



Äldreting i Gällivare

Den 5 november 2003

**Hälso- och sjukvårdsberedning Nord i
samverkan med Gällivare kommun**

Deltagare

Ca 110 medborgare

Marianne Olsson, moderator

Inger Lundkvist, sakkunnig - Samverkan

Klas-Göran Sahlen sakkunnig - Äldres hälsa

Sven Söderberg, sakkunnig - Palliativ vård

Förtroendevalda från Gällivare kommun

Hälso- och sjukvårdsberedning Nord

Inledning

Marianne Olsson, landstingsförbundet, chef för avdelningen för hälso- och sjukvårdens utveckling, inledde dagen under rubriken "Äldrevård i förändring"

Livslängden ökar för de äldre och man får också fler goda år. Idag har Italien och Japan världens äldsta befolkning, därefter kommer Sverige. Vi har en resitperiod innan en fjärdedel av befolkningen är över 65 år, och ingen vet riktigt vad som händer då. Men - är det ett problem att vi skapat ett samhälle där folk kan bli så gamla? Tänk bara på så mycket samlad visdom som finns hos den äldre befolkningen!

Män i Sverige lever längst av alla i män i Europa, men kvinnor i Sverige lever *inte* längst av kvinnor i Europa - Frankrike och Italien har gått förbi oss.

Andelen av BNP som går till hälso- och sjukvård (för både landsting och kommun) har sänkts från 8,8 till 8,5 %, vilket gör att Sverige ligger i ungefär i mitten i jämförelse med andra länder i världen. England lägger minst pengar på hälso- och sjukvård, men det betyder inte att de har ett gott resultat, dvs att de är mer effektiva - tvärtom. Högst ligger USA (15 %), och där är ökningstakten högst. Här finns också 80 miljoner oförsäkrade som inte har någon tillgång till sjukvård.

Endast 3 % av vårdens samlade resurser (kommun och landsting) går till förebyggande verksamhet.

Landstingsförbundet och förtroendevalda över hela landet har träffats vid s k hearings för att diskutera gemensamma frågor, och budskapet är tydligt: "vi måste samarbeta mer"

Samverkan med patienten i centrum (vårdkedjan)

Sakkunnig: Inger Lundkvist

Samtalsledare: Ulf Kero

Ingrid Lundkvist, Landstingsförbundet, enheten för vårdssamverkan.

Ökat fokus på äldrefrågor

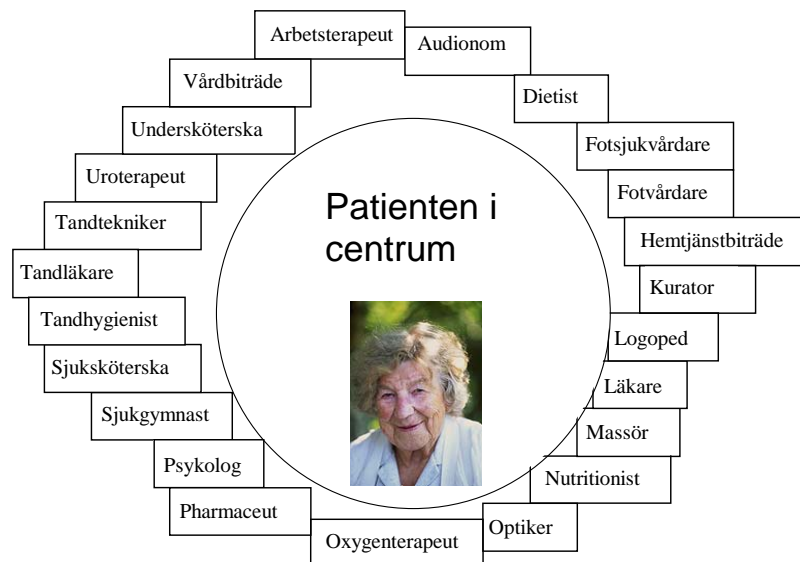
Det har blivit större fokus på äldrefrågor på nationell nivå, äldre är friskare och lever längre än förr. Vården och omsorgen ska ske i samverkan kring den enskilde - men hur ska denna samverkan se ut? Den måste fungera utifrån individens behov.

Patienten Fru Johansson född 1913 - en typisk pensionär

Ofta söker patienten för något av nedanstående symptom, det övriga kommer fram i läkarbesöket.



- Dagtrötthet
- Huvudvärk
- Oro
- Illamående
- Viktminskning
- Hjärtklappning
- Synnedsättning
- Lässvårigheter
- Obehag i buken efter måltider
- Gångproblem/falltendens
- Munntorrhet
- Glappande tandprotes
- Bensvullnad
- Hörselnedsättning
- Sömnbesvär
- Urininkontinens
- Nedsatt minne
- Förstoppning
- Ensamhet/isolering
- Dödsönskningar



När patienten har så många olika besvär kommer hon/han i kontakt med en rad olika yrkesroller inom vården; sjuksköterska, tandhygienist, psykolog

etc. Verksamheten har inte råd att bygga parallella organisationer, olika budgetar sätter stopp för det, men av olika skäl brister det mellan rollerna.

Bohuslän - bra exempel på samverkan

Det är viktigt att se det som också fungerar bra, och lära av det. Ett gott exempel är Bohuslän där man valde att strunta i huvudmännens budget och utgick istället ifrån patientens behov. Efter ett års samverkan visade det sig att det gav ett överskott i budgeten. Då började man istället diskutera hur vinsten skulle fördelas...

Hur ska vi samverka?

Vad står samverkan för? Ibland verkar det som att vi måste samverka om allt. Istället borde vi bestämma vilka områden som är allra viktigast att samverka kring, och vi bör lägga mycket tid på att prata om hur vi ska definiera samverkan. Ett exempel är att man måste ha en vårdplan när man skrivs ut från sjukhuset. Det är viktigt att vara förberedd så att den gemensamma samverkan realiserar.

Följande statliga projekt berör samverkan

- Senior 2005
- Lag om gemensamma nämnder; ett sätt att formalisera samverkan.
- Landstingets läkarmedverkan i kommunerna
- Demensutredningen, vilket är ett sätt att på nationell nivå uppmärksamma vården av äldre.

Medborgarnas synpunkter

Allmänt om samverkan

Det finns många brister i samverkan mellan landstinget och kommunen, och fallet Oscar Holmgren beskrevs som ett exempel på detta. Många hade funderingar om orsaken till att kommunen och landstinget inte diskuterar samverkan på ett konstruktivt sätt. Samverkan har diskuterats i många år, men revirtänkandet är omfattande, och man menar att det är för mycket diskussion om vem som äger ansvaret och för lite handling.

Tidigare var patienten i centrum, nu är det bara ekonomin. Alla är rädd för att den egna budgeten ska drabbas. Pengarna finns, men hur disponeras de? Vad händer med resurserna vid skatteväxlingen? Allt vi tidigare byggt upp raseras idag. Det går inte längre att föra diskussioner om skatteväxlingen, menade en annan deltagare. Det händer 1992 och mycket har hänt sedan dess. Nu handlar det om en bredare prioriteringsdiskussion.

Bristerna i vårdplaneringen lyftes också av deltagarna. "Jag har aldrig hört tala om någon som fått en vårdplan" var en kommentar. Det är inte bra när det kommer hem många personer till de äldre, man borde kunna samarbeta mer kring uppgifterna, t ex: varför kommer en person och ger insulin och en annan med maten?

Patienten är *inte* i centrