PRESSMEDDELANDE

Flera större arbetsgivare går nu samman och ställer sig bakom det förslag till offensiv plan för nedläggningshotade Bollnäs-Söderhamns sjukhus som kommun- och landstingspolitiker från Söderhamn, Bollnäs och Ovanåker gemensamt inlämnat till landstingsstyrelsen med anledning av ”nödbromsen” i Gävleborgs sjukvårdsekonomi.

Förslaget, som samlat en bred politisk koalition, syftar till en vidare helhetssyn på hanteringen av ohälsan med nytt ledarskap och en ny driftsform som väsentliga beståndsdelar.

Den 15:e september lämnade representanter för landstingsoppositionspartierna och kommunpolitiker från Bollnäs, Söderhamn och Ovanåkers kommuner in en plan för en ny, offensiv sjukvårdsyn med utgångspunkt från ett bredare perspektiv än enbart landstingets, se bilaga. Ett antal av de större företagen i kommunerna reagerar nu och ställer sig bakom förslaget med anledning av de befarade planerna om nedläggning av Bollnäs - Söderhamns sjukhus.

”En nedläggning av sjukhuset skulle medföra allvarliga konsekvenser för all industriell verksamhet i bygden i form av att kunna behålla den personal vi har. Dessutom blir det svårt att klara rekryteringarna i framtiden, vilket innebär att vi flyttar produktionskapacitet till andra områden i landet”, säger Josef Höbenreich,VD för Edsbyverken.

Skrivelsen från företagarna är ställd till landstingsstyrelsen i Gävleborgs län:

Det är med stigande förvåning undertecknade företagsledare åser utvecklingen inom landstingsledningens hantering av hälso- och sjukvårdsfrågan. Människor och orter ställs mot varandra, rädsla och prestige förefaller styra händelseutvecklingen.

Obalansen mellan hälso- och sjukvårdens behov och resurser är en naturlig följd av större omvärldsförändringar men kan inte reduceras till en lokal eller regional landstings- eller sjukvårdsfråga. Det har sin grund i demografiska förändringar som åldersfördelningar, flyttströmmar, internationalisering och ekonomiska åtstramningar som utmanar det hittillsvarande systemet för hantering av ohälsa, där olika myndigheter som landsting, försäkringskassa, kommuner och arbetsförmedling har egna budgetrevir och målsättningar att bevaka. För varje år blir de bättre på att markera gränserna mot varandra, men pusselbitarna har för länge sedan glidit isär. Som resultat ser vi bl.a. årslånga vårdköer som gör att allt fler går hemma och kostar sjukpenning medan aktörerna spelar ”Svarte Petter” om vem som ska betala notan.

Vi står inför en arbetskraftsbrist inom flera yrkesområden, inte minst råder brist på bl.a. läkare och sjuksköterskor på många håll i landet, underskottet totalt beräknas till mer än 350.000 personer år 2004. Regeringen förutspår i den budgetproposition som lades fram förra veckan en ökning med 35.000 fall av förtidspensionering och sjukbidrag de närmaste två åren. Enligt Alectas undersökning av 620.000 tjänstemän förtidspensioneras 15 % av 35-åringarna! Den stora ökningen av sjukskrivningar och förtidspensioneringar utgör ett allvarligt hot mot regeringens mål för sysselsättning och arbete enligt Jan Rydh, Sjukförsäkringsutredningen. Ohälsokostnaderna står för 7 % av statsbudgeten och är den enskilt största posten.

Det här är skeenden som till stora delar kunnat förutses. Myndigheter är duktiga på statistik och vi talar om relativt långsamma förändringar som diskuterats offentligt åtminstone de sista 15 åren, men åtgärderna har kommit för sent och då blir det nödbroms. Möjligen är det symptomatiskt att problemen är störst inom det offentliga där det saknas 230.000 arbetstagare de närmaste åren. Här återfinner vi tyvärr de som har till uppgift att hantera ohälsan: landsting, kommuner och försäkringskassa eller för att använda ett känt begrepp – vård, skola, omsorg. Verksamheter som de senaste decennierna präglats av ständiga omorganisationer.

