1990 - 91 Lt - Ls meddelande nr 1

LANDSKAPSSTYRELSENS MEDDELANDE till Landstinget angående landskapsstyrelsens beslut rörande samordning av de åländska hälso- och sjukvårdsinstitutionerna.

En organisatorisk och funktionell samordning av resurserna inom hälso- och sjukvårdssektorn i landskapet under en huvudman har i flera utredningar och i den allmänna samhällsdebatten befunnits vara nödvändig. I landskapsstyrelsens meddelande till landstinget angående samordningen av de åländska hälso- och sjukvårdsinstitutionerna behandlas bakgrunden till och målsättningen för en organisationsreform och skisseras ett organisationsschema för den nya åländska hälso- och sjukvårdsförvaltningen under landskapets huvudmannaskap.

Landskapsstyrelsen överlämnar härmed ovannämnda delbeslut angående samordningen av de åländska hälso- och sjukvårdsinstitutionerna till landstinget.

Mariehamn den 30 november 1990.

L a n t r å d — Sune Eriksson

Landskapsläkare — Birger Ch Sandell

MEDDELANDE TILL LANDSTINGET ANGÅENDE SAMORDNINGEN AV DE ÅLÄNDSKA HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSINSTITUTIONERNA

1. Inledning

Den åländska hälso- och sjukvårdsapparaten administreras idag av tre olika huvudmän, landskapet Åland, Ålands folkhälsoförbund k.f. och Ålands vårdförbund k.f., vilka alla ansvarar för sina speciella delar av verksamheten. Uppdelningen, eller splittringen, av verksamhetsfältet har historiska orsaker, vilka skall ses mot bakgrunden av den hälso- och sjukvårdspolitiska situation, som rådde då systemet och dess delar byggdes upp. Den allmänna samhällsutvecklingen med förbättrade ekonomiska-, sociala- och hygieniska levnadsbetingelser har lett till ett förändrat sjukdomspanorama, en ny syn på hälsa och sjukdom samt nya krav på vårdapparaten och dess prestationsförmåga respektive effektivitet. Beredskap och färdighet till samarbete med andra samhällssektorer, främst med socialvården, samt en ökad rationalitet i resursanvändningen hör till de mest aktuella kraven. En samordning i form av organisatorisk sammanslagning av de olika hälso- och sjukvårdshuvudmännen i landskapet skulle utgöra ett steg i denna riktning. I föreliggande meddelande relateras tidigare utredningar i ärendet, diskuteras framförda alternativ samt framlägges ett förslag till nyordning för debatt.

2. Bakgrund och målsättning

Frågan om en sammanslagning av den åländska hälso- och sjukvården har diskuterats och utretts i fyra kommittéer och följande dokument:

- Regional sjukvårdsplan för Ålands centralsjukhusdistrikt för planperioden 1975 - 1980 (Åländsk utredningsserie 1976:2).

- Utredning av möjligheterna till samordning av hälso- och sjukvårdsinrättningarna på Åland (Ålänsk utredningsserie 1979:8).
- Utredning av möjligheterna till samordning av hälso- och sjukvårdsinrättningarna på Åland. Rapport II: Ålands hälso- och sjukvårdsförbund (Åländsk utredningsserie 1981:5).
- 1986 - 1987 års utredning av möjligheterna till samordning av hälso- och sjukvårdsinrättningarna på Åland.

I diskussionerna kring VÅSK-problematiken har man ibland uppfattat den planerade organisationsreformen som en lösning på de mest skiftande problem inom vårdsektorn. Det är därför skäl att understryka att det är fråga om en organisatorisk och finansieringsekonomisk reform, som primärt inte påverkar de aktuella innehålls- och utvecklingsmässiga frågeställningarna. Dessa frågor bör ägnas särskild uppmärksamhet och är inte omedelbart beroende av en förvaltningsform. Det är dock självklart att den förestående omstrukturering av verksamhetens huvudmannaskap och ekonomi skall stöda den aktuella hälsopolitiska debattens intentioner och medverka till att skapa de betingelser som en sund utveckling av vårdsektorn kräver.

