inlägg beträffande din insikt i den här problematiken. Självklart är integrationspolitiken inte någonting som är en enskild uppgift för landstinget, men den här frågan och den här studien visar ändå hur kvinnor har blivit behandlade och diskriminerade i samband med förlossning och då är vårt ansvar definitivt en viktig del i arbetet.

Jag känner mig inte helt nöjd med att din slutsats var att du skulle ha skrivit mer om uppföljning. Självklart är uppföljning något som är viktigt, men precis som du sade är detta inte någon okänd kunskap. Det är oerhört viktigt att utvecklingen inte går åt fel håll utan att vi tar ytterligare ett kliv framåt för att komma åt den här kunskapen som vi känner till finns.

Du pekar i ditt inlägg på de områden som har stora vårdbehov. Nu är det lätt att komma tillbaka – vilket jag kommer att göra – till vårdvalet och vilka konsekvenser det får. Det var i den andan som vi lade förslaget i HSN, då vi bad att ni skulle lägga frågan om den socioekonomiska ersättningen till mödravårdscentralerna och ersättningen till områden med stora behov på is så att vi faktiskt vet att vi gör rätt saker.

Jag tycker att det känns bekymmersamt att ni inte tar till er detta. Jag vill ju gärna tro att du faktiskt menar allvar med det du säger och att det här är något som vi skulle kunna kämpa för tillsammans.

Men om vi ska kunna ha en konstruktiv diskussion så måste vi också ha en gemensam bild. Jag menar att resurserna i socioekonomiskt utsatta områden behöver förstärkas, inte minskas. Det är en viktig åtgärd. Och så skulle det ha varit väldigt tacknämligt om

du hade tyckt att vårt förslag i HSN skulle tillgodoses för att ytterligare sätta tryck på behovet att arbeta med detta ute i verksamheterna.

Anförande nr 229

Landstingsrådet Rydberg (fp): Det känns som ett lite grovt påhopp att få höra mitt parti har svårt att ta itu med orättvisor. Jag kan bara beklaga att det framförs sådana påståenden här i talarstolen. Självfallet ska vi jobba med orättvisor. Det är inte något som borde vara en partiskiljande fråga i det här landstinget.

Finns det något enkelt förslag till lösning? Om det finnes en *quick fix* så skulle vi enkelt ha kunnat plocka fram den, fatta beslut och genomföra den. Jag tror inte att det är så enkelt det här. Det viktiga är att våga se sanningen i vitögat, våga se hur det ser ut, att våga prata om hur det ser ut och börja fundera över hur vi kan påverka det hela. Då är bra uppföljningar, presentation av hurdant läget är, ständigt arbete med utbildningar där man arbetar med både värderingar, bemötande och hur man kan förändra och sedan åter följa upp hur det blev viktiga ingredienser.

Trots att vi har brister och trots att det finns kunskap så tror jag att det kan gå att förändra situationen om vi fortfarande för en levande debatt om skillnader. Det kan vi bara få om vi tar upp det som upplevs som orättvisor. Det enda sättet att bekämpa orättvisor är genom att granska dem. Det tänker jag se till att vi fortsätter att göra, att vi får bra uppföljningsmodeller, men vi ska också lyssna till patienterna.

Anförande nr 230

Kemo Ceesay (s): Ja, Birgitta, det låter bättre och bättre ju fler gånger du går upp i talarstolen. Jag kan bara förklara vad jag menar med orättvisor. Det är inget påhopp utan jag menar att i ett så modernt land som Sverige är det väldigt synd att så många gravida kvinnor med utländsk bakgrund inte söker upp mödravården. Det är inte så att de vägrar göra det men de känner sig diskriminerade, de har inte möjlighet att gå till mödravården.

Nu kommer du med flera förslag till åtgärder och det är precis det som jag efterlyste. Jag hoppas att du kommer med väldigt bra förslag så att vi kan göra någonting åt det här problemet. Det är inte en bra situation som råder.

Anförande nr 231

Boris von Uexküll (m): Herr ordförande! Jag instämmer i det som Kemo Ceesay och andra har sagt om att det här är en mycket viktig fråga, och den har jag lite insyn i.

Eftersom Kemo Ceesay efterfrågar åtgärder utöver dem som Birgitta Rydberg har föreslagit undrar jag vad man mera konkret kan göra från mödravårdens sida för att situationen ska bli bättre? Den frågan riktar jag till dig, Kemo Ceesay, för jag tycker att det är intressant att höra vad du har att säga.

Anförande nr 232

Ann-Sofie Matthiesen (mp): Jag vill bara komplettera med några uppgifter. Om man studerar de svenskfödda kvinnorna så ser man att ju mer de besöker mödravården desto mindre komplikationer har de. Men så är det inte för de andra grupperna. Detta tycker jag också är ett indicium på att det är något som inte fungerar riktigt i kommunikationen. Det är glädjande att höra att man inser att man måste lyssna på kvinnorna.

Anförande nr 233

Regiana Hortin (fp): Eftersom jag kommer från Latinamerika måste jag få säga några ord också.

Jag tycker att det handlar om sjukvård och det handlar om kvinnor. Det är någonting som vi måste diskutera väldigt mycket för att förbättra läget.

Jag tycker att det var väldigt bra det som Birgitta Rydberg sade. Vi måste öppna möjlighet till diskussion. Det handlar om olika kulturer. Sjukvården fungerar på ett annat sätt i Latinamerika, i Afrika och på alla olika ställen i hela världen.

När man kommer till Sverige bemöts man på ett nytt sätt som man ibland måste lära sig, och man måste förstå hur sjukvården fungerar i Sverige. Det är väldigt viktigt för både svenskar och invandrarkvinnor att diskutera hur vi ska förbättra vården för alla på individnivå, och det gäller även hur vården ska fungera bättre för alla män.

**§ 251 Interpellation 2007:83 av Lena-Maj Anding (mp) om vård och vårdlokaler anpassade för personer med känslighet för elektromagnetisk strålning/
elektromagnetiska fält**

Anförande nr 234

Lena-Maj Anding (mp): Ordförande, landstingsledamöter och åhörare! Det här är också en orättvisefråga, kan man säga, som många upplever är diskriminerande. Det väl snart två år sedan som landstingsfullmäktige fattade beslut om att landstinget ska erbjuda vård i anpassade lokaler för personer med känslighet för elektromagnetisk strålning och elektromagnetiska fält och att man skulle kunna erbjuda hembesök och samverka med kommunerna i frågor som handlar om behov av evakueringsboende vid utredning och rehabilitering.

