

**Till Ålands lagting****Ålands hälso- och sjukvård i dag och i framtiden**

INNEHÅLL	
Inledning	1
Den offentliga hälso- och sjukvården	1
Ålands hälso- och sjukvård	2
ÅHS idag	3
Verksamhet	3
Resurser	4
Finansiering	4
Personal	5
Fysiska faciliteter	5
ÅHS i framtiden	6
Omvärlden	6
Fördelningen av beslutandemakt och inflytande mellan landskapsregeringen och ÅHS	9
Språket	10
Åldersstruktur och sjukdomspanorama	10
Äldreomsorgen	11
Personalrekrytering	12
Långsiktigt förebyggande	12
Sammanfattning	13

Inledning

Den offentliga hälso- och sjukvården, i praktiken Ålands hälso- och sjukvård (ÅHS), är landskapets största landbaserade arbetsgivare. Denna sektor tilldelas den största enskilda biten av landskapets budget och berör en mycket stor del av landskapets befolkning årligen, direkt eller indirekt. Trots denna bakgrund är hälso- och sjukvården relativt sällan föremål för en övergripande samhällsdebatt. I samband med behandlingen av landskapets budget för år 2007 fokuserades lagtingets intresse på den planerade ny- och ombyggnaden av bl.a. hälsocentralen, psykiatrins verksamhetsutrymmen och intensivvårdens jämte dialysens lokaler och projektets preliminärt kalkylerade kostnader. Byggnationen är dock bara ett, om än resurskrävande och omfattande, element i upprätthållandet och utvecklandet av den omfattande verksamhet som ÅHS står för. I debatten utlovade landskapsregeringen att komma med meddelande i ärendet i avsikt att närmare motivera de aktuella byggprojekten och placera dem i sitt relevanta sammanhang.

Den offentliga hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvårdens övergripande målsättning är att inom ramen för sin kompetens arbeta för en optimal folkhälsa. Det innebär att genom flera olika funktioner sträva mot samma mål. Hälsöfrämjande, sjukdomsförebyggande, sjukvårdande och rehabiliterande verksamheter hör traditionellt till hälso- och sjukvårdens uppgifter. Trots det har åtgärder och fenomen ute i samhället en mycket större effekt på folkhälsan än vad hälso- och sjukvården kan prestera.

Den moderna offentliga hälso- och sjukvården i landskapet har under årtiondenas lopp byggts ut och utvecklats i samma takt och enligt samma mönster som motsvarande verksamhet i riket. Uppdelningen i specialiserad somatisk sjukvård, tuberkulosvård, mentalvård samt folkhälsoarbete och

förändringar i den har ända till 1993 varit i stort sett densamma. Den praktiska utformningen har i vissa avseenden, framför allt rörande den interna kostnadsfördelningen och landskapets andel i utgifterna anpassats till Ålands särförhållanden. Detta har varit möjligt genom att sjukvårdens organisation, förvaltning och finansiering har varit och är en del av den åländska lagstiftningsbehörigheten. Fullt ut har denna behörighet beaktats först vid bildandet av ÅHS, som är det första stora avsteget från det finländska mönstret - ett avsteg som sedermera i sin tur varit en förebild för organisationsutvecklingen på flera platser i riket. Behoven av specialiserad sjukvård utöver vad som kan erbjudas i landskapet har tillgodosetts genom samarbete med universitetscentralsjukhusen i de närliggande regionerna, Åbo och Helsingfors samt under det senaste årtiondet i allt högre grad Uppsala.

Ålands hälso- och sjukvård

Den organisatoriska uppdelningen i somatisk specialiserad sjukvård, folkhälsoarbete och mentalvård och detta under tre olika huvudmän kom att bedömas som allt mer oändamålsenlig mot bakgrunden av sjukvårdens allmänna utveckling, både kunskapsmässigt, teknologiskt och ekonomiskt och inte minst med beaktande av landskapets ringa befolkningsunderlag. Efter ett flertal utredningar om och förslag till samordning av den åländska offentliga hälso- och sjukvården, av vilka den första publicerades redan 1975, antog lagtinget år 1993 LL om hälso- och sjukvården (ÅFS 60/93). En ny vårdorganisation, Ålands hälso- och sjukvård, ÅHS, under landskapets huvudmannaskap bildades och den inledde sin verksamhet den 1.1.1994. De tidigare institutionerna Ålands centralsjukhus (ÅCS), Ålands folkhälsoförbund (ÅFF) och Ålands vårdförbund (ÅVF) upplöstes och deras verksamhet, tillgångar och skulder, inklusive kommunernas skulder för anläggningsprojekt inom sektorn överfördes på landskapet.

Hälso- och sjukvårdens samordning i ÅHS var en viktig hälsovårdspolitisk åtgärd i syfte att genom en administrativ och finansiell samordning av de tidigare institutionerna bygga upp en organisation, som med tillbudsstämmande medel kunde producera/tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster, anpassade till den åländska befolkningens behov och av optimal kvalitet.

Den nya organisationen bestod ursprungligen av två resultatenheter, Primärvård och Specialiserad sjukvård samt av Administration och försörjning. Resultatenheterna var uppdelade i basenheter, vilka i stort motsvarade de tidigare specialavdelningarna. Resultatenheterna leddes av varsin medicinskt ansvarig chef, primärvårdschefen och sjukvårdschefen. Förvaltningschefen ledde förvaltningsenheten och var samtidigt hela organisationens högsta tjänsteman. De redan nämnda cheferna bildade ledningsgruppen tillsammans med ekonomichefen och förvaltningsöverskötaren. Styrelsen utsågs av landskapsstyrelsen så att dess interna politiska balans motsvarade de parlamentariska styrkeförhållandena i lagtinget. Kommunernas inflytande på den politiska styrningen av den offentliga hälso- och sjukvården överfördes helt på landskapet.

Den första organisationsplanen för ÅHS godkändes av landskapsstyrelsen den 18.11.1993.

Trots att organisationsreformen primärt enbart berörde administration och finansiering, hade man förväntningar på den nya situationens kringeffekter.

I ett meddelande till lagtinget inför lagberedningsarbetet skrev landskapsstyrelsen "HOSS (Hälso- och Sjukvårdens Samordning) innebär också förverkligandet av en kontinuerlig utveckling och utvärdering av arbets sätt och metoder inom medicin och vårdarbete, ofta tvärfackligt, så att resursanvändningen ur kvalitetssynvinkel blir så ändamålsenlig som möjligt."

och vidare ” HOSS innebär en större flexibilitet vid fullföljandet av vårdapparatens uppgifter och skall vid behov smidigt kunna utveckla den interna strukturen för att möta kommande utmaningar.”