3. VÅSK-utredningens förslag

Vårdsamordningskommittén föreslog i sitt betänkande en reform i två steg. Steg ett avsåg samordningsåtgärder och gemensamma problemlösningar inom nuvarande organisationsform. Steg två avsåg en fortsättning på steg ett med en total organisationsreform efter revisionen av självstyrelselagen. VÅSK-betänkandet presenterar två alternativa förslag till en reform. I det första förslaget presenteras en total organisationsform så, att landskapet i samband med den nya självstyrelselagens ikraftträdande övertar huvudmannaskapet för en gemensam

vårdorganisation omfattande all offentlig hälso- och sjukvård, i landskapet.

Den alternativa modellen presenterar en samordning av den specialiserade sjukvården under landskapets huvudmannaskap, dvs Ålands vårdförbunds verksamhet skulle överföras till landskapet och inordnas i samma organisation som Ålands centralsjukhus och Ålands folkhälsoförbund fortsätta som en självständig institution. Det senare motsvarar den organisation, som den nya lagstiftningen om specialiserad sjukvård i riket förutsätter.

Till kommittébetänkandet fogades en skriftlig reservation angående huvudmannaskapet, som enligt reservanten borde vara kommunalt.

Inom ramen för steg 1 konkretiserades sammanlagt 23 objekt för en verksamhetsmässig samordning med nuvarande organisationsform. Av dessa har de flesta redan i den mån det varit meningsfullt och möjligt redan åtgärdats medan andra är under beredning eller diskussion.

4. <u>Landskapet eller ett kommunalförbund?</u>

Frågan om huvudmannaskapet utgör idag den stora skiljelinjen. **För ett kommunalförbund** talar de argument, som presenteras i den skriftliga reservationen till VÅSK-betänkandet.

1. De små kommunerna får en tryggad representation i de beslutande organen.

2. Hälso- och sjukvården är en kommunal uppgift i det övriga Norden, varför Åland inte borde avvika från detta mönster med risk för att självstyrelsens status kan missförstås.

3. Det är principiellt oriktigt att huvudmannskapet för vårdsektorn förenas med funktionen som övervakande myndighet.

För landskapet som huvudman talar det åländska befolkningsunderlagets litenhet och strävan att förenkla organisationen så att den inte har överlappande funktioner. Landskapets engagemang i vårdsektorn ter sig också i fortsättningen naturligt då hälso- och sjukvården hör till de "tunga" samhällssektorerna, både ekonomiskt och som trygghetsfaktor. Den "nordiska" modellen med kommunala hälso- och sjukvårdshuvudmän, i synnerhet för en samordnad verksamhet av det planerade slaget (jfr landstingsorganisationen i Sverige och sjukvårdsdistrikten i Finland), är meningsfull då befolkningsunderlaget till sin storlek är minst tiofalt större än det åländska. Tryggandet av de små kommunernas representation i de beslutande organen garanterar inte som sådant en demokratisk beslutsprocess och får inte vara något självändamål. Det primära måste vara att hälso- och sjukvårdssektorn förmår producera tjänster av god kvalitet som på ett jämlikt sätt är tillgängliga för befolkningen. Självstyrelsens status kan knappast missförstås av att landskapsmyndigheterna planerar och ansvarar för verksamheten i en samhällssektor som berör hela befolkningen, som gör anspråk på stora delar av samhällsekonomin och som beträffande utveckling och styrning hör till de mest komplicerade. I Island kommer staten att ta över det totala huvudmannaskapet över hälso- och sjukvården med motiv mycket nära de här presenterade. Frågan om huruvida ett huvudmannskap står i konflikt med den övervakande funktionen är en principiellt intressant fråga inom många delar av självstyrelsen och kunde vara värd en egen utredning. För hälso- och sjukvårdens del

utgör detta inte någon större konflikt än inom andra sektorer.