Det fattades ett beslut och man uppdrog till hälso- och sjukvårdsnämnden att se till att det blev genomfört. I svaret från Lars Joakim Lundquist får jag svar på min första fråga som jag uppfattar som att det ännu inte finns anpassade lokaler för dessa personer, att man fortfarande undersöker möjligheten att finna lämplig lokal.

På min andra fråga om hembesök är svaret att det sker efter vårdgivarens bedömning av den enskilda individen. Vi menar att man inte kan göra en bedömning av den enskilda individen förrän man har gjort hembesöket. Det kan man ju inte fatta beslut om i förväg.

Den sista frågan som handlar om ifall samverkan har skett med kommunerna i frågan om behovet av evakueringsboende så tycker jag inte att jag får svar på om det har skett utan bara att frågor som avser enskilda patientfall handläggs i direkt samverkan mellan ansvarig vårdgivare och kommun. Jag förstår att det sker på det sättet, men det jag frågar om är om samverkan har skett. Har det skett någon sådan samverkan under den här tiden?

Jag tycker väl att svaret är väldigt knapphändigt. Det finns en stor kunskapsbrist på det här området och ofta blandar man också ihop vanliga sjukdomssymptom med personers känslighet för elektromagnetisk strålning och har också ofta en förutfattad mening om vad som är vad, vilket leder till att många av de här personerna inte får vård i dag. Det är väldigt lätt att mäta elektromagnetisk strålning så att man kan minska exponeringen vilket i sin tur leder till att de här människorna kan få vård i vårt landsting. Jag tycker att det är väldigt tråkigt att man på den här tiden inte ens har kunnat skaffa fram ett patientrum.

Anförande nr 235

Landstingsrådet **Lundquist (m)**: Ordförande, fullmäktige! Lena-Maj tar upp en väldigt viktig bemötandefråga, frågan om hur man bemöter olika patientgrupper. Är det någonting som jag har ägnat mig åt i snart ett år så är det att träffa i stort sett alla patientföreningar som finns inom Stockholms läns landsting för att bilda mig en uppfattning och tala om för vårdgivarna att det gäller att bemöta varje patientgrupp på ett sätt som gör att de känner sig bemötta. Det gäller även andra patientgrupper, människor som lider av fibromyalgi och många andra sjukdomar som inte är så lätta att identifiera.

Det här är inte klart. Jag skulle kunna ställa motfrågan till Lena-Maj: Varför startade inte det här projektet tidigare, under er mandatperiod, då ni styrde landstinget? Men den frågan ska jag inte ställa.

Vi är inte klara. Locum genomför nu ett tillgänglighetsprojekt som naturligtvis kommer att rapporteras efter hand och det innebär att vi försöker se till att det finns tillgänglighet för olika patientgrupper på olika ställen. Vi ska nog se till att det ganska snart händer något. Men svaret är att arbete pågår.

På den andra frågan är svaret ja. Det genomförs hembesök. Och det är klart att det inte alls är ovanligt att läkare lämnar vårdcentralen för att göra hembesök för att möta patienter i deras eget hem och en distriktssköterska gör också hembesök. Har man då ett sanerat boende så är det helt naturligt att läkaren åker hem till patienten.

Vi har fört diskussioner om en del handikappade grupper, till exempel personer med permobil och annat där husläkarna erbjuder hembesök i stället för att patienterna ska ta sig till en mottagning som inte sanerad på det sätt som framgår av interpellationen.

Vi lägger oss inte i enskilda patientärenden; det är ett vårdgivaransvar att se till att det här fungerar.

Den tredje frågan handlar om att det är en fråga som löses i relation mellan vårdgivaren i landstinget och den kommunala omsorgen; de ska se till att detta blir verklighet. Vi får rapporter, och det är ju så att när vi skriver fram den här typen av svar så får vi hjälp av våra duktiga tjänstemän. De finns inte bara inom Stockholms läns landsting utan vi har också rätt så mycket kontakter med KSL här i Stockholm som också ger oss underlag i form av de direktiv som de ger till kommunerna.

Jag är övertygad om att läget är bättre, inte bra och vi är inte färdiga.

Anförande nr 236

Lena-Maj Anding (mp): Den här frågan tog jag upp under förra mandatperioden, så det är självklart så att den förra majoriteten drev frågan genom Miljöpartiet som hade ansvar för miljöfrågor och den här typen av ohälsa, för människor med funktionshinder.

Under den perioden förde vi samtal också om att detta skulle komma till. Det var min tro att det på den här tiden verkligen skulle kunna finnas ett patientrum för den här typen av funktionshindrade så att vi skulle kunna erbjuda vård i landstinget i dag. De här människorna kan precis som alla andra råka ut för en olycka, bryta benet eller vad som helst, och då måste vi kunna erbjuda vård i lokaler som de kan vistas i utan att bli ännu sjukare, då av helt andra orsaker.

Det känns väldigt tråkigt att vi inte har kommit längre i den frågan eftersom det är så lätt att mäta exponering och det finns kunskap som är väldigt bra bland annat inom Stockholms kommun om hur man sanerar lokaler.

När det handlar om den tredje frågan vill jag säga så här. Under den period som jag hade ansvar för frågan förde vi också diskussioner med Vidarkliniken som har sådana här patientrum och skulle kunna ta emot sådana här patienter med anledning av utredning och rehabilitering så att människor kan få hjälp och den vård som de behöver. Det står ingenting i svaret om detta.

Jag hade hoppats att man hade kommit så långt i samarbetet med Vidarkliniken att det avtalet var slutet redan och att de skulle kunna ta emot patienter när kommunerna också efterfrågade sådana rehabiliteringsplatser. Men det finns inte någonting om detta heller i svaret och det känns lite tråkigt.

Anförande nr 237

Landstingsrådet **Lundquist (m)**: Ordförande, fullmäktige! Det är jättebra att du berättar att det finns lokaler på Vidarkliniken. Nu är det här tillgänglighetsprojektet en fråga som vi i första hand arbetar med i Locum beträffande landstingets lokaler. Nu ska jag se till att vi tar en kontakt med Locum.

Min fråga till dig måste vara: Om det nu fanns rum på Vidarkliniken, varför skrev inte du ett avtal med Vidarkliniken ett och ett halvt år efter det att beslutet var fattat så att det hade varit avklarat innan den nya majoriteten tillträdde?