Samordningsprocessen, d.v.s. uppbyggnaden och utvecklingen av den nya organisationen har varit både arbetsdryg och komplicerad, t.o.m. smärtsam i vissa fall. Den eftersträfvade kontinuerliga utvecklingen har ägt rum och processen fortgår. Steg för steg har ÅHS utvecklats mot en alltmer sammansvetsad organisation men med bibehållande av en för kvaliteten och kompetensen viktig nivåstrukturering. Motsvarande processer att organisatoriskt samordna olika nivåer inom sjukvården, har sedermera startats upp på flera håll i riket.

Idag har organisationen utvecklats ytterligare. Den ursprungliga uppdelningen i primärvård, specialiserad sjukvård och administration och försörjning som skilda resultatenheter har upphört att gälla och ÅHS är nu indelad i basenheter som i sin tur kan vara uppdelade i avdelningar. Primärvårdschefen respektive sjukvårdschefen har ersatts av en chefläkare för den samlade medicinska ledningen. De ledande tjänstemännen i ledningsgruppen är idag förvaltningschefen, chefläkaren, vårdchefen, ekonomichefen och personalchefen. Ledningsgruppen ansvarar för samordning av verksamheterna inom organisationen så att resursanvändningen blir optimal och patientarbetet löper smidigt. Basenhetscheferna, vars tjänstebestämmingar kan variera beroende av verksamhetens art, leder och utvecklar arbetet inom sina enheter och är chefer för personalen på respektive enheter undantaget vårdpersonalen som lyder under någon av översköterna. Om anställande och uppsägning av personal stadgas detaljerat i reglementet. Principen är att en betydande delegering av beslutanderätten skall ske nedåt i organisationen.

En målsättning för bildandet av ÅHS var också att skapa en myndighet med en relativt självständig ställning i förhållande till landskapsstyrelsen. Med budgeten och planen som styrdokument och den politiskt valda styrelsen som landskapsstyrelsens förlängda arm skulle ÅHS bibringas de övergripande riktlinjerna för den årliga verksamheten. Det operativa arbetet skulle styras och drivas av ÅHS egna ansvarspersoner och i sista hand av styrelsen. Gränsdragningen mellan landskapsstyrelsens/-regeringens och ÅHS behörighet har dock inte alltid varit klar. Parternas agerande i både enskilda ärenden och principiella policyfrågor har givit upphov till både debatt och kritik. Landskapsregeringen har dels beskyllts för att blanda sig i ärenden som en del bedömt höra till ÅHS interna angelägenheter, dels kritiserats för att ge ÅHS alltför fria tyglar. I det stora hela har man ändå lyckats utveckla en fungerande praxis, även om det finns mycket att ännu utveckla och förbättra i samarbetet och ansvarsfördelningen.

ÅHS idag

Verksamhet

ÅHS verksamhet omfattar alla nivåer, från primärvård till specialiserad somatisk och psykiatrisk sjukvård. Primärvårdens målsättningar och uppgifter framgår mera detaljerat av landskapets hälso- och sjukvårdsplan. I korthet skall primärvården eller folkhälsoarbetet arbeta för förebyggande, tidig upptäckt och behandling av i första hand folksjukdomar men också inledningsvis utreda och vid behov remittera andra sjukdomsfall till den mest lämpliga vårdnivån. I princip remitterar primärvården alltid till den egna specialiserade sjukvården. Primärvården skall erbjuda en rimlig tillgänglighet och trygghet oberoende av bostadskommun. Tandvården är en speciell del av primärvården och bedriver barn- och ungdomstandvård, tandvård åt patientgrupper prioriterade av sociala och medicinska skäl samt åt ÅHS´ ordinarie personal.

Den specialiserade sjukvården är fördelad på områdena medicin, kirurgi, gynekologi och obstetrik, barnmedicin, vuxenpsykiatri, barnpsykiatri, öronnäs- och halssjukdomar, ögonsjukdomar, fysiatri och rehabilitering samt onkologi. Röntgen- och laboratorieenheterna står för en omfattande stödfunktionsverksamhet. Inom de ”stora” specialiteterna finns ytterligare ett antal subspecialiteter såsom ortopedi, gastroenterologisk kirurgi, neurokirurgi, urologi, akutmedicin, kardiologi, nefrologi, endokrinologi, gastroenterologi m.fl. representerade. Av dessa tjänster erbjuds en del av den egna organisationen, en del av gästande konsulterande läkare. Servicen inom t.ex. neurologi och hudsjukdomar tillhandahålls av konsulter. Många typer av utredningar och behandlingar kan inte erbjudas inom landskapet på grund av att nödvändig specialistkompetens och/eller -utrustning inte står till förfogande. Dessa patienter remitteras till specialiserade sjukhus i Helsingfors, Åbo eller Uppsala. I enstaka fall kan också andra offentliga sjukvårdsinstitutioner komma i fråga. Samarbete med sjukvårdsinstitutioner som ägs av stiftelser eller privata företag är också vanligt. Ett bl.a. i regeringsprogrammet föreslaget samarbete med Norrtälje sjukhus har inte förverkligats då man tills vidare inte har funnit någon gemensam verksamhetsform som skulle ge ömsesidig nytta.

Resurser

Ålands hälso- och sjukvård är idag en välfungerande organisation med rimliga, för att inte säga goda tillgängliga resurser. En jämförelse med hälso- och sjukvårdens organisationer i grannregionerna utfaller till landskapets fördel på de flesta punkter. För en utomstående, som refererar till normer och förhållanden i riket eller Sverige kan ÅHS förefalla ha ett överflöd av tillgångar i relation till landskapets begränsade befolkningsunderlag. En realitet är dock att man för att driva en verksamhet på ett funktionellt sunt sätt bör uppnå en ”minsta kritiska massa” gällande personal och övrig infrastruktur. Den ”minsta kritiska massan” innebär i sig att man teoretiskt kunde betjäna en större befolkning än vad landskapets knappt 27 000 invånare utgör. Det innebär också att priset per presterad enhet blir relativt högt och att produktiviteten kan bedömas som låg, med den variation som de använda måtten eller nyckeltalen kan innebära. Den ”minsta kritiska massan” är ändå så liten att enskilda patientepisoder eller apparthaverier kan rubba det förväntade budgetutfallet med kort varsel.