Övervakningen av hälso- och sjukvårdspersonal och deras verksamhet sker med stöd av rikslagstiftning. Högsta övervakande instans i detta sammanhang är idag medicinalstyrelsen och landskapsmyndigheterna agerar som regionalt förvaltningsorgan. Annan övervakning inom hälso- och sjukvården är i huvudsak att jämföra med demokratisk insyn, vilken idag koncentreras kring ekonomiska spörsmål dvs beräkning, utanordning och efterhandskontroll av landskapsandelar. Med landskapet som huvudman skulle en stor inbesparing i tid och arbete ske kring dessa ekonomiska överföringstransaktioner.

Med landskapet som huvudman vore det enklare att på ett för åländska förhållanden meningsfullt sätt förenkla transfereringssystemet, vilket i sin tur förenklar fördelningen av den klumpsumma, som efter självstyrelselagsrevisionen skall verkställas internt i landskapet.
Befolkningens delaktighet i hälso- och sjukvårdsplolitiken kan understödas med andra både formella och informella effektivare medel än ett direkt primärkommunalt deltagande i vårdsektorns förvaltning.

5. Förslag till en ny hälso- och sjukvårdsförvaltning

Med VÅSK-kommitténs betänkande som grund avser landskapsstyrelsen skapa en för hälso- och sjukvårdens del heltäckande organisation under landskapets huvudmannaskap. **Bilaga 1.** Den här presenterade organisationsmodellen är jämförd med betänkandets förslag ytterligare utvecklad och förenklad. Organisationen, som kallas för **Ålands hälso- och sjukvårdsförvaltning**, är en fristående enhet i förhållande till det centrala ämbetsverket. Den högsta verkställande makten

innehas av hälso- och sjukvårdsstyrelsen och av ett styrelsen underordnat centralkansli under ledning av en förvaltningsdirektör. De nuvarande institutionerna ersättes av verksamhetssektioner. Varje sektion har en ledningsgrupp i vilken ingår sektionens ansvariga överläkare och överskötare. Tredelningen i folkhälsoarbete, specialiserad somatisk och specialiserad psykiatrisk sjukvård bibehålles så långt det är funktionellt motiverat.

I den nya förvaltningen skulle den centrala administrationen, huvudparten av den specialiserade sjukvården och de interna servicefunktionerna centraliseras medan folkhälsoarbetet och delar av mentalvården i så stor utsträckning som möjligt skulle decentraliseras ut i kommunerna i anslutning till de resurser som servicehusen representerar. Vid skapandet av nya sammanslagna funktionsenheter strävar man där det är rimligt till en utlokalisering utanför Mariehamn. De nuvarande verksamhetsutrymmena utgör även i fortsättningen förvaltningens yttre fysiska ramar.

6. Finansiering

I och med den nya förvaltningsmodellen övertar landskapet det totala ansvaret för befolkningens hälso- och sjukvård. Som en konsekvens av detta bör även ansvaret för finansieringen överföras på huvudmannen.
Finansieringsmodellen bör ingå som en naturlig del i den totalrevidering av landskapsandelssystemet som just nu är aktuell.

7. Sammanfattning

En organisatorisk nyordning av den åländska hälso- och sjukvården har diskuterats åtminstone sedan medlet av 70-