(forts.)

Det finns alltså ett stort behov av sjukvård och rehabilitering under överskådlig tid. Att i det läget överväga nedläggning av nybyggda, moderna sjukhus och utöva ledarskapet för hälso- och sjukvården på ett sätt som får kompetensen att flytta härifrån när den behövs som mest får betecknas som en uppseendeväckande ekonomisk och human kapitalförstöring.

Som jämförelse på hur skattemedlen används kan nämnas att Gävle sjukhus planerade nya entré för 130 miljoner kronor motsvarar rehabiliteringsinsatser för c:a 1.500- 2.000 personer. I RFV:s årsredovisning finner vi att försäkringskassorna förra året fick 90 miljoner kr i särskilda medel för ”samverkansåtgärder” med bl a landstinget. 70 miljoner gick till konferenser och administration, 20 till aktiva åtgärder. Året innan var det liknande förhållanden men lite mer konferenser, vilket tillsammans motsvarar rehabiliteringsinsatser till 2.500 personer plus drygt 20.000 polikliniska vårdbesök.

Det här är bara symptom och effekter av ett föråldrat system som inte fungerar i dagens samhälle. Det behövs en ny helhetssyn på sättet att hantera ohälsa. Gerhard Larssons Rehabiliteringsutredning visade nyligen att en satsad krona ger 9 kronor tillbaka till samhället, om man inte ser till vilken ”plånbok” det hamnar, och Jan Rydh funderar på att föreslå en sjukförsäkring utanför budgetsystemet. Det handlar om att hålla folk friska, välmående och yrkesverksamma i arbete för allas bästa, inte primärt att t ex landstinget ska hålla sin budget. Sjukvårdsfrågan är intimt förknippad med bl.a. företagens möjligheter att attrahera arbetskraft, kommunens tillväxt och medborgarnas utvecklingsmöjligheter som inte kan isoleras från den övriga samhällsutvecklingen.

Som arbetsgivare ser vi därför positivt på det offensivt, nytänkande förslaget från en samlad landstingsopposition som lades fram förra veckan. Förslaget låser upp flera bakomliggande splittrande faktorer i hanteringen av ohälsan, bl.a. de budgettekniska reviren och uppdragsformuleringen, men är naturligtvis inget man genomför på en kafferast.

Det fordrar politiskt mod att på allvar diskutera möjligheten att bryta revirgränserna och undersöka förutsättningarna för att kommun, försäkringskassa och landsting exempelvis samäger sjukhus, slår ihop penningpåsar, tar bort administrativa mellanled, utvecklar ett ledarskap och formulerar gemensamma uppdrag utifrån både sjukvårdsaspekter, socialförsäkringsregleringen och kommunala målsättningar. Såvitt vi känner till är det unikt i Sverige.

Ett första steg vore att lägga rädslan och prestigen åt sidan, stoppa ”nödbromsen” innan kapitalförstöringen gått för långt och arbeta igenom förslaget gemensamt på en högre politisk nivå i avvaktan på resultatet av de pågående statliga utredningarna om ohälsans hantering.

2001-09-28

Josef Höbenreich VD Edsbyverken	Stefan Ekqvist VD NEFAB	Bert Andersson VD Elektra
Curt Landin VD Alfta Rehab Center	Jan Carlsson VD CC-Systems	Kjell Bäckström VD G-Man Tools
Thomas Zetterqvist VD OKAB Näringsliv	Eva Von Scheele-Frid VD Stress Medicine	Ingrid Andersson VD Neuropsyk AB
Benny Eriksson VD Nordic Gym	Carl Hellström VD ELE Trävaru AB	Jan-Erik Wall VD Wallsta Trä AB
Bengt Berntsson VD Datorex Nova AB	Lars Mobacke VD Mobackes Blomsterodling VD	Andreas Lundström Alteco Elkonsult
Peter Sköld Cityföretagen	Olle Sigurdsson VD SP Fönster	Roland Perzon VD ACAB

Företagen är en blandning av tillverkande och tjänsteproducerande medelstora och större arbetsgivare verksamma på svenska och internationella marknader i olika branscher.