Den uppnådda och nu rådande gynnsamma situationen är dock inte något som är beständigt, utan något som man hela tiden bör arbeta för att bevara och förkovra. Betingelserna för de flesta av de s.k. kritiska framgångsfaktorerna är föränderliga. Framgång i personalrekryteringen, kompetensutvecklingen, lönesättningen och andra arbetsmiljörelaterade faktorer är beroende av aktiva, kontinuerliga och målinriktade insatser. Konkurrensen om den utbildade arbetskraften hårdnar både nationellt och internationellt, vilket sannolikt kommer att öka personalutgifternas andel av totalkostnaderna.

Finansiering

ÅHS verksamhet finansieras i huvudsak av skattemedel över landskapets budget. Budgetens nettoanslag för år 2007 är 59 460 000 €. Patientavgifternas budgeterade andel av finansieringen minskar med ca 50 % i och med lagtingets budgetbeslut för år 2007 och utgör 3,6 % av totalutgifterna. Sänkningen förde landskapet från den diskutabla ledarpositionen som den med de högsta patientavgifterna till att vara mera i nivå med andra nordiska länder där patientavgifter uppbärs. I bilaga 1 presenteras ÅHS utgifter och deras utveckling under 2000-talet.

Personal

Antalet inrättade tjänster är ca 840 st. av vilka knappt 70 är inrättade som deltidstjänster. Hälso- och sjukvården är en personalintensiv verksamhet i en kunskapsorganisation. De anställda representerar ett brett spektrum av både allmän och högt specialiserad yrkeskunskap. Rekryteringsförutsättningarna varierar beroende på vilken yrkeskategori det gäller. Bristen på läkare och utbildad vårdpersonal är idag högaktuell inom många specialiteter i hela Norden vilket gör att konkurrensen om utbildad arbetskraft blir allt hårdare. I framtiden måste vi var kreativa och ha olika lösningsmodeller angående möjligheter till läroavtalsutbildning för vårdpersonal. Personaltätheten i form av inrättade tjänster är varierande, dels beroende på vilken utomländsk region man jämför med, dels beroende på vilket specialområde man avser. Så är t.ex. läkartätheten (läkare i arbetsför ålder) på Åland under medeltalet för hela Finland, 472 respektive 307 invånare per läkare, medan situationen inom enskilda specialiteter kan variera från ingen läkare alls till en god bemanning. Bristen på personal inom vissa yrkesgrupper i vården har givit upphov till en diskussion om en omfördelning av de traditionellt yrkesbundna arbetsuppgifterna. Behörigheten att utföra specifika uppgifter inom hälso- och sjukvården faller under rikets lagstiftningsrätt, vilket innebär att landskapet följer arbetsfördelningen där. Däremot kan ÅHS inom ramen för gällande regelverk anpassa sin personalstat enligt verksamhetens behov och tillgången på representanter för olika personalkategorier. Så bör man t.ex. överväga hur man skall bereda utrymme för de nya expertsjukskötarna som kommer att utexamineras i framtiden. En expertsjukskötare har en avancerad specialiseringsutbildning som bygger på tidigare erfarenhet inom klinisk vård och kan arbeta både inom primärvården och inom den specialiserade sjukvården. Avsikten är att så överföra vissa uppgifter från läkare till vårdpersonal.

Lönesättningen inom ÅHS baseras på det särskilda kollektivavtal som slutits för vårdsektorns del. Det har sitt ursprung i det kommunala systemet med en lönegaffel för varje tjänst, vilket ger en större flexibilitet än landskapets generella system med A-löneklasser. Det är skäl att i framtiden följa med utvecklingen av belöningsystemen och deras nivåer i våra grannregioner.

Fysiska faciliteter

De fysiska verksamhetsutrymmena är idag i huvudsak koncentrerade till det ursprungliga sjukhusområdet med undantag för de olika psykiatriska verksamheterna, en del av preventivmedelsrådgivningen, tandvården samt de delar av primärvården, som ligger i Godby. Ytterligare finns utrymmen för primärvården upphyrd i de enskilda kommunerna. Miljöhälsovården och hälsonämnden lämnas utanför redovisningen, då de planeras ingå i en sammanslagen ny miljömyndighet utanför ÅHS. Grelsby sjukhus har delvis stängts för patientvård på grund av otjänlig inomhusmiljö och andra utrymmen på området har tagit i tillfälligt bruk. De fysiska resurserna mätta i form av bäddplatser vid sjukhus är i ett nordiskt perspektiv goda. Sammantaget har ÅHS 236 bäddplatser vilket ger ett jämförelsetal om 885 per 100 000 invånare. Motsvarande tal för Finland är 704, Sverige 301, Färöarna 550 och för Grönland 714. Jämförelsegrunderna mellan de olika länderna kan variera men storleksordningen ger en fingervisning om situationen samtidigt som den återspeglar sjukvårdssystemets uppbyggnad i respektive länder.

Primärvårdens fastighet i centrum av Mariehamn måste också för några år sedan överges p.g.a. att huset konstaterades vara sjukt. Verksamhetens överflyttning till det tidigare sanatoriets första våning är ett synnerligen trångbott provisorium, även om den verksamhetsmässigt medfört en del

fördelar genom närheten till den specialiserade sjukvårdens resurser och kompetens och vid behov möjligheter till ett direkt och snabbt kunskaps- och informationsutbyte.

Kärnan i sjukhusområdets fastighetsbestånd utgörs av Ålands central-sjukhus och Ålands centralsanatoriums fastigheter från 1950-talet. Ett flertal saneringar, om- och tillbyggnader har gjorts under årens lopp, senast akutmottagningens och stora poliklinikens om- och tillbyggnad som färdigställdes år 1999 samt byggandet av försörjningshuset (kök, personalmat-sal, centrallager, verkstäder, konferenscenter m.m.) som togs i bruk i början av 2007. Det sistnämnda är Etapp I i det aktuella byggnationsprogrammet.

Grelsby sjukhus i Finström byggdes 1933-34 enligt dåtida byggnadsteknologi och för den dåtida slutna sinnessjukvårdens behandlingsmetoder. Idag är utrymmena ohjälpligt omoderna och oändamålsenliga. En ytterligare komplicerande faktor är de nu aktuella problemen med det otjänliga inomhusklimatet. Redan för många år sedan insåg man att det för den psykiatriska slutna vårdens del fanns två alternativ, antingen en grundlig renovering av Grelsby sjukhus eller ett nybygge på sjukhusområdet intill central-sjukhuset. Prismässigt bedömdes alternativen vara likvärdiga, men med tanke på vilka fördelar närheten till centralsjukhusets resurser innebär medicinskt, socialt och logistiskt, fattade ÅHS' styrelse år 1999 ett principbeslut om ett nybygge i Mariehamn.