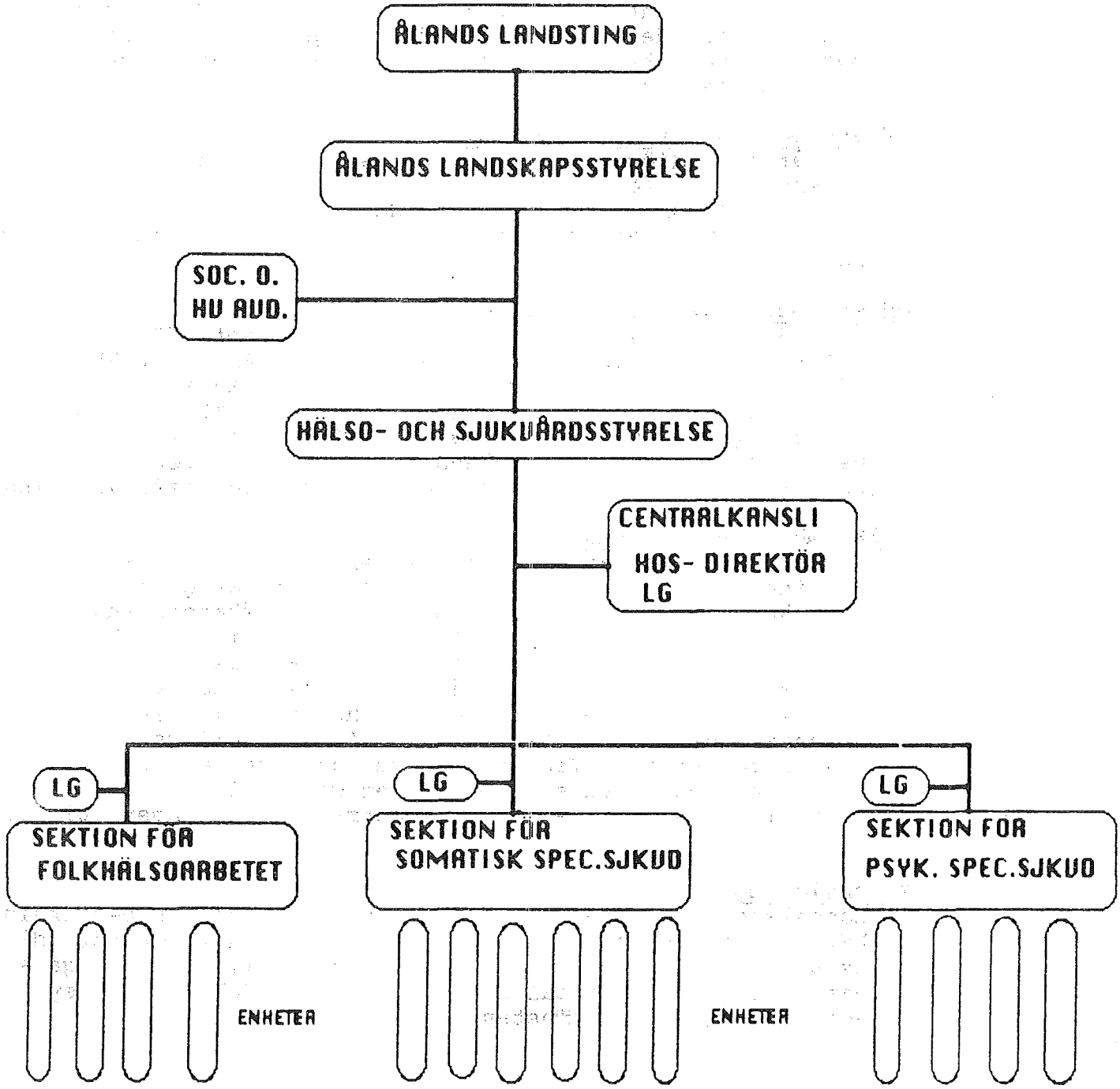
talet. Motiveringarna har varierat men berörda parter är överens om att en administrativ reform är av nöden. Den förestående revisionen av självstyrelselagstiftningen erbjuder också möjligheter till ett mera djupgående och långsiktigt reformarbete inte minst på den ekonomiska sidan. En av kärnfrågorna i diskussionerna har berört huvudmannaskapet, landskapet eller ett kommunalförbund. Landskapsstyrelsen har bedömt situationen så, att frågan om huvudmannaskapet principiellt bör lösas förrän arbetet med främst ekonomiska men också andra med reformen förknippade problem kan fortsätta. Argumenten för ett kommunalt huvudmannskap för den åländska hälso- och sjukvården stöder sig på modeller från det övriga Norden utom Island och på en tradition rörande den kommunala självbestämmanderätten. Betingelserna för att dessa modeller skall kunna tillämpas på Åland är dock inte uppfyllda. Det största hindret är befolkningsunderlagets litenhet. En befolkning på 24.000 personer, ojämt fördelad på 16 kommuner och med betydande interkommunala intressekonflikter har svårt att i den kommunala självsbestämmanderättens namn samfällt verka för att skapa optimala verksamhets- och utvecklingsmöjligheter inom vårdsektorn med hela landskapets bästa för ögonen. Därför vore det logiskt med landskapet som huvudman för denna administrativt och ekonomiskt krävande sektor med ett övergripande och direkt ansvar för hela den åländska befolkningens hälso- och sjukvård oavsett bosättningskommun.