För ytterligare information, kontakta
Curt Landin, VD Alfta Rehab Center, tel 070-6918064 eller 0271-58162
Josef Höbenreich, VD Edsbyverken, tel 070-5683039 eller 0271-27520

Bilaga: Förslag från landstings- & kommunpolitiker i Gävleborgs län till landstingsstyrelsen.

Bilaga till pressmeddelande från företag i Bollnäs – Ovanåkers kommuner
Förslag från landstings- & kommunpolitiker i Gävleborgs län till landstingsstyrelsen

Styrelsen
Landstinget Gävleborg
801 88 GÄVLE

Från nödbroms till raketstart

förslag till offensiv plan för Bollnäs – Söderhamns sjukhus

Undertecknade kommun- och landstingspolitiker från Söderhamns, Bollnäs och Ovanåkers kommuner har med oro noterat landstingsledningens signaler om nödbroms av verksamheten. Detta är enligt vår uppfattning en alldeles för defensiv handlingslinje. Vi förespråkar i stället i nedanstående koncept ett mera offensivt handlingssätt, där ett nytt ledarskap och en ny driftsform utgör väsentliga beståndsdelar.

Bakgrund

Det är väl belagt i bl a Gerhard Larssons rehabiliteringsutredning och Jan Rydhs sjukförsäkringsutredning att den nationella ohälsoproblematiken idag är ett samhällsproblem som hotar tillväxt och välfärd. Behovet av sjukvård och rehabilitering är stort och kommer så av bl a demografiska orsaker att vara under överskådlig tid. Att investera i förebyggande friskvård, sjukvård och rehabilitering är både samhällsekonomiskt och mänskligt lönsamt – om man bortser från det budgettekniska revirtänkandet mellan olika myndigheter.

Statens utgifter för sjukpenning fortsätter att raka i höjden. Under årets första sex månader ökade utgifterna med hela 20 procent jämfört med samma period förra året. Kostnaderna är nu uppe i 20,8 miljarder. Drygt 100 000 svenskar är sjukskrivna sedan mer än ett år tillbaka. De som varit sjukskrivna i mer än ett år ökade med 28 procent under perioden maj 2000 till maj 2001. De långa sjukskrivningarna har nått rekordnivåer och även börjat ändra karaktär; man kvarstår i högre grad i sjukskrivning och blir inte friskare. Det finns alltså ett mycket stort behov av sjukvård och rehabilitering.

Den västerländska synen på det friska och sjuka härstammar till stor del från 1600-talsfilosofen Descartes som skilde på människans själsliga och fysiska delar. Sjukvården har byggts upp klinikvis med olika specialistinriktningar till vilka man remitteras i tur och ordning.

Den svenska modellen för att hantera ohälsoproblemet där flera olika myndigheter (landsting, försäkringskassa, kommuner och arbetsförmedling) med skattefinansiering ansvarar för olika delar i välfärdssystemet är uppbyggd i en tid då befolkningspyramiden bestod av en bred bas huvudsakligen friska människor i yrkesverksamma åldersgrupper, relativt fast boende på sina orter, och en smal topp av äldre i naturligt mer vårdbehövande skikt.

Idag är situationen annorlunda.

Skatteunderlaget minskar snabbt när de intäktsgenererande åldersgrupperna i yrkesverksam ålder nu krymper betydligt. Samtidigt ökar ohälsokostnaderna när den tidigare breda basen i pyramiden nu kommit upp i en naturligt mer vårdkrävande ålder. Den fria rörligheten har minskat nationsgränsernas betydelse och flyttströmmar går från landsbygd till storstad, till kunskaps- och forskningsintensiva regioner där människor och företag ser utvecklingsmöjligheter, vilket ger en ekonomisk omfördelning och konkurrens om resurserna.. Insikten om att människan är mer komplex än summan av sina delar är utbredd, men det är svårt att vårda hela människan samtidigt när specialistklinikerna är utspridda över landet och väntetiderna växer.