På grund av att Primärvårdens byggnad i centrum av Mariehamn evakuerades år 2001 måste man hyra upp utrymmen för den vuxenpsykiatriska och den barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen i staden och för tandvården ordnades lokaler i en tidigare industrifastighet. Kostnaderna för hyrda lokaliteter uppgår till ca en halv miljon euro årligen och är i en sådan storleksordning att man bör beakta dem då man väger samman olika alternativa lösningar på den framtida fastighetsutvecklingen.

ÅHS i framtiden

Omvärlden

Den åländska hälso- och sjukvården är inte någon isolerad företeelse. Samma yttre och inre faktorer som idag påverkar utvecklingen kommer att finnas under en överskådlig framtid. Den åländska lagstiftningen, landskapets ekonomi och hälsovårdspolitiska ambitioner är viktiga element i utvecklingen och styrningen av hälso- och sjukvården men i många andra avseenden är omvärldens realiteter och av dem betingade trender minst lika betydelsefulla. Hälso- och sjukvårdens allmänna utveckling mot en allt längre gående specialisering, koncentration av serviceutbudet till allt större enheter, växande utmaningar inom rekryteringen, kontinuerliga kostnadsökningar och sist men inte minst, medborgarnas ökande krav på servicetillgång, säkerhet och kvalitet arbetar i många avseenden emot möjligheterna att på sikt upprätthålla en heltäckande åländsk hälso- och sjukvårdsproduktion.

Landskapets insulära läge, med alla de särskilda omständigheter det medför, är det tyngsta argumentet för att även i fortsättningen sträva till att upprätthålla en egen hälso- och sjukvårdsapparat på en så hög nivå som möjligt.

Primärvårdens verksamhet skall definitionsmässigt finnas nära medborgarna, varför det inte finns några egentliga alternativ till en utbyggd och utvecklade verksamhet i landskapet. Skärgården erbjuder här särskilda utmaningar då det gäller att skapa strukturer som ger tillgänglighet, trygghet och kvalitet med begränsade resurser, främst personella tillgångar. Dagens arrangemang med hälsovårdare i alla skärgårdskommuner och anpassade beredskapsordningar samt den service helikoptertransportberedskapen erbjude

der är steg på vägen mot större trygghet och tillgänglighet. Det är ändå uppenbart att utvecklingen i framtiden måste baseras på lösningar som beaktar de enskilda kommunernas lokala förhållanden och resurser och inte på en schablonmässig utvecklingsmall. Socialvårdens infrastruktur, t.ex. servicehusen, och hälsovårdens lokala resurser bör samutnyttjas så långt det är möjligt. De utvecklingsmöjligheter som telemedicinen erbjuder bör också beaktas.

Tandvården kommer som de flesta andra områden inom hälsovården att stöta på betydande svårigheter gällande personalrekryteringen. Några planer på en utökning av verksamhetens volym eller utlokalisering finns inte i detta skede, då den privata sektorns servicekapacitet kompletterar den offentliga och då Folkpensionsanstalten kompenserar patienterna för en del av kostnaderna och sålunda skapar en rimlig tillgänglighet.

Den specialiserade sjukvården omfattar däremot ett mycket brett spektrum av inriktningar och specialiseringar, som endast på ett selekterat sätt kan tillhandahållas genom en egen serviceproduktion. Övriga tjänster måste köpas in. Vilka tjänster som skall köpas in och vilka som kan produceras lokalt varierar med ett flertal omständigheter som måste bedömas och utvärderas med jämna mellanrum. De medicinska realiteterna, medmänskligheten och ekonomin är faktorer som påverkar inriktningen i de enskilda fallen och som i ett befolkningsperspektiv styr utvecklingsbesluten i landskapet. Med de medicinska realiteterna avses bl.a. sjukdomens naturalhistoria (orsaker, egenskaper och förlopp), den tillgängliga medicinska teknologin, servicekvaliteten och patientsäkerheten. I medmänskligheten ingår närheten till de sociala nätverken, minskat lidande i allmänhet och språket. Ekonomin avser de tillgängliga resurserna och deras rationella användning i förhållandet till nyttan. Tillgången på s.k. köptjänster i närregionerna spelar också en avgörande roll. Ett samarbete främst med universitetssjukhusen i närregionerna kan vara till gagn på många plan, både för vården, den egna kompetensutvecklingen och rekryteringen.

Det geofysiska läget är konstant, både i internt och externt avseende. Med modern teknologi kan de geografiskt betingade funktionella hindren ändå till en del överbryggas. Framför allt kan luftburna patient-, material- och kompetenstransporter och olika telemedicinska tillämpningar komma till användning. Transporterna, i synnerhet de som kräver en särskild specialiserad infrastruktur och inte kan skötas med reguljära båt-, bil-, buss- eller flygturer, är dyra. De luftburna patienttransporterna inom landskapet och från landskapet till lämplig sjukvårdsinstitution utom landskapet sker i huvudsak med helikopter. Landskapet betalar ca 1,2 miljoner € årligen för att upprätthålla en basberedskap. Folkpensionsanstalten betalar kostnaderna för enskilda primärtransporter (från skadeplatsen eller platsen för insjuknandet till sjukhuset) medan notan för sekundärtransporter (från ett sjukhus till ett annat) går till ÅHS. De telemedicinska möjligheterna har tillsvidare utnyttjats ytterst sparsamt inom landskapet, varför det här finns en betydande utvecklingspotential. Flera enskilda basenheter har däremot täta videokonferenskontakter med kompetenscentra i riket och det övriga Norden. De ständiga frågorna kommer ändå att vara: Vem skall remitteras, vem kan skötas hemma? Den egna vårdapparaten skall i idealfallet vara en del av hela vårdkedjan där de andra länkarna utgörs av vården utanför landskapet. Det betyder att vi bör ha en utvecklad och fungerande beredskap för både diagnostik, behandling, eftervård och rehabilitering. Oftast är ett fungerande vårdssystem beroende av både utrustning och personal och då oftast av ett team, inte endast av en enskild specialistutbildad läkare. Utvecklingen utom Åland kommer därför med nödvändighet att påverka vår egen utvecklingsriktning och takt. Förverkligandet av strategiska beslut kring vårdapparatens utveckling tar ofta lång tid vilket inte alltid står i rimlig relation till omvärldens allt snabbare förändringar.