Landskapsstyrelsen avser, med hänvisning till ovanstående, att i enlighet med bilagda schema arbeta för skapandet av en för hälso- och sjukvårdens del heltäckande organisation under landskapets huvudmannaskap. För det förberedande arbetet med substantiell strukturering av ny administrativ lagstiftning, sammanjämkning av speciallagstiftning för de olika verk-

samhetsgrenarna och detaljplanering anställes en förvaltningsexpert på projektbasis. Organisationsreformen skall träda i kraft samtidigt med den reviderade självstyrelselagen, men arbetet inleds så snart som möjligt.

BILAGA 1.

ÅLANDS HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSFÖRVALTNING
ORGANISATIONSSCHEMA



ORGANISATIONSSCHEMA FÖR ÅLANDS HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSFÖRVALTNING

Landstinget:

Antar budget, besluter om övergripande hälsopolitiska frågor, lagstiftning.

Landskapsstyrelsen:

Tillsyn, övergripande hälsopolitisk planering, avger budgetproposition, antar övergripande planer mm. Övertar det totala ansvaret för den åländska befolkningens hälso- och sjukvård, även ekonomiskt, samtidigt som kommunernas ansvar för denna sektor avlyftes, helt eller i huvudsak.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen:

Består av ordförande och 6 ledamöter. Ledamöterna är fristående i förhållande till landskapsstyrelsen. Handhar förvaltningens planering, budgetering och verkställighet. Representerar det omedelbara politiska inflytandet på verksamheten.

Hälso- och sjukvårdsdirektören:

Är underställd styrelsen och har ansvaret för ekonomi och allmän förvaltning i organisationen. En chefläkare och en administrativ överskötare bildar tillsammans med direktören en ledningsgrupp. Nödvändiga kanslifunktioner inbegripet planeringsresurser upprättas. Inom förvaltningen kan underenheter med specifika delansvar inrättas t.ex. enheter för teknisk utveckling och underhåll och fastighetsförvaltning.

Verksamhetssektionerna:

Ersätter de tidigare institutionerna. Varje sektion har en ledningsgrupp i vilken sektionens ansvariga överläkare och överskötare ingår. Den ekonomiska sakkunskapen lånas ut från förvaltningens kansli. Tredelningen i folkhälsoarbete, specialiserad somatisk och specialiserad psykiatrisk sjukvård bibehålls så långt det är funktionellt motiverat. De yttre fysiska ramarna för verksamhetsenheterna kvarstår och består av nuvarande faciliteter, som överförs vederlagsfritt till den nya förvaltningen. Vid inrättande av nya eller sammanslagna funktioner bör man sträva till en geografiskt decentraliserad placering, så kunde t.ex. centralförvaltningen placeras i Godby.

Finansiering:

Landskapet tar över det totala ansvaret för befolkningens hälso- och sjukvård. Även det ekonomiska ansvaret bör då helt axlas av landskapet. Finansieringsmodellen bör ingå som en naturlig del i en total revidering av landskapsandelssystemet, som ett element i helheten.

BILAGA 2.

UTVECKLING AV VERKSAMHETEN INOM DEN NYA ORGANISATIONEN ELLER FÖRVALTNINGEN.

Utgångspunkten utgörs av de verksamhetsenheter, som idag finns inom respektive institution. En organisatorisk och finansieringsteknisk revision innebär primärt inte några förändringar i verksamhetens nivå eller inriktning. Dessa sistnämnda bestäms i första hand av den åländska befolkningens behov i skenet av det gällande sjukdomspanoramat samt av hälsa och sjuklighet i landskapet.

En rationaliserad organisation kommer dock i förlängningen leda till att tillgängliga resurser utnyttjas bättre och på så sätt förbättra betingelserna för verksamhet och utveckling.