Aktörer för hantering av ohälsa, främst landsting och försäkringskassa, kämpar på varsina håll med interna problem för att klara sina respektive uppdrag, något som bl a kommit till uttryck i form av Gävleborgs läns landstings nedläggningsplaner av Bollnäs –Söderhamns sjukhus. Tanken är att i enlighet med ”Ludvikamodellen” först lägga ned BB, därefter verksamhetscentrala delar som jour för gynekologi, ortopedi och kirurgi varefter sjukhuset snabbt ”självdör” av kompetensbrist och patienterna hänvisas till Gävle - där man redan idag har flera års väntetider för vanliga ingrepp.

En titt på vårdköernas Sverige ger dock både en hotbild och goda möjligheter. Hotet är att patienterna i Gävleborgs läns landsting väljer att utnyttja vårdgarantin och operera sig i t ex Ängelholm. Kostnaden får då kliniken här stå för, något som t ex Uppsala län erfarit där hittills i år 838 personers utomlänsval kostat 10 miljoner kr.

Den stora möjligheten är samtidigt att man likaväl skulle kunna avlasta resten av Sverige härifrån.

Vi ser att det finns ett oerhört stort behov av de kunskaper och tjänster som byggts upp kring Bollnäs-Söderhamns sjukhus. Därför anser vi att det är helt fel att fortsätta på den ”nödbromslinje” som endast är ett uttryck för en politisk ledning som isolerat sig och tappat greppet om sitt uppdrag. Det som sker i samhället i stort kan inte reduceras till en ekonomisk landstingsfråga utan är en gemensam angelägenhet för flera aktörer på lokal och regional nivå.

Mot den bakgrunden har landstings- och kommunpolitiker från Söderhamn, Bollnäs och Ovanåker sedan en tid tillbaka arbetat med följande förslag som innebär en offensiv inriktning på att kanalisera det stora behovet av sjukvård och rehabilitering.

Konceptet ryms inom befintliga ekonomiska ramar och omfattar ett nytt ledarskap och en ny driftsform samt utvecklande av nya samarbets- och samverkansformer med andra aktörer inom vård och rehabilitering samt forskningsenheter i närområdet.

Mål
Att vidareutveckla Bollnäs – Söderhamns sjukhus till ett av landets främsta akutsjukhus och kunskapsspecialistcenter med det ”lilla sjukhusets” fördelar i form av tillgänglighet, flexibilitet, vårdkvalitet och bemötande i en integrerad samverkan med primärvården och kommunernas vård och omsorg.

Ny driftsform – nytt ledarskap!
Vi kan se att det krävs en förändrad driftsform för att nå de uppsatta målen. Flera alternativ finns, var och en med sina nackdelar och förtjänster. Formen är alltså inte det helt avgörande. Det är dock intressant med en form där "styrelsen" för sjukhuset kan få sitt uppdrag formulerat från fler perspektiv än enbart landstingets, vilket skulle öppna för en starkare lokal förankring och möjlighet till effektiva lösningar av ohälsoproblematiken utan budgettekniska revir mellan olika myndigheter. Ett krav på driftsformen är att den skall ge förutsättningar för ett nytt ledarskap. Det gäller att i offentlig regi skapa en VD eller en VD-liknande arbetsform som ledare för sjukvården. Kanske en VL - en verkställande ledare - med starkt lokal förtroende? De hårt prövade medarbetarna i sjukvården bör ges en ökad delaktighet i utvecklingen och förtjänar ett modernt ledarskap utan politisk inblandning.

En bolagisering i offentlig regi, en organisationsform som finns på åtskilliga håll inom den offentliga sektorn, kan på ett enkelt sätt ta tillvara de organisatoriska fördelar det innebär med tydligare rollfördelning, ansvarsområden och verksamhetsstyrning under ledning av en professionell, sjukvårdskunnig styrelse utan politiker som ledamöter. Bolaget skulle drivas på non-profitbasis, vilket innebär att eventuellt överskott återinvesteras.