Jag ska gärna ta med mig frågan om Vidarkliniken tillbaka till förvaltningen, jag har stort förtroende för Vidarkliniken, mycket stort förtroende. Då har vi löst frågan om en extern, alternativ vårdgivare, en annan än landstingets egna, men projektet fortsätter inom Locum.

Anförande nr 238

Lena-Maj Anding (mp): Jag tackar för svaret hittills. Jag ämnar återkomma om ungefär sex månader för att efterhöra hur långt du har kommit.

§ 252 Interpellation 2007:84 av Johan Sjölander (s) om landstingets hälso-plan

Anförande nr 239

Johan Sjölander (s): Jag vill börja med att tacka Maria Wallhager för det skriftliga svaret och ärligt erkänna att jag känner mig känslomässigt väldigt kluven i frågan om hur jag ska förhålla mig till det. Å ena sidan är det väldigt roligt. Som landstingsledamot är det kul att möta medarbetare, personal, jag får uppmärksamheten fäst på ett problem och jag skriver en interpellation och frågar vad som händer med landstingets hälsoplan. Och så, vips, dyker hälsoplanen upp hastigt och lustigt, så att säga, som ett svar på interpellationen. Det är naturligtvis roligt.

Å andra sidan måste jag erkänna att jag känner viss tveksamhet och samtidigt känner mig lite bekymrad över den här hanteringsordningen. Jag tvivlar inte på att vi är rörande överens här i salen om vikten av ett hälsofrämjande arbete bland personalen och att vi som arbetsgivare har ett stort ansvar för detta också.

När den förra hälsoprogrammet utarbetades så var det ett ganska omfattande arbete. Det var ett politiskt arbete, den behandlades av fullmäktige, och det genomfördes också ett omfattande samråd med fackliga organisationer och personalchefer och så vidare. Det som händer nu är att den plan som gällde mellan 2003 och 2006 har reviderats. Det skedde hastigt och lustigt och det var ingen som helst politisk process i samband med detta.

Om jag har förstätt de fackliga organisationerna korrekt så har det varit ganska ringa samordning med facken, och någon direkt delaktighet upplever åtminstone inte någon av de representanter som jag har träffat från de fackliga organisationerna att de haft i den processen. Jag tror att detta är väldigt olyckligt för jag tror att ett sådant dokument, vilket Maria Wallhager mycket riktigt säger i sitt svar, ska vara ett levande dokument. Och ska det vara ett levande dokument då tror jag faktiskt att den tyngd som en fullmäktigebehandling ger det, som en ordentlig samrådsförankringsprocess ger det kan vara av vikt.

Jag träffade så sent som i går representanter för personalen och personalorganisationerna som påpekade för mig att det ute i verksamheten, ute på sjukhusen, kan vara av oerhört stort värde att veta att detta är ett tungt och väl förankrat politiskt dokument som också gäller för åren framöver.

Jag tror att det skulle kunna vara en poäng om vi här i fullmäktige fick bidra till att utveckla landstingets hälsoarbete, slå fast målsättningar och även visa att vi står bakom det angelägna arbetet.

Det är väl jättekul att planen har tagits fram och reviderats. Jag har sett den på avstånd, och jag räknar med att också få läsa den någon gång framöver. Men varför lämnar man den gamla modellen med bred förankring och politisk behandling för att göra dokumentet till mer av en tjänstemannaprodukt, som saknar den tyngd som den tidigare planen hade?

Anförande nr 240

Landstingsrådet Wallhager (fp): Fru ordförande! Tack, Johan, för din interpellation! Du säger: Vips dyker det upp en hälsoplan. Det var kanske inte riktigt så. Hälsoplanen togs fram för ganska många år sedan. Den fastställdes redan 2003. Sedan har den reviderats i samverkan med företrädare för förvaltningar och bolag. Från början var det tänkt att ta fram en ny plan 2010.

De revideringar av större tyngd som har gjorts i årets upplaga, sedan förra mandatperioden, är egentligen tre. Dessutom har man gjort vissa språkliga ändringar som inte innebär några ändringar av innehållet.

Det handlar om ett program mot alkohol och droger, som har varit uppe här i fullmäktige, ett program för att förebygga och följa upp våld och hot i arbetsmiljön, som också har varit uppe i fullmäktige, samt ett tobaksfritt landsting. På den sista punkten är jag mer osäker om frågan har varit uppe i fullmäktige, men jag vet att detta har diskuterats relativt ingående, åtminstone programtagandet.

Jag håller alltså inte riktigt med dig om att de förändringar, revideringar eller nya inslag som är med i hälsoplanen för 2007 inte har diskuterats. Men jag är öppen för att föra en ny diskussion om att förändra den ursprungliga tanken med hälsoplanen, där vi från början hade tänkt oss att det skulle komma en ny upplaga 2010.

När jag ute i verksamheterna har efterforskat hur man förhåller sig till hälsoplanen har jag noterat att man upplever att det är ett väldigt bra dokument som man gör egna hälsoplaner utifrån för de egna verksamheterna och de egna sjukhusen.

Vi har uppenbarligen pratat med olika personer. Dem jag har pratat med upplever i alla fall att de har känt till de nya inslag som har kommit genom revideringen, eftersom åtminstone två av de tre ändringarna har diskuterats ganska grundligt i fullmäktige.

Det är svaret på den fråga som kom nu. De andra svaren har jag gett i interpellationssvaret.

Anförande nr 241

Niklas Gladh (mp): Ordförande, fullmäktige, åhörare! Maria Wallhager pekar i sitt interpellationssvar på att landstingets hälsoplan är och ska vara ett levande dokument. Det kan jag helt hålla med om.

Men för att det ska fungera är det självklart att det ska ske ett kontinuerligt arbete bland dem som är berörda. Därför känns det lite oroande att höra att det finns signaler om att arbetet inte ska ske på ett tillfredsställande sätt. Tyvärr kan det tolkas så att det oerhört viktiga arbetsmiljö- och hälsoarbetet inte sätts i fokus tillräckligt.

Maria Wallhager menar att det finns en naturlig förklaring till att minskningstakten i antalet sjukdagar hos personalen har sjunkit. Det kanske är så. Men för att arbetet inte ska stagnera helt behöver arbetet med personalens hälsa stärkas ytterligare och sättas än mer i fokus. Där kan det förebyggande arbetet inte nog poängteras. Detta är och kommer att vara ett prioriterat område för oss i Miljöpartiet de gröna.