Inom **folkhälsoarbetet** är man i hög grad hänvisad till **egen verksamhet** och egna resurser. **Köpta tjänster** kan förekomma i form av konsulter, som i **landskapet** utför vissa specifika uppgifter som t.ex tandreglering. Att inom ramen för primärvården remittera patienter utom landskapet är inte rimligt. Folkhälsoarbetet bör verksamhetsmässigt decentraliseras ut i kommunerna och verka i anslutning till den resurs som servicehusen utgör. Samtidigt får man på lokal nivå en naturlig kontaktyta till socialvården. Målsättningen är en upprustad primärvård nära befolkningen inom ramen för ett befolkningsansvar, som beaktar lokala förhållanden.

Inom den **specialiserade sjukvården** kan den åländska befolkningens behov tillgodoses på olika sätt genom

- egen verksamhet
- köpta tjänster i form av konsultationer utifrån som utförs i landskapet, t.ex urologiska undersökningar och ingrepp.
- köpta tjänster vid institutioner utom landskapet dit patienterna remitteras, t.ex. strålbehandling av kancersjukdomar.

Alla alternativen utnyttjas idag. All högspecialiserad och en del av den specialiserade sjukvården köps vid institutioner utom landskapet. Omfattningen varierar inom de olika specialiteterna. Vissa tjänster köps som konsultationer till landskapet, främst inom specialiteter och subspecialiteter, som inte finns representerade inom den egna verksamheten (ex. hudsjukdomar, neurologi).

Den egna verksamheten omfattar idag

1. Kirurgi. Allmän inriktning. Beslut om att utveckla ortopedi som egen verksamhet.
2. Intern medicin. Flera egna funktioner som är nära subspecialiteter, t.ex. dialys.
3. Gynekologi- obstetrik
4. Barnsjukdomar
5. Medicinska lungsjukdomar
6. Ögonsjukdomar
7. Öronsjukdomar
8. Fysiatri
9. Röntgendiagnostik
10. Laboratorium

Kosultationer köps till landskapet inom

Kirurgin: urologi
Neurologi, barn- och vuxenneurologi.
Hudsjukdomar
Laboratorietjänster (inom klinisk kemi och patologi)
Datortomografier

En effektiv verksamhet förutsätter att dessa olika alternativ kan utnyttjas parallellt. De egna specialiteterna kommer att bibehållas. En eventuell utökning måste ställas mot behov, medicinska aspekter, medmänsklighet och ekonomi. Tillgången på köptjänster spelar också en viktig roll.

Mentalvården

Genom en ny mentalvårdslagstiftning, som inom kort torde träda i kraft, kommer psykiatrin att integreras med den specialiserade sjukvården som en specialitet bland alla andra. Också i landskapet finns ett behov att stärka psykiatrins ställning på detta sätt. Verksamhetsbetingelsernas detaljerade utformning har dock inte fastslagits. Inom den akuta psykiatrin är det motiverat att föra tjänsterna närmare den somatiska akutsjukvården, där ett uppenbart behov av interaktion föreligger. Inom den öppna verksamheten finns ett behov att decentralisera vissa tjänster. Den slutna vården på Grelsby sjukhus kvarstår i dagens läge.
Även inom psykiatrin är man främst hänvisad till egen verksamhet, samt konsultationstjänster utifrån. Endast i enstaka fall förekommer remittering utom landskapet.

Utvecklingen inom sektorn som helhet kommer att bestämmas dels av behovet dels av tillgängliga resurser och av den förda hälsopolitiken. Aviserade nedskärningar inom samhällsekonomin tvingar fram en utveckling mot en allt noggrannare resursanvändning och en kontinuerlig utvärdering av verksamheten. Verksamhetsformerna och deras innehåll påverkas inte direkt av den föreslagna organisationsutvecklingen. Indirekt är avsikten att skapa förbättrade verksamhetsbetingelser och att organisatoriskt förbättra beredskapen att möta de utmaningar som utvecklingen i samhället och samhällsekonomin för med sig. Inom dessa vida ramar finns utrymme för otaliga detaljlösningar, som alla skall sikta till en bättre hälso- och sjukvård och för en bättre folkhälsa.