Vården kommer inte att bli billigare, tvärtom måste man räkna med kontinuerligt stigande kostnader. Med god planering, resurssamordning, utvecklad logistik, personalutbildning och -utveckling samt med fokusering på patientsäkerhet och kvalitet har man en chans att fördröja kostnadsutvecklingen på ett optimalt sätt. Brister i samordning, patientsäkerhet och kvalitet samt långsiktighet orsakar alltid kostnader som förr eller senare måste betalas.

Tillgången på ekonomiska resurser under de kommande åren kommer att ha en avgörande betydelse för hälso- och sjukvårdens utveckling och tillgänglighet för gemene man. Samhällsekonomin berör även övriga samhällssektorer och är för vidståekt för att behandlas i detta sammanhang. Här må bara konstateras att ÅHS är landskapets största enskilda arbetsgivare och därför av största betydelse för sysselsättningen och skatteunderlaget. Den offentliga hälso- och sjukvården och dess välgång är också en förutsättning för en jämlikt fördelad service och tillgänglighet.

Fastighetsutvecklingen.

Ett centralt element i verksamheten, idag och i framtiden, är de fysiska förutsättningarna i form av utrymmen som inklusive utrustning är ändamålsenliga för sina respektive aktiviteter, d.v.s. patientarbetet i dess olika former, och samtidigt utgör de en del av en trygg och trivsam arbetsmiljö för personalen.

ÅHS styrelse fastställde i slutet av år 2001, på basen av tre arkitekters förslag en fastighetsutvecklingsplan för om- och tillbyggnation av sjukhusområdet. Man indelade projektet i tre etapper:

Etapp I. Förverkligad. Nybyggnad med kök, matsal, centralförråd, kanslier för teknisk personal, konferensrum och förnyad fastighetsteknik för hela sjukhusområdet (el- och värmeförsörjning).

Etapp II. Ombyggnader i befintliga fastigheter, huvudsakligen i de utrymmen som frigörs när kök/ matsal och centrallager flyttar ut.

Etapp III. Nya verksamhetsutrymmen för den psykiatriska vården som nu verkar i Grelsby sjukhus, som stängs.

Etapp II omnämndes i investeringsplanen för åren 2003-2005, då som planeringskostnader för 2004 och 2005. I etappen inkluderades ombyggnad av det gamla köket och matsalen till mottagningsutrymmen för primärvården och specialpolikliniker, nya utrymmen för bl.a. dialys, dagkirurgi, kirurgisk poliklinik samt IT enheten, obduktion, bårhus och städcentral i enlighet med den av styrelsen beslutade fastighetsplanen.

Avvikande från de ursprungliga tidsplanerna framsköttes etapperna I och II. Genom beslut i lagtinget år 2006 kopplades Etapp II - III ihop till ett enda projekt som skulle planeras och byggas samtidigt.

Processen att utveckla de yttre ramarna för verksamheten, genom att sanera befintliga byggnader, genom att bygga helt nya fastigheter eller genom en kombination av de båda, har varit både omfattande, tidskrävande och arbetsdryg. På ett för den åländska hälso- och sjukvården unikt sätt har man genom de anställdas medverkan och engagemang och i samarbete med arkitekter och andra sakkunniga, kartlagt brister, fördelar och förutsägbara behov gällande de enskilda funktionernas verksamhetsutrymmen och strävat till att sammanställa, samordna och samutnyttja den insamlade informationen. En planeringskommitté med involverade ansvarspersoner inom ÅHS, representanter för landskapsregeringen, projektledare och arkitekter har berett de olika frågorna rörande Etapperna II och III inklusive detaljerade behovsmotiveringar för beslut i högre instanser. Inför budgeten för år 2007 utfördes på basen av då tillgänglig information en mycket preliminär kostnadsberäkning som grund för det uppskattade anslagsbehovet för projektet. Beräkningen stannade på 29,5 miljoner € och Etapperna II-III in-

togs i investeringsplanen för åren 2007-2009. Man bör notera att arkitekten i detta skede ännu inte hade börjat skissa på de olika delarna varför kalkylen var synnerligen osäker.

Som ett resultat av lagtingets behandling av budgeten för år 2007, infördes ett kostnadstak om 20 miljoner euro för de båda etapperna tillsammans samt en skrivning om att ”om – och tillbyggnaden skall utgå från den befintliga och planerade verksamheten som godkänts av landskapsregeringen”.

I och med det införda kostnadstaket måste en omprioritering av de utredda behoven förrättas, en process som inte ännu har slutförts. Som en del av den fortsatta planeringen av Etapp II-III har representanter för ÅHS dels haft överläggningar med landskapsregeringen dels informerat lagting och landskapsregering om planeringens aktuella läge och förutsättningar. Landskapsregeringen har, efter att ha tagit del av olika förslag till prioriteringar av behoven och förverkligande av deras lösningar, som sin åsikt meddelat ÅHS att nya verksamhetsutrymmen för primärvården (Etapp II) och psykiatri (Etapp III) är högprioriterade. Det totala beloppet för etappernas förverkligande kan uppgå till 24 miljoner € eller 6 miljoner € årligen under 4 år. Etappernas förverkligande bör spjälkas upp på flera entreprenader. Etapp III kan påbörjas innan Etapp II har slutförts.

Inom ramen för de ovan givna villkoren har ÅHS fortsatt planeringen och innehållet i ett slutligt ”projektpaket” har ännu inte slagits fast.

ÅHS styrelse beslöt 19.3.2007 att den fortsatta planeringen av om- och tillbyggnaden av centralsjukhuset etapp II-III skall rikta in sig på ”primärvårdsprojektet” i vilket även ingår utrymmen för diabetes- och onkologimottagningen och ”psykiatriprojektet” utgående från de arkitektskisser som föreligger. Man beslöt ytterligare att detaljplaneringen bör uppnå ytterligare samordningsvinster, bantningar av ytor och besparingar. För psykiatriprojektet skall en ytterligare genomgång av funktioner och samordningar genomföras.

Övriga planeringar bordlades. Målsättningen är att utan ytterligare dröjsmål få igång primärvårdsbygget. Tidsmässigt skall psykiatribygget starta förrän primärvårdsprojektet är färdigt. En central del av psykiatriprojektet är de planerade utrymmena för missbrukarvården. Utöver ändamålsenliga utrymmen krävs också en klar arbets- och ansvarsfördelning mellan sjukvården och socialvården kring de olika elementen i handläggandet av enskilda patient-/klientfall. Sjukvårdens fysiska utrymmen kan således i särskilda fall utgöra en verksamhetshemvist för socialvården.