Jag utgår från att alla här i salen anser att arbetsmiljö- och hälsoarbetet är tillräckligt viktigt, så att landstingets hälsoplan framöver på ett verkligt och reellt sätt får vara ett levande dokument som ger resultat i en allt bättre mäsande personal.

Anförande nr 242

Johan Sjölander (s): Den förra hälsoplanen hette "Hälsoplan 2003–2006". Anledningen var väl att den var tänkt att gälla från 2003 till 2006.

Nej, Maria, jag har inget problem med att ni tycker att den hälsoplan som föreligger är ett bra dokument. Jag är tvärtom ganska glad över att den kritik som framfördes politiskt här i salen mot hälsoplanen när den beslutades förra gången i fullmäktigeförsamlingen – som handlade om att den var yvig och att målsättningarna var alldeles för lågt satta – har tystnat nu och att vi gemensamt kan ställa upp på att det är ett bra dokument.

Jag har alltså inget problem med att den politiska uppslutningen bakom dokumentet nu är så fullständig som man kanske hade önskat att den var hela tiden. Det var ingen som röstade emot förra gången, men i talarstolen lyfte bland annat Birgitta fram kritik mot den.

Det är en oklar ställning för den här planen. Jag tycker att det är rimligt att en nyvald politisk församling får ta ställning till den strategiska inriktningen för landstingets viktiga hälsoarbete, och det är väl ungefär därför som jag ställde interpellationen. Jag tycker att det är olyckligt om så inte är fallet.

Anförande nr 243

Landstingsrådet Wallhager (fp): Fru ordförande och några trötta ledamöter, ser det ut som! Jag vill börja med att lyfta fram det som Niklas tog upp om vikten av att ha ett levande och stringent arbete för att minska sjukskrivningstalen. Jag tror att det är oerhört viktigt att vi jobbar med det kontinuerligt och mycket målinriktat, och jag kan lova dig att vi gör det – det gör alla som sitter i produktionsutskottet. Frågan har varit uppe, och vi har sagt att vi kommer att följa den kontinuerligt och se vart det hela tar vägen.

Det finns olika skäl – till exempel att det just nu är högkonjunktur – till att det är "normalt" att sjukskrivningstalen minskar. Men vi kommer att följa utvecklingen.

Jag har från den här talarstolen vid ett antal tillfällen uttalat att en av mina främsta arbetsuppgifter under mandatperioden är att säkerställa landstingets

attraktivitetskraft, att vara en attraktiv och modern arbetsgivare. I det ingår självfallet att ta hand om personalen på ett bra sätt men också att ge ökat ansvar till personalen att kunna påverka sin egen vardag.

Jag tycker att hälsoplanen är ett levande dokument, och jag tycker att de förändringar som är gjorda har varit uppe i denna församling och diskuterats. Men, Johan, vi sitter ju båda två i produktionsutskottet och dess presidium, så vi kan väl ta med oss frågan dit och be vår personaldirektör att på något sätt gå tillbaka till verksamheterna och säkerställa att detta verkligen är ett dokument som man tycker är bra eller som man förhåller sig till och gör sina planer utifrån. Annars har ju inte dokumentet något berättigande.

De signaler som jag har fått sedan jag fick din interpellation är inte riktigt så negativa som du har framfört. Men jag tror att vi definitivt har samma målsättning med dokumentet.

Anförande nr 244

Johan Sjölander (s): Den signal som jag efterlyser är en tydlig politisk signal om att folkhälsoarbetet fortfarande har en politisk tyngd, att vi står bakom det och att de målsättningar som vi slår fast också är fullmäktiges målsättningar, att folkhälsoarbetet är ett prioriterat politiskt arbete.

Det kan vara av stor vikt att vi går ut till personalorganisationerna och förankrar arbetet mycket mer, så det arbetet ser jag fram emot att bedriva tillsammans med Maria Wallhager.

Jag ställer mig fortfarande frågan varför fullmäktige inte kan få behandla en ny hälsoplan. Men det andra arbetet deltar jag i med glädje och lust, tillsammans med Maria Wallhager.

Anförande nr 245

Landstingsrådet Wallhager (fp): Då ska jag vara väldigt tydlig och säga att detta är ett politiskt dokument som alliansen ställer sig bakom och som vi kommer att jobba mycket målinriktat med.

§ 253 Interpellation 2007:85 av Inger Ros (s) om möjligheterna att få dialysvård i Norrtälje och Södertälje

Anförande nr 246

Inger Ros (s): Ordförande, Lars Joakim! Jag har ställt en interpellation till dig om möjligheten att få dialysvård i Norrtälje och Södertälje. Jag vill naturligtvis inledningsvis tacka för svaret.

Men när jag läser svaret vet jag inte om du inte riktigt har satt dig in i frågan eller om vi missförstår varandra. Det kanske vi kan klara ut under debattens gång.

HSN har självfallet inget finansieringsansvar för patienterna i Norrtälje. Det ligger ju på Tiohundra nämnden, och för det får man också ett landstingsbidrag. Men HSN har definitivt ansvar för att driva verksamheten, och HSN har också ett övergripande ansvar för alla patienter.

År 2006 tillsattes en dialysutredning av Danderyds sjukhus. Den ledde till att Danderyds sjukhus skulle flytta en del av dialysen till Norrtälje. Det handlar inte om att

Norrtälje ska ta över kompetensen, för den ska kvarstå på Danderyds sjukhus, utan det handlar om att man flyttar en del av dialysverksamheten till Norrtälje.

Min fråga gäller egentligen om du är beredd att se till att det arbetet, som har stannat upp, fullföljs. Det handlar om åtta platser, och det handlar om 2–3 miljoner kronor per år. Det handlar om att man spar 1 miljon kronor per år i resekostnader, och det handlar om väldigt stora besparingar för patienterna i fråga om livskvalitet.

Om det i sin tur handlar om fördyrade kostnader är det en särskild diskussion, tycker jag. Här handlar det om ansvaret för dialysverksamheten, som ligger på Danderyds sjukhus, och om den utredning som tillsattes av Danderyds sjukhus kommer att fullföljas.

