

---

# Åland – i särställning även i fråga om hälso- och sjukvården

BJÖRN-OLOF EHRNSTRÖM

---

*Åland är för de flesta bekant som ett naturskönt semesterparadis dit alla färjor mellan Finland och Sverige går, något som ju gör det möjligt att handla skattefritt på båten. Många känner också till att Åland sedan över 80 år har ett utvecklat självstyre och att öriket är en relativt välbärgad del av vårt land.*

*Något som inte är lika välbekant är den åländska hälso- och sjukvårdsmodellen, som skapades för 10 år sedan. Hälsovården är en del av självstyret, och i detta hänseende fungerar Åland som en (nästan) självständig stat med egen lagstiftningsbehörighet.*

Fram till 1994 gällde folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård. Organisatoriskt var primärvården en kommunal angelägenhet (Ålands folkhälsoförbund), likaså mentalvården (Ålands vårdförbund), medan Ålands centralsjukhus stod under landskapsstyrelsen, som motsvarar det statliga i Finland.

Den 1 januari 1994 genomfördes en administrativ reform. Lagtinget antog en ramlag om hälso- och sjukvården samtidigt som både folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård upphörde att gälla. En ny myndighet under landskapsstyrelsen bildades, Ålands hälso- och sjukvård (ÅHS).

Därmed samlades alla hälso- och sjukvårdsfunktioner under en gemensam styrelse med 5–7 politiskt tillsatta medlemmar och med en gemensam ledningsgrupp bestående av förvaltningschef, sjukvårdschef (cheföverläkare för den specialiserade sjukvården), primärvårdschef (ledande läkare för hälsocentralen), förvaltningsöverskötare och ekonomichef.

ÅHS är organisatoriskt indelat i tre resultatenheter: Primärvård, Specialsjukvård samt Administration och försörjning. Resultatenheter är i sin tur uppdelade i basenheter, som för specialsjukvårdens del i princip motsvarar de kliniska disciplinerna på ett centralsjukhus. Primärvårdens basenheter är också bekanta från folkhälsoarbetet: hälso- och sjuk-

vårdsmottagningar, långvård, tandvård och miljörelaterad hälsovård.

Politikernas styrinstrument är hälso- och sjukvårdsplanen och budgeten som fastställs av lagtinget, den åländska riksdagen. I planen har man tagit in de mest centrala stadgandena från den finska folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård, men i övrigt fungerar planen som en verksamhetsplan för budgetåret.

Före ÅHS-reformen finansierades folkhälsoarbetet och mentalvården genom kommundebitering. Centralsjukhuset fick sina budgetmedel från landskapet Åland. I och med reformen är det lagtinget som beviljar en rambudget, vilken styrelsen sedan fördelar mellan ovannämnda resultatenheter. Ingen kommundebitering förekommer förutom då det gäller långvården, där kommunerna står för den del som inte täcks av patienternas långvårdsavgifter.

## FÖRFATTAREN

*ML Björn-Olof Ehrnström är specialist i allmänmedicin och är verksam som förvaltningschef vid Ålands hälso- och sjukvård i Mariehamn*

---

Klientavgiftslagen gäller inte på Åland och därför är det fritt fram för politikerna att fastställa både omfattningen av och nivån på avgifterna. Så uppbärs t.ex. avgift för alla läkarbesök, men också för vissa besök hos sjukvårdspersonalen både på hälsocentralen och på sjukhuset, för receptförnyelse samt för utlåning av hjälpmedel. Ett kostnadstak på 450 euro/kalenderår gäller för vuxna. För barn under 18 år är taket 200 euro. I år infördes dessutom ett låginkomstskydd på 225 euro/mån. för alla med en årsinkomst under 14 000 euro (för makar/samboende gäller en sammanräknad inkomst på högst 22 000 euro/mån.). Patientavgifterna beräknas uppgå till ca 4 milj. euro, vilket täcker 6,6 procent av bruttoutgifterna (uppgifterna gäller för år 2004).

Till den åländska självstyrelsen hör också egna avtalsförhandlingar och kollektivavtal. Detta blev riksbekant i samband med den TEHY-strejk, som pågick i 3 månader sommaren 2003. Generellt kan man säga att lönenivån är högre än i riket. Dessutom erhåller alla Ålandstillägget som uppgår till 118 euro/mån. Medaljens baksida är att det är betydligt dyrare att leva på Åland än i det övriga Finland.

Hur har då verksamheten förändrats av ÅHS-reformen? Blev det bättre eller sämre med en sjukvårdsorganisation än vad det var före reformen med tre separata organisationer? Mot bakgrunden av att den åländska befolkning uppgår till endast 26 400 invånare, som dessutom är fördelade på 16 kommuner, vore det synnerligen oändamålsenligt att driva hälso- och sjukvården i tre separata organisationer. Helhetssynen hos såväl styrelse som för de ledande tjänstemännen borde åtminstone i teorin vara bättre. Ekonomiskt vore det förödande för en kommun med några hundra invånare att drabbas av ett fåtal dyra patienter, om kommundebitering fortfarande gällde.