Fördelningen av beslutandemakt och inflytande mellan landskapsregeringen och ÅHS

Fördelningen av beslutandemakt mellan landskapsregeringen och ÅHS bör göras tydligare. Maktfördelningen dels mellan den politiska styrningens olika nivåer och dels mellan politikerna och den operativa ledningen bör, så långt det är möjligt, regleras och tydliggöras i de tillbuds stående styrdokumenten. En situation där parternas agerande kan ifrågasättas p.g.a. miss-tolkningar av regelverket, generellt godtagen men i grunden felaktig praxis eller otydligt reglerade förhållanden, är inte ägnad att öka förtroendet för vare sig politiskt eller administrativt beslutsfattande.

Landskapsregeringen avser därför att initiera förändringar i LL om hälsovården till de delar som berör utnämmandet av ÅHS' förvaltningschef, fastställande av reglementet och utarbetandet av planen. Förvaltningschefen skulle då tillsättas av landskapsregeringen och förutsättas åtnjuta dess förtroende. Reglementet skulle uppgöras av ÅHS, men fastställas av LR. Planens struktur avses omarbetad så att avsnitt, som idag i praktiken är oförändrade från år till år, skulle överföras till en förordning. Det förutsätter att

landskapsregeringen ges fullmakt att utfärda förordningar utöver den som enligt LL om hälso- och sjukvården gäller idag. Planen skulle då kunna utvecklas till ett dynamiskt och levande styrdokument som på ett övergripande hälsovårdspolitiskt plan fungerar som ett slags resultatavtal mellan landskapsregeringen och ÅHS. Uppgörandet av planen skulle ske i växelverkan mellan parterna. Samtidigt skulle man fortsätta med att utarbeta metoder för uppföljning av planens förverkligande, d.v.s. mätetal som på ett relevant sätt beskriver de olika verksamheterna.

Landskapsregeringen hyser också en förhoppning att planen som ett centralt hälsovårdspolitiskt dokument som berör en stor del av budgetens totala belopp skulle behandlas i lagtinget på ett mera genomgripande sätt. Ett alternativ vore att en preliminär plan, i form av ett meddelande, tillställdes lagtinget i september. Behandlingen skulle utgöra grunden för en slutlig plan, som landskapsregeringen tillsammans med följande års budgetförslag lägger fram för lagtinget. En sådan nyordning kunde inledas år 2008.

Språket

Kommunikationen mellan vårdapparaten och patienten och mellan vårdapparatens olika länkar är central, den kan t.o.m. vara livsavgörande.

En korrekt dokumentation och överföring av medicinsk information är en förutsättning för att behandlingsansvaret på ett säkert sätt skall kunna överföras från en ansvarsperson eller vårdinstitution till en annan. Om mottagaren inte förstår avsändarens språk kan det uppstå allvarliga missförstånd eller missbedömningar. Också information i form av dialog mellan personer eller som vårdföreskrifter har betydelse för en framgångsrik vård eller behandling. Vid remittering till sjukhus eller vårdinstitutioner i riket uppfylls i regel de ovannämnda kraven. De enskilda fall där någon av länkarna har brister följs upp och korrigeras med tanke på både det aktuella fallet och hanteringen i framtiden. Fortsatt dialog bör föras med främst Åbo universitetscentralsjukhus beträffande språkservicen. Målsättningen är att nödvändiga journalhandlingar finns tillgängliga på svenska, men om så inte är fallet bör en automatisk översättning av finskspråkiga epikriser m.m. göras.

Den medicinska kvaliteten i Finland respektive Sverige är likvärdig. Inom vissa specialiteter kan det finnas skillnader i tillgänglig medicinsk teknologi, vilket gör att rent medicinska bedömningar kan avgöra vart patienten remitteras. De remitterande läkarnas nätverk, som ofta bygger på deras studie- och specialiseringsorter har också haft betydelse för besluten. Vården tenderar generellt att vara betydligt dyrare i Sverige än motsvarande i riket. Landskapsregeringen anser dock att patientens delaktighet i planeringen av utredningar och vård utom landskapet skall prioriteras. Patientens egna preferenser skall därför tillsammans med relevanta medicinska bedömningar väga tungt i remitteringsbesluten.

Åldersstruktur och sjukdomspanorama

Åldersstrukturen hos landskapets befolkning visar att de äldre årsklasserna blir alltmer dominerande. Detta beror i huvudsak på att de s.k. stora årskullarna, de som föddes under senare hälften av 1940-talet, blir gamla under de kommande 15-20 åren. Redan sedan tidigare har landskapet en relativt gammal befolkning. Medellivslängden hos de åländska kvinnorna var i medeltal under åren 2000-2004 83,9 år och hos män 77,7 år. Motsvarande tal år 2004 för Finland var 82,3 respektive 75,3 år och för Sverige 82,7 respektive 78,4 år. Enligt Statistikcentralens beräkningar kommer befolkningen över 65 år att öka kraftigt på Åland fram till år 2030. År 2010 utgör denna åldersgrupp 18,1 procent av den åländska befolkningen (ca 4 600 personer), år 2020 har andelen ökat till 24 procent (drygt 6 000) och fram till 2030

sker ytterligare en ökning till 27,4 procent (ca 6 800). Beräkningen innefattar inte flyttningsrörelse.

Åldern som sådan är en hälsorisk. En länge omhuldad uppfattning har varit att folk numera lever längre och har flera friska år i livet. Enligt forskning i Sverige håller detta inte streck. Ökad livslängd innebär också flera sjuka år.

I ett nationellt och i många avseenden även nordiskt perspektiv är ohälsosituationen ändå gynnsam på Åland. De s.k. stora folksjukdomarna, hjärt- och kärlsjukdomar, sjukdomar i leder och stödorgan, astma, vissa cancerformer, åldersdemens och psykisk ohälsa för att nämna några, är ändå stora och samhällsekonomiskt betydande också hos oss.

De största enskilda hälsoriskerna i vårt samhälle idag är tobak och alkohol. Övervikt som enskild riskfaktor avancerar i tabellerna. Psykiska diagnoser som depression och anpassningsstörningar blir vanligare som orsaker till olika grader av arbetsförmåga. Åldersrelaterad ohälsa som hjärt- och kärlsjukdomar samt funktionsstörningar i stöd- och rörelseapparaten går långt att delvis förebygga, lindra eller överbygga. Förekomsten av olika demenstillstånd tenderar att öka, dels p.g.a. specifika demeneterande sjukdomar som Alzheimers sjukdom dels också som en följd av överkonsumtion av alkohol och annat missbruk. Missbruk av alkohol, läkemedel och narkotika leder också till följsjukdomar på flera olika organområden. Missbruket leder alltså på lång sikt både till omfattande sociala och medicinska vårdbehov. Infektionssjukdomarnas andel som orsak till arbetsförmåga eller invaliditet har minskat kraftigt i vårt land, trots att ”nya” sjukdomar som t.ex. HIV, SARS, fågelinfluensa, MRSA och resistent tuberkulos har blivit vanligare i medierapporteringen.