Anförande nr 247

Landstingsrådet **L u n d q u i s t** (m): Ordförande, fullmäktige! Sedan Inger skrev interpellationen har det tagits fram ett budgetdokument för hälso- och sjukvårdsnämnden och ett beslut i hälso- och sjukvårdsnämnden. Jag vill bara kort läsa upp vad som står i förvaltningens förslag till budget för nästa år om dialyssjukvården:

”Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning fick i budgetdirektiven 2007 i uppdrag att göra en översyn av vårdutbudet inom dialyssjukvården. Översynen visar att dialyskapaciteten behöver utökas. HSN-förvaltningen föreslår att vårdutbudet byggs ut både vad gäller sjukhusansluten dialys, dialysplatser på satellitmottagningar och självdialysplatser. Initialt beräknas utbyggnaden medföra ökade kostnader, men i förlängningen beräknas kostnaden sjunka i och med en övergång till mer självdialys. Möjligheterna till vårdval för denna patientkategori kommer att ses över i samband med arbetet med den fortsatta utredningen. Kostnaderna beräknas till 15 mkr 2008 och ytterligare 15 mkr 2009.”

Något av det första jag gjorde som landstingsråd var att besöka njurkliniken på Danderyds sjukhus. En kvinna som låg där bodde på Blidö och berättade om sitt resande tre dagar i veckan. Vi hade en lång diskussion både med den här damen och sedermera med Danderyds sjukhus. Jag träffade personer från Njursjukas förening och har bildat mig en mycket god uppfattning om detta.

Jag delar dock inte Ingers uppfattning att arbetet har avstannat. Den signal jag har fått är att det pågår förhandlingar om avtal. Så långt har man kommit. På Danderyds sjukhus är man beredd att göra detta.

Men jag kan inte säga vad Tiohundranämnden gör. De kanske väljer att göra en upphandling, och de hittar kanske en leverantör som kan göra det ännu billigare. Men det pågår konkreta förhandlingar som är bejakade av Danderyds sjukhus om att upprätta en satellitmottagning i Norrtälje. Det vore väldigt tacknämligt för alla de patienter som skulle slippa åka från till och med norr om Norrtälje ända till Danderyds sjukhus de dagar som de ska ha dialys.

Ambitionen från majoriteten är hög. Utredningen ska påskyndas. Vad som gäller beträffande Södertälje kan jag inte svara på just nu, utan det får utredningen visa. Men Norrtälje är prioriterat.

Anförande nr 248

L e n a C r o n v a l l - M o r é n (m): Ordförande, ledamöter! Jag tänkte börja i en annan ända och prata inte om pengar utan om verkligheten. Många människor med i sig svåra, besvärliga, kroniska sjukdomar har trots det en ganska normal vardag med hjälp av sina rätta mediciner och kanske lite extra koll på kost och motion. Men för den som

drabbas av njursjukdom med krav på dialys förändras livet och vardagen på ett sätt som jag tror är svårt att föreställa sig för den som inte är drabbad. Det beror just på att själva behandlingen tar sådan tid. Till det kommer också restid och väntetid, som givetvis är olika beroende på var man bor. För en Norrtäljebo blir det mycket tid.

Vi vet också att antalet njursjuka i länet ökar. Det finns olika orsaker till det. Det beror bland annat på att vi blir äldre och äldre, vilket i sig ökar risken för njursvikt. Även vår fetmaepidemi, med höga BMI-värden, påverkar, liksom hjärt-kärl-sjukdomar och annat.

Det har fått utnyttjandet av dialyskapaciteten i länet att slå i taket, inte minst på Danderyds sjukhus, dit Norrtäljeborna åker i dag. Dessutom vet vi att dialys bör ges kanske upp till fem eller sex gånger i veckan, för att kroppen ska må så bra som möjligt.

Så ser alltså verkligheten ut, och mot den bakgrunden är det inte så konstigt att det har pågått och pågår diskussioner med Danderyds sjukhus om en dialysenhet i Norrtälje, en satellitmottagning som skulle vara underordnad Danderyds sjukhus. Det finns till och med en tänkt lokal i Norrtälje som skulle kunna passa.

Vinsten skulle framför allt bli högre livskvalitet för njursjuka i de norra delarna av länet, för där finns ju ingen sådan enhet i dag. Det skulle också bli en avlastning för den ansträngda Danderydsenheten och ge den möjlighet att ta emot nya patienter.

Om just detta hade vi ett ärende på vårt senaste sammanträde i Tiohundra-nämnden, där Inger Ros finns med. Därför är du väl medveten om att vi i vårt yttrande till landstingsstyrelsen om budgeten 2008 går fram med just detta.

Jag vill tillägga att detta verkligen har hög prioritet, precis som Lars Joakim sade nyss. Vi inom alliansen kommer att anstränga oss för att försöka starta genomförandet under nästa år.

Anförande nr 249

Landstingsrådet W i g g (mp): Fru ordförande, fullmäktige, eventuella åhörare! Jag tycker också att detta är en mycket viktig fråga, vilket har beskrivits av föregående talare. Det är viktigt att peka på kompetensen och var ansvaret för den ligger. Så här små dialysavdelningar, som ska ha mindre bemanning, måste ha bra kompetens. Det krävs erfarenhet hos dessa sköterskor, som har ett större ansvar. Det är en viktig fråga att ta med sig. Huvudansvaret och ansvaret för kompetensutvecklingen måste ligga på den klinik som så att säga är huvudklinik. Det är viktigt.

Jag tror att behovet av sådana här små enheter är lika stort söder om Slussen som norr om Slussen. Det fanns tidigare i Älvsjö en liten dialysenhet. Jag tror inte att den finns kvar fortfarande. Södertälje skulle kunna vara en plats där man kunde bygga upp en sådan dialysenhet.

Det skulle egentligen behövas en kontinuerlig dialys. Det är pådialysen som ger den effekten. Tyvärr kan man ju inte gå runt med en bloddialysmaskin hela tiden.

Men det är inte bara kroppen som ska må bra. Psykiskt mår man bättre om man får en kontinuerlig dialys och den dialystid som man behöver, och det är individuellt, beroende på kroppsvolym och hur mycket blod man har i kroppen.

Dialys påverkar inte bara kroppen utan även familjen, det sociala, arbetet, allting. Själen behöver också tas om hand. Den psykosociala kompetensen behöver därför höjas. Det hänger lite ihop med den erfarenhet som sjuksköterskorna har, att det också finns tillgång till psykosocial kompetens på dialysklinikerna.

Jag är glad över att alliansen tillskjuter medel till dialysvården. Men en viktig fråga som Lena snuddade vid är det förebyggande arbetet. Om vi inte ska få hur många dialyspatienter som helst i vård – det kommer vi inte att ha råd med, utan då måste vi korta dialystiderna, vilket ibland har skett under senare år – måste vi jobba förebyggande. Det gäller dem som är små och inte har fått njursvikt. Men även om man har drabbats av njursvikt går det att arbeta förebyggande, så att man inte kommer i dialys.