Förhoppningen att ÅHS-reformen skulle innebära mindre kostnader har inte infriats. Men å andra sidan vet vi inte hur kostnadsbilden skulle ha sett ut om reformen inte hade genomförts. Prislappen hade knappast varit mindre. Ett faktum är emellertid att Åland har mycket höga hälso- och sjukvårdskostnader. Budgeten för år 2004 uppgår till 60,7 milj. euro, motsvarande 2 300 euro/inv. Den höga kostnadsnivån beror på bl.a. det låga invånarantalet, den speciella ö-situationen, och det faktum att den privata sjukvårdssektorn är mycket liten på Åland. Sjukvården har också

varit en prioriterad sektor, som inte behövt göra sådana djupdykningar, som man sett och ser i både Sverige och i det övriga Finland. Specialsjukvården är välresurserad och köerna är säkert de kortaste i ett nordiskt perspektiv.

När ÅHS-reformen marknadsfördes, talade man om "endörns-modellen". Visserligen sammanfördes tre organisationer till en, tre styrelser blev en, detsamma skedde med ledningsgrupperna och rent fysiskt flyttade administrationen samt löne- och ekonomikontoret ihop, men för patienterna innebar det i praktiken ingenting nytt. Hälsocentralen och rådgivningsbyråerna fortsatte med sin verksamhet som tidigare, mentalvården och centralsjukhusets enheter med sina. Helhetsperspektivet blev säkert bättre både på styrelse- och ledningsnivå, men några större förändringar skedde inte i verksamheterna, som fortsatte i sina traditionella roller.

Ett närmare samarbete mellan primärvården och den specialiserade sjukvården blev verklighet först när hälsocentralen pga. fukt- och mögelskador måste utrymmas. Då flyttade hvc-läkarna till centralsjukhusbyggnaden, mödravården till gynekologiska och obstetriska enhetens lokaliteter och barnrådgivningen till en bostad på centralsjukhusområdet. De dagliga kontakterna vid kaffebord och i matsal har på ett avgörande sätt fört primärvården och den specialiserade sjukvården närmare varandra. Till detta bidrar också den gemensamma elektroniska journalen för hela den somatiska sjukvården. Det finns ingen inom hälsocentralen som numera vill flytta ut från sjukhuset, man har hittat sin profil och känner sig inte mindervärdig i förhållande till den specialiserade sjukvården, något som man befarade före flyttningen. Personalen på centralsjukhuset har också tagit väl emot inflyttarna.

I framtidsplanerna ingår att också de psykiatriska verksamheterna vid Grelsby sjukhus, 16 km norr om Mariehamn, skall få nya lokaliteter på centralsjukhustomten. Därmed har de mesta av hälso- och sjukvården samlats på en och samma plats.

För närvarande finns ett förslag om en gemensam medicinsk chef för hela ÅHS. I dag är den funktionen uppdelad mellan primärvårdschefen, som basar över primärvården, och sjukvårdschefen, som är chef för den specialiserade sjukvården. Enligt förslaget skulle primärvårdens mottagningar och långvården underställas den gemensamma medicinska chefen. Tandvården och den miljörelaterade

---

hälsovården skulle lyda direkt under förvaltningschefen. Primärvårdens företrädare misstror förslaget och misstänker att deras ställning överskuggas av den större och resurskrävande specialiserade sjukvården. Man hävdar att primärvården har ett så annorlunda verksamhetsfält att det svårligen går att på jämbördig bas fungera tillsammans med den specialiserade sjukvårdens enheter. Speciellt är man ängslig för att det förebyggande folkhälsoarbetet skulle lida och lågprioriteras i tider med knappa resurser. Detta kan motverkas genom att t.ex. upphöja den förebyggande verksamheten (barn- och mödrarådgivning, skolhälsovård, preventivmedelsrådgivning, allmän hälsoupplýsning) till en egen basenhet, som skulle få sina budgetmedel direkt anvisade från styrelsen. Därmed blir det upp till bevis för politikerna att visa att man mår om den förebyggande verksamheten.

Förslaget med en medicinsk chef är en logisk följd av det som skedde i och med ÅHS-reformen. Då sammanfördes vårdarbetet under en gemensam förvaltningsöverskötare medan administrationen och försörjningen fick en gemensam chef i ekonomichefen. Den naturliga utvecklingen vore en gemensam medicinsk chef, i synnerhet som större delen av den offentliga hälso- och sjukvården på

Åland nu också finns under samma tak. Kanske kunde man på detta sätt skapa ännu bättre samarbetsformer, förbättra patientflödet och informationsgången. I det åländska perspektivet är det också möjligt att tänka sig att gynekologerna helt tar över läkarbesöken under graviditeten, och att barnläkarna engageras i kontrollen av de minsta barnen på rådgivningarna. Resursmässigt är detta fullt möjligt, förutsatt att nämnda specialistläkartjänster (3 + 3) är besatta.

Åland är speciellt vilket framgår av det ovannämnda också när det gäller hälso- och sjukvården. Det lilla samhället och närheten till makthavarna i de politiskt styrda organen (styrelse, landskapsstyrelse och lagting) ger möjlighet till nytänkande, som i större sammanhang kan vara svårare att genomföra. Däremot gäller även på Åland det faktum att förändringar, om de skall bli framgångsrika, bör vara välförankrade hos den personal som skall genomföra och leva med det nya.

ML BJÖRN-OLOF EHRNSTRÖM  
ÅLANDS HÄLSO- OCH SJUKVÅRD  
PB 1091  
22111 MARIEHAMN  
björn-olof.ehrnström@ahs.aland.fi