Den åldersrelaterade ohälsan, inte bara de specifika enskilda sjukdomarna utan också de mera sammansatta och diffusa tillstånden av nedsatt funktionsförmåga blir en allt större utmaning inte bara för hälsovården och socialvården utan för samhället som helhet. Problematiken har mera ingående belysts, dels i landskapsregeringens rapport ”Äldrevården på Åland. Åländsk utredningsserie 2005:4” dels i kommittébetänkandet ”Slutrapport från arbetsgruppen med uppdrag att utreda äldreomsorgen, juni 2006”.

Äldreomsorgen

Äldreomsorgen är ett delat ansvarsområde mellan kommunernas socialvård och landskapets hälso- och sjukvård. Problematiken har senast kartlagts i det ovannämnda kommittébetänkandet. Kommittén föreslår åtgärder både inom ÅHS och den kommunala socialtjänsten. I detta sammanhang koncentreras framställningen på landskapets andel även om en samverkan mellan sektorerna är en förutsättning för att arbetet skall ha framgång. Landskapsregeringen avser bl.a. att utveckla Gullåsen från en allmänavdelning för sjuka åldringar till en geriatrisk specialklinik med tonvikt på utredningar, periodisk vård och rehabilitering. Detta motiveras bl.a. av demenssjukdomarnas ökande förekomst. Orsakerna till demens kan vara mångfacetterade. För att kunna handlägga patienterna med ett demenstillstånd riktigt krävs en riktigt ställd diagnos. Kliniken skulle också vara ett medicinskt stöd och en konsultationspunkt för övriga vårdenheter och boendeenheterna för åldringar ute i kommunerna. Omställningen av Gullåsens verksamhet kan kräva utökade och/eller omfördelade personalresurser och en renovering och ombyggnad av fastigheten som ställvis är mycket sliten. En arbetsgrupp som skall uppgöra en plan för att förverkliga Gullåsens utveckling har tillsatts inom ÅHS. En rationellt utvecklad äldreomsorg kräver också att primärvårdens beredskap att hantera olika situationer inom hemsjukvården utökas. Parallellt med åtgärderna inom hälsovården bör omsorgen inom socialvården uppdateras enligt kommittébetänkandets förslag.

Personalrekrytering

En central strategisk framgångsfaktor för ÅHS är och förblir hur man lyckas rekrytera yrkesutbildad personal. Argumenten och kriterierna för en aktiv personalpolitik i framtiden är desamma som idag. De stora åldersklasserna har redan nu delvis uppnått pensionsåldern och kommer inom tio år att helt vara utanför den s.k. arbetskraftsreserven. De årskullar som skall ersätta den pensionerade arbetskraften är betydligt mindre, varför först utbildningsväsendets förgreningar och sedan arbetsmarknadens enskilda sektorer konkurrerar om betydligt färre individer än tidigare. Attityden gentemot vårddyrken tenderar, åtminstone för tillfället, att bli mer negativ. Tävlan om den framtida yrkesutbildade personalen kommer därför att hårdna ytterligare inte bara inom landskapet och nationellt utan också internationellt. Kampen mellan den offentliga sektorn och de privata initiativen inom hälso- och sjukvården skall inte heller underskattas. För att hävda sig i det läget bör ÅHS kontinuerligt och målmedvetet värna om sin konkurrenskraft. Arbetsmiljön, både den psykiska och den fysiska, lönesättningen och övriga eventuella belöningsformer, fortbildning och sociala stödfunktioner som t.ex. boende och barndagvård är konkurrensformer som man fokuserar på i grannregionerna. En ytterligare komplicerande faktor är den ökande specialiseringen. ÅHS kan inte i sin egen nuvarande serviceproduktion följa med utvecklingen i sin helhet utan måste anpassa den efter befolkningens behov och gällande kvalitets- och säkerhetskriterier. På den punkten bör det ske en kontinuerlig utvärderingsprocess inom de olika specialiteterna.

Långsiktigt förebyggande

Hälsofrämjande och förebyggande hälsovård är uppgifter som man allmänt anser vara hälso- och sjukvårdens skyldighet och monopol. Det är dock klart att hälso- och sjukvården sammanlagda effekt på befolkningens sjuklighet och dödlighet ligger långt under 20%. Bl.a. sociala och ekonomiska förhållanden, utbildning, yrke, livsstil och livsmiljö har en mycket större effekt.

Hälso- och sjukvårdens uppgift är närmast att agera som väckarklocka, att stå till tjänst med information, med metoder och teknologi samt tidig upptäckt av risker och sjukdomsutbrott. Sjukvårdens roll är att bistå med att reparera eller lindra redan uppkomna skador och förhindra att de återuppstår eller förvärras.

Till den förebyggande hälsovården hör traditionellt mödra- och barnrådgivning, skolhälsovård, preventivmedelsrådgivning, hälsokontroller, lagstadgad företagshälsovård, genomförande av vaccinationsprogram, massundersökningar för upptäckt av tidiga sjukdomssymptom, barns- och ungdomars tandvård mm. Den hälsofrämjande verksamheten strävar till att upplysa om risker som kan leda till sjukdom och om omständigheter som kan förstärka skyddsvallarna mellan hälsa och sjukdom. En långsiktig förebyggande och hälsofrämjande målinriktad verksamhet är det enda realistiska sättet att påverka sjukvårdskostnaderna i det långa loppet utan att skära i serviceutbudet.

Landskapsregeringen avser att agera för att stärka och utveckla den förebyggande verksamheten inom primärvården. Verksamheten bör anpassas till att möta de reella utmaningarna och prioriteras även då de ekonomiska konjunkturen kräver inskränkningar och sparbetning. Den livsstilsrelaterade, den socialt betingade och den med åldrandet förknippade ohälsan kräver dessutom en bred samverkan mellan många samhällssektorer för att kunna motarbetas effektivt. Samarbetet med socialvården måste ytterligare utvecklas, i synnerhet på äldreomsorgens område, men också för att kunna ge

ett mångsidigt stöd åt barn- och unga genom att fokusera på deras familjer. Samverkan med utbildningsväsendet ter sig också allt viktigare för att kunna påverka attityder och livsstilsfaktorer. En långsiktig utvärdering av de förebyggande insatsernas effekter är en förutsättning för verksamhetens utveckling. Den förebyggande verksamheten bedrivs parallellt med primärvårdens sjukvårdsarbete.