Det är en jätteviktig fråga. Åtminstone på klinikerna i Huddinge har man tvingats avstå från att jobba förebyggande, för att skjuta upp tidpunkten då man måste börja med dialys. Det är oerhört tråkigt. Jag hoppas att budgettillskottet nu möjliggör att kliniker kan arbeta förebyggande.

Anförande nr 250

Inger Ros (s): Ordförande! Först till Lena: Det är självklart att jag är medveten om det yrkande som vi lade från Tiohundranämnden. Men det har definitivt inte redovisats i den nämnden att det pågår konkreta förhandlingar. Med vem förs de? Då hade kanske inte den här interpellationen hade behövts.

Jag tyckte att det var viktigt att få svar i dag på vad landstinget tycker och hur ansvarigt landstingsråd ställer sig i frågan. Jag är naturligtvis glad om arbetet påskyndas och om det svar som du gav i dag, Lars Joakim, är det som gäller. Det hade sparat en massa diskussioner i Tiohundranämnden som vi har haft gemensamt mellan alla partier. Om vi tidigare hade fått det besked som vi har fått i dag från talarstolen hade det också sparat möda för alla de människor som har samlat in namn på protestlistor eftersom man tycker att frågan är viktig.

Anförande nr 251

Landstingsrådet Lundquist (m): Ordförande, fullmäktige! Det är rätt skönt att få avsluta en dag i full enighet i åtminstone en fråga. Det känns ganska skönt att gå härifrån då.

Jag tror att hemdialys och självdialys är utvecklingen framöver, för dem som kan utföra detta. Då kan man dessutom göra fler dialyser. Vi vet att folk mår bättre om man gör fyra dialyser i veckan jämfört med tre. Med de nya apparaterna är det väldigt lite som man behöver göra själv. De är riktigt bra "diskmaskiner" – de tvättar sig själva.

Förebyggande vård tycker jag också är viktigt, Raymond, men det finns ett steg före din förebyggande vård, och det är att se till att man inte har högt blodtryck, att man har låga, kontrollerade blodfetter och inte röker. Om något i kroppen tar stor skada av att inte "leva som man lär" är det just njurarna. Därför är det väldigt positivt att Njursjukas förening jobbar mycket förebyggande åt andra, för att andra inte ska drabbas av samma sjukdom som de själva har drabbats av.

Jag skulle väldigt gärna se att vi kunde få igång fler njurtransplantationer. Men det finns brist på organ. Vi har ändrat regelverket för ersättningar under förra mandatperioden, så jag hoppas lite grann att det kan bli fler transplantationer, vilket innebär färre dialyser.

Inger! Jag kommer gärna upp till Tiohundranämnden någon gång när ni diskuterar frågor som berör enskilda landstingsråd. Det skulle vara rätt spännande att få komma ut och träffa Tiohundranämnden, så bjud in mig någon gång så ska vi gärna diskutera dialys eller något annat som jag ansvarar för.

Anförande nr 252

Lena Huss (fp): Jag har bara en kort kommentar till Lena Cronvall-Morén. Hon sade något som fick mig att hoppa högt. Hon pratade om "fetmaepidemi". Jag är lite tveksam till om man verkligen kan prata om en "fetmaepidemi". Jag läste nyligen en intressant bok som hette *Fettpaniken*, som vederlägger att vi skulle ha blivit så gigantiskt mycket fetare på senare år. Visst har vi ökat lite i vikt, men det beror också på att WHO har sänkt gränsvärdena för vad som är övervikt och fetma, så att en massa människor över en natt blev feta utan att ha ökat ett enda gram.

Visst är övervikten ett hot mot folkhälsan, men framför allt är det rökning och stillasittande som ska motverkas. Det är faktiskt bättre att vara lite mullig och röra på sig än att vara smal och sitta hemma och zappa mellan tv-kanalerna!

Anförande nr 253

Landstingsrådet Wig g (mp): Fru ordförande! Nog har vi väl ändå, Lena, gått upp i vikt. Det är en av orsakerna till att man drabbas av till exempel diabetes och högt blodtryck, så det hänger ihop.

Om det är en panikepidemi eller inte kan man väl diskutera, men det är bevisat att våra unga blir mer och mer överviktiga och dessutom mer och mer feta, så det är en viktig fråga.

Det finns en sak till, Lars Joakim, som du kan lägga till på listan över folkhälsoinsatser: När man drabbas av streptokockinfektion kan den slå sig på njurarna. För våra många unga aktiva som är med i idrottsrörelsen är det viktigt att den kunskapen sprids i idrottsrörelsen, så att man inte går och idrottar när man är sjuk, vilket jag gjorde för 25 år sedan – det var inte så bra.

§ 254 Interpellation 2007:86 av Dag Larsson (s) om beslutet att inte pröva möjligheten att införa vaccination med Gardasil mot livmoderhalscancer

Anförande nr 254

Landstingsrådet L a r s s o n (s): Ordförande! Tack, Birgitta, för svaret. Jag tycker inte att det här i första hand är en partipolitisk fråga utan en fråga som har att göra med vaccination och en oro som väldigt många människor känner över livmoderhalscancer som fenomen.

Jag tänkte inte ge mig in på min första frågeställning, om rutinerna och hur folk informeras kring detta, utan jag tänkte framför allt ge mig in på den andra frågeställningen, som i grunden handlar om varför Stockholms läns landsting inte skulle kunna vara föregångare och börja dra i gång ett eget fullskaleförsök. I svaret möts jag av tre argument varför Stockholms läns landsting inte skulle kunna köra i gång ett fullskaleförsök med vaccination mot livmoderhalscancer.

Det första argumentet som Birgitta och hennes medarbetare framför är att effekten inte är långvarig. Nu har jag tagit kontakt med en professor, Joakim Dillner, som arbetar i nära samarbete med Cancerfonden, för att få reda på om det är som så att det här vaccinet bara varar i två års tid, som Birgitta replikerar i sitt svar till mig. Så här skriver han till mig: Bägge de vaccinerna – det finns nämligen två som är godkända – har visad effekt fem år. Det finns inga tecken på att effekten avtar än, varför det knappast blir aktuellt med en booster inom tio år. Fem år är en längre uppföljningstid än vad som funnits vid något tidigare införande av vaccin.