I den mån regelverket tillåter är givetvis en privatisering liknande Capios drift av S:t Görans sjukhus i Stockholm tänkbar liksom att förändra Bollnäs-Söderhamns sjukhus till ett Frisjukhus. Utmärkande för ett frisjukhus är att hela eller delar av verksamheten kan drivas i entreprenad- eller intraprenadform.

Vi vill skapa förutsättningar att öka intäktssidan och ser goda möjligheter till bättre kostnadseffektivitet. Den nya driftsformen ska ges möjligheter att, förutom en säkerställd akutsjukvård i närregionen, avlasta övriga delar av landet som idag har besvärliga kösituationer med långa väntetider inom bl a ortopedisk kirurgi, rehabilitering mm.

Nya samarbetsformer
Vi föreslår också att man i den nya driftsformen tillvaratar och vidareutvecklar de samarbetsmöjligheter som finns med övriga vårdleverantörer i närregionen i form av bl a längre vårdavtal, initierar gemensamma forskningsprojekt och aktivt verkar för att tillsammans positionera sig som kunskaps- och specialistcenter inom utvalda områden. Det ger befintliga medarbetare utbildningsmöjligheter, attraherar och underlättar rekrytering av nya professionella medarbetare att verka och bidra till utveckling här.

Vidare ges möjlighet att i nya samverkansformer med specialister offensivt vidareutveckla utvalda kompetensområden där en stabil grund är redan är lagd (bl a ortopedi, utbildningssjukhus, stressforskning, neuropsykatri, hjärtsjukvård, dialys m fl). Exempelvis kunde erbjudas paket med utredning-behandling-rehabilitering. Också samverkan med statliga myndigheter kan utvecklas, t ex när det gäller rehabilitering. Vi ser också en långsiktig vision med sammanhållna vårdkedjor mellan kommun/primärvård och sjukhus med utgångspunkt från en gemensam ekonomi där man kan göra effektivitetsvinster.

Sammantaget ser vi förslaget som en positiv satsning som med relativt små medel kan bidra till att minska ohälsoproblemet, ge en stark attraktionskraft både för sjukvården och kommunerna i södra Hälsingland som med sina 70.000 invånare och tre kommuner måste utveckla det man redan är idag – en gemensam arbetsmarknad med ett i många stycken gemensamt utbud av offentlig och kommersiell service, sammanbundet av bra vägar och bra kommunikationer! Ett genomförande av vårt förslag skulle utgöra en kraftfull regional utvecklingsfaktor som kunde bidra till att ge invånarna i södra Hälsingland framtidstron åter!

Vi förväntar oss att landstingsstyrelsen seriöst låter bearbeta våra förslag!.

Södra Hälsingland den 15 september 2001

Bertil Eriksson (KD) Ovanåker,
Karin Flodin (KD) Söderhamn,
Ingrid Hammarberg (Fp) Bollnäs,
Anita Hämphäla (Fp) Söderhamn ,
Karl Hämphälä (Fp) Söderhamn,
Leif Jonsson (Fp) Bollnäs,
Stefan Jonäng © Bollnäs,
Maj-Britt Kissner-Burman (KD) Bollnäs,
Hanna-Karin Linck © Bollnäs,
Berit Magnusson © Söderhamn
Birgitta Mårtensson (M) Bollnäs,
Björn Mårtensson © Ovanåker
Kjell Norlin (KD) Bollnäs,
Kenneth Nilshem © Bollnäs,
Ulf Odenmyr © Ovanåker,
Birgitta Ohlsson (Mp) Ovanåker,
Lennart Olsson © Söderhamn,
Agneta Wagner (M) Söderhamn,
Sven-Åke Wahlqvist © Söderhamn
Erik Widell (Fp) Ovanåker,
Åsa Äng-Eriksson (M) Bollnäs