Sammanfattning

Ålands hälso- och sjukvård bedriver en komplicerad, personalintensiv och kostsam verksamhet inom ramen för en politiskt styrd kunskapsorganisation.

En framgångsrik verksamhet är beroende av en mångfald olika betingelser, av vilka en del kan påverkas av beslut och åtgärder inom landskapet. Det är i många avseenden fråga om konkurrenskraft, vars element är fördelade på de olika delfunktionerna men också fråga om att rätt använda de tillgängliga resurserna så att man uppnår en så stor nytta som möjligt. Landskapsregeringen avser att fokusera på de nedan nämnda delområdena.

Äldreomsorgen kommer inom de närmaste decennierna att erbjuda de största utmaningarna, inte bara för vårdsektorn utan för samhället som helhet. Hälso- och sjukvårdens andel bör utvecklas enligt de riktlinjer som kommittébetänkandet anvisar, vilket förutsätter dels ett närmare samarbete mellan enheterna inom ÅHS, dels en utvecklad samverkan med kommunerna och mellan kommunerna. Det ökande antalet personer som har behov av tjänster inom äldreomsorgen medför att det kommer att finnas ett behov av utökade resurser, både ekonomiska, personella och kompetensmässiga inom båda sektorerna.

En långsiktig förebyggande verksamhet är en av primärvårdens viktigaste uppgifter. Idag fokuserar man främst på livsstilsfrågor, som inte kan lösas utan samarbete med de övriga samhällssektorerna. EU:s allmänna strävan att införa hälsoaspekter i alla politiker är relevant också hos oss. Innehållet i de traditionella rådgivningsverksamheterna bör ses över regelbundet och nya, som t.ex. förebyggande hembesök till 75-åringar tas in i rutinerna. När det gäller bevarande eller avskrivning av gamla och införande av nya metoder, inklusive systematiska screeningundersökningar bör man följa den vetenskapliga forskning och det utvärderingsarbete som görs i större sammanhang nationellt och internationellt för att utreda de olika metodernas effekter och validitet.

Jourverksamheten i skärgården utvecklas med målsättningen att alla kommuner skall ha en jourverksamhet baserad på hälsovårdar- eller sjukskötarkompetens i kombination med de resurser som finns i respektive kommun inom social- och hälsovården och med det stöd som en utvecklad telemedicinsk verksamhet kan erbjuda.

Vård utom Åland kommer att vara en länk i vårdkedjan för allt flera patienter. Det etablerade samarbetet med universitetssjukhusen i grannregionerna utvecklas ytterligare enligt de behov som finns i ett direkt patientperspektiv. Samarbetet har också betydelse för den egna personalens fortbildning och för nyrekryteringen av nya medarbetare. Den egna organisationens beredskap att klara av diagnostik, fortsatt behandling, uppföljning och rehabilitering, d.v.s. så många länkar i vårdkedjan som möjligt, har betydelse för kostnaderna.

Språkets betydelse i vårdens olika skeden kan inte överskattas. Patientens rätt att få service på sitt modersmål skall respekteras vid remitteringen till vård utom landskapet, till sjukhus i riket eller i Sverige. Patientinformation från sjukhusen i riket skall tillhandahållas ÅHS på svenska.

Rekryteringen av personal av alla kategorier kommer att bli svårare. Dels är årskullarna mindre dels råder en allmän trend mot en allt längre gå-

ende specialisering och växande krav på kvalitet och säkerhet. Utbildningen av sjukskötare och närvårdare på hemmaplan är ett måste, även om den praktiska handledningen kräver extra arbetsinsatser inom ÅHS. En utvecklad arbetsplatsskolning, inklusive en effektiviserad introduktion av ny personal är ägnad att förbättra verksamhetens kvalitet och säkerhet. Regelbunden fortbildning, både i landskapet och utom Åland leder i samma riktning utöver att den kan betraktas som en slags belöning. Belöningssystemen, som utöver den egentliga lönen kan bestå av flera olika förmåner såsom stöd och hjälp för boende, barndagvård och möjligheter till utbildning för den anställda och hans/hennes familj, skall vara jämförbara med motsvarande i riket och Sverige. Rekryteringsverksamheten skall vara aktiv och individuellt inriktad.

Arbetsmiljön, både den psykiska och den fysiska, bör prioriteras. Rekryterad personal skall också kunna behållas. En god förvaltning, nöjda patienter och ändamålsenliga verksamhetsutrymmen, som inte är bemängd med långvariga provisorier är viktiga faktorer i sammanhanget. Ledarskapet på olika verksamhetsnivåer utvecklas och beredskapen att ta itu med konflikter och mobbning på arbetsplatserna förbättras.

En god förvaltning är en viktig konkurrensfaktor. Den kräver öppenhet och en klar uppgiftsfördelning. Landskapsregeringen ämnar föreslå följande förändringar i LL om hälso- och sjukvården med innebörden

- att reglementet utarbetas av ÅHS och fastställs av landskapsregeringen
- att en preliminär hälso- och sjukvårdsplan tillställs lagtinget i september i form av ett meddelande. Efter lagtingsbehandlingen utarbetas en slutlig version som bilaga till budgetförslaget.
- att landskapsregeringen får en förordningsfullmakt, utöver den redan existerande, rörande verksamhetens innehåll och former, för att planen skall kunna utvecklas som ett dynamiskt styrdokument.

Mariehamn den 12 april 2007

L a n t r å d

Roger Nordlund

Föredragande ledamot

Harriet Lindeman

Bilaga 1.

ÅLANDS HÄLSO- OCH SJUKVÅRD
Kostnader 2000-2006

	Bokslut	Bokslut	Bokslut	Bokslut	Bokslut	Bokslut	Bokslut
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Personalkostnader	31 683 629	34 617 785	38 431 642	38 796 752	41 051 517	42 304 436	41 788 348
Vård utom Åland *	3 864 151	4 725 072	5 154 746	4 325 029	5 126 210	5 057 423	5 943 000
Övr.konsumtionsutg.	10 609 645	12 418 828	13 453 917	12 196 861	12 869 797	13 592 754	13 441 854
Anskaffn o inventarier **	1 067 396	1 302 447	764 892	558 622	567 129	830 330	855 214
Byggn- o renoveringsprojekt	57 120	188 370	79 549	26 636	57 366	63 994	119 831
Kostnader totalt €	47 281 941	53 252 502	57 884 746	55 903 900	59 672 019	61 848 937	62 148 247