Därmed tycker jag att jag har lyckats besvara det första argumentet från Birgittas sida.

Det andra argumentet som framförs med viss tyngd är att det här skulle vara riskabelt: vi kan inte äventyra unga flickors liv genom att införa osäkra vacciner. På det svarar samma professor Joakim Dillner: Beträffande säkerhet är vi uppe i 10,8 miljoner doser som givits över världen för Gardasil; han kan inte siffran för det andra vaccinet. Biverkningsprofilen är gynnsammare än för de flesta andra vacciner. I det sammanhanget kan nämnas att Gardasil i dag är godkänt som läkemedel i 79 länder runt om jorden.

Jag tycker inte att säkerhetsargumentationen riktigt håller den heller.

Det tredje argumentet är att vi i Stockholms läns landsting inte kan gå före, därför att det gör ju inga andra landsting heller. Det är ett argument som inte heller håller! Blekinge läns landsting har insett att situationen är oacceptabel och sätter nu i gång en egen verksamhet med vaccination av unga flickor i sitt län.

Jag tycker att vi borde agera. Vi kan ju se vad som händer just nu. Vi har en ganska stor dödlighet, i vårt län dör i storleksordningen 20–30 kvinnor om året i livmoderhalscancer – medan vi har ett vaccin som vi inte sätter i sjön!

Anförande nr 255

Landstingsrådet R y d b e r g (fp): Frågan är om vi ska skynda före Socialstyrelsen eller om vi har tålamod att vänta till fram i januari, när de har sagt att man bedömer att de kommer med rekommendationer om det ska ingå i vaccinationsprogrammet.

Det är väldigt många nya vacciner som är på väg in, och vart och ett av de nya vaccinererna kostar mer än det totala vaccinationsprogrammet. Det är därför som Socialstyrelsen nu sitter och går igenom flera olika vacciner. Man har sagt att det ska komma förslag direkt efter nyår. Någoting ska gå ut på remiss till professionen redan under hösten.

Det är bara att konstatera att Gardasil är ett godkänt läkemedel enligt förmänen för flickor mellan 13 och 17 år, och det är en hel del föräldrar som använder sig av den möjligheten att få ett recept och låta sin tonåring få injektionen.

När det gäller effekten är det fortfarande så, säger man på Socialstyrelsen, att det finns delar som vi faktiskt inte vet tillräckligt om. Gardasil – och även det andra vaccinet som har kommit, vars namn jag har uppskrivet men inte har i huvudet just nu och som har lite smalare effekt – angriper vissa av de virus som kan ge upphov till livmoderhalscancer, men sedan finns det vissa virus som läkemedlet inte angriper. En fråga som man nu grunnar över på Socialstyrelsen är: Finns det en risk att man får en utveckling av att det är de här andra virusen som om tjugo år genererar cervixcancer hos kvinnor? Då har man kanske gått och trott att vaccinet skyddar mot det och struntar i att gå på screening.

Vad vi vet är att screeningprogrammet är oerhört viktigt, med de täta kontrollerna vart tredje år som fångar in de tidiga förändringarna. Vi kan också se att vi har en del flickor som tyvärr inte söker regelbundet när de blir kallade. Jag tycker väl att hur kallelserutinerna ser ut – om du inte har lust att komma så gör det ingenting – gör att man skickar ut en signal om att det inte är så viktigt att gå på screeningkontrollerna. Jag tycker det är väldigt viktigt att upprätthålla en hög frekvens av screeningundersökningar för att fånga in de tidiga förstadierna. Om vi får ett stort bortfall, ser jag ett problem.

Det Socialstyrelsen kommer att granska ytterligare är: Vilka är det som ska vaccineras? Ska vi vaccinera både pojkar och flickor, eller bara flickor? Det är ju pojkarna som bär med sig viruset, så teoretiskt sett skulle det kunna räcka att vaccinera pojkar, om flickor

aldrig hade sexuellt umgänge med andra pojkar än svenska pojkar, men så är ju inte fallet. Vaccinerar man både killar och tjejer så kostar det 800 miljoner för Sverige som nation. Och Socialstyrelsen funderar just nu på om det är kommuner eller landsting som ska stå för detta och om staten ska vara med och finansiera.

Om två eller tre månader har vi kanske ett förslag.

Anförande nr 256

Landstingsrådet L a r s s o n (s): Det gläder mig att Birgitta inte vidhåller de rent ut sagt felaktiga påståenden som fanns i interpellationssvaret, om att det skulle vara riskabelt och farligt att ge vaccinet till tonårsflickor eller att vaccinet skulle vara utan effekt. Jag förstår ditt inlägg som så att du inte längre vidhåller detta.

I vår region dör mellan 20 och 30 kvinnor varje år av livmoderhalscancer. Problemet är att folk allmänt sett börjar bli medvetna om att det finns ett vaccin som är effektivt, och folk börjar lösa saker och ting själva på det här området. Totalt i Sverige har sedan oktober 2006 fram till i dag har 15 000 flickor blivit vaccinerade, varav 7 000 kommer från vårt län. Men detta är ojämnt spritt. I nordostsektorn går väldigt många iväg med sina tonårsdöttrar, över 4 000, medan det däremot i sydvästsektorn av vårt landsting bara är 282 tjejer som är vaccinerade. Det här håller på att bli en klassfråga! Medelklassen och överklassen går iväg och vaccinerar sina tonårsdöttrar, medan de andra inte har råd. Det är en totalt oacceptabel utveckling!

Birgitta säger att hon hoppas att det här löser sig. Det gör jag med. Jag tycker inte att den viktigaste frågan är om det är staten, landstinget eller kommunerna som betalar – jag vill att någon ska betala för det här. Jag tycker att det är en helt oacceptabel utveckling om det blir en fråga för den enskilda tonårsföräldern att lösa, utan samhället i någon form bör lösa detta.

Jag hoppas att Birgitta, med sina mycket välutvecklade kontakter med Socialstyrelsen, driver på för att se till så att staten tar sitt ansvar i den här frågan. Men om staten inte gör det, tycker jag att Stockholms läns landsting, precis som Blekinge, borde gå i förväg. Vi borde ta ansvar, om staten inte gör det, och vi borde inte hamna i revirstrider med kommuner och med statsmakten medan en massa kvinnor i vårt land riskerar att dö i en sjukdom som det finns ett vaccin emot!

Anförande nr 257

L e n a - M a j A n d i n g (mp): Ordförande, landstingsfullmäktige! Miljöpartiet tycker att det är klokt att vi ändå väntar de där månaderna, så att vi får ett utlåtande från Socialstyrelsen. Vi tycker det är självklart att man ska lösa frågan. Det finns också ett genusperspektiv i frågan, som handlar om smitta som förs vidare till flickor som inte vaccinerar sig. Vi har stor respekt för detta genusperspektiv, och det är viktigt att förhindra en sådan sak.

Vi tycker alltså att man ska avvakta Socialstyrelsens samlade bedömning och lösa frågan.

Anförande nr 258

Landstingsrådet R y d b e r g (fp): Det är inget landsting som har börjat införa det här vaccinet. Blekinge hade tänkt göra det, men Blekinge har backat för att invänta, eftersom det kommer ganska snart, ett förslag om det ska in i det allmänna vaccinationsprogrammet.

Om det ska in i vaccinationsprogrammet, är ju frågan också hur det praktiskt ska hanteras och om Socialstyrelsen kan ålägga kommunerna att göra det om det är skolhälsovården som ska utföra det. Kommunerna gör ju vissa vaccinationer av 12-åringar mot röda hund, den så kallade MPRR-vaccinationen. Socialstyrelsen har makten att ålägga landstingen att starta vaccination, men man kan bara föreslå kommunerna att göra det. Man har inte makten att meddela tvingande råd och anvisningar, så som man kan göra när det gäller barnvaccinationer i förskoleåldern.

Det här är ytterligare en av de frågor som man nu de närmaste månaderna måste hitta en lösning på innan vi på nyåret får se hur man har tänkt sig det här.

Jag tycker det är bra att den här frågan tas upp. Det är möjligt att man också behöver ta kontakt med Socialdepartementet för att kunna hitta en smidig hantering.

Anförande nr 259

Landstingsrådet L a r s s o n (s): Det är möjligt att jag är felinformerad om Blekinge; det ska jag kontrollera.

Däremot är ju fortfarande den viktiga frågan, Birgitta, inte om det är kommunerna, staten eller landstingen som tar kostnaden. Om vi kommer fram till att det här vaccinet är effektivt, då borde samhället i någon form lösa detta.

Jag hoppas att du vid dina kontakter gentemot Socialstyrelsen och nationella myndigheter lyckas se till så att vi ordnar den här frågan. Jag skulle bli jätteglad om staten löser det, men om inte staten löser det så tycker jag att vi här i Stockholm borde gå före.

Förteckning över talare
(siffrorna avser anförandets nummer)

von Malmborg Ingvar (mp) 8:1, 2, 66, 69
Landstingsrådet Nylund Watz (s) 8:3, 8, 33, 45, 48, 59, 61, 64, 68, 71, 108, 110, 112, 150, 160, 204, 206
Gunnarsson Viviann (mp) 8:5, 7, 14, 21, 184, 186, 188, 190
Landstingsrådet Heister (m) 8:4, 6, 74, 78, 83, 109, 111, 113, 115, 117, 138, 140
Landstingsrådet Sevefjord (v) 8:9, 141, 143, 145, 159, 173, 191, 198, 207, 219, 222
Landstingsrådet Nyman (kd) 8:10, 12, 17, 19, 20, 22, 24, 47, 49, 142, 144, 146, 152, 157, 182, 185, 187, 189
Landstingsrådet Wigg (mp) 8:11, 18, 86, 147, 171, 181, 183, 249, 253
Landstingsrådet Wallhager (fp) 8:13, 67, 70, 240, 243, 245
Landstingsrådet Andersson (c) 8:15, 158, 179
Magnusson Thomas (v) 8:16, 77, 81, 209
Anding Lena-Maj (mp) 8:23, 40, 62, 122, 124, 126, 178, 220, 223, 234, 236, 238, 257
Starbrink Anna (fp) 8:25, 27, 31, 44, 52
Roxby Cromvall Gunilla (v) 8:26, 28, 37, 50
Blombäck Yvonne (mp) 8:29, 36, 42, 53
Bora Necla (v) 8:30, 32, 39
Askensten Åke (mp) 8:34, 46, 56, 72, 75, 82
Jörnehed Håkan (v) 8:35, 58, 131, 133, 135, 161, 177, 194, 200, 212, 214, 217
Gustafsson Georg (s) 8:38, 79, 163
Klingström Eva (m) 8:41, 54
Kroon Leif (kd) 8:43
Skoglund Mats (v) 8:51
Hortin Regiana (c) 8:55, 233
Landstingsrådet Reinfeldt (m) 8:57, 60, 85, 91, 93, 95, 103, 105, 107, 128, 130, 132, 134, 136, 156, 192, 199, 213, 221
Lidwall Pia (kd) 8:63, 97, 99, 101, 167, 176
Liliemark Jan (fp) 8:65
Sjölander Johan (s) 8:73, 76, 80, 174, 211, 239, 242, 244
Landstingsrådet Larsson (s) 8:84, 89, 127, 129, 153, 196, 203, 254, 256, 259
Ros Inger (s) 8:87, 90, 92, 94, 170, 195, 224, 228, 246, 250
Eklund Maj-Len (v) 8:88, 165
Pettersson Kerstin (v) 8:96, 98, 100
Ekekihl Helena (mp) 8:102, 104, 106, 215
Ortiz-Venegas Pia (v) 8:114, 116, 118, 168
Olausson Kaija (mp) 8:119, 121, 193, 202
Landstingsrådet Lundquist (m) 8:120, 123, 125, 169, 235, 237, 247, 251
Johansson Anders (s) 8:137, 139
Reichenberg Olle (m) 8:148, 216
Holmberg Staffan (s) 8:149, 155
Helmerson Gunilla (m) 8:151, 197
Ljungberg Schött Marie (m) 8:154, 201
Andersson Peter (s) 8:162
Lindquist Olov (fp) 8:164, 175
Sander Tove (s) 8:166
Mackegård Janet (s) 8:172, 180
Landstingsrådet Rydberg (fp) 8:205, 208, 225, 229, 255, 258

Rudin Tomas (s) 8:210
Kettner Anna (s) 8:218
Matthiesen Ann-Sofie (mp) 8:226, 232
Ceesay Kemo (s) 8:227, 230
von Uexküll Boris (m) 8:231
Gladh Niklas (mp) 8:241
Cronvall-Morén Lena (m) 8:248
Huss Lena (fp) 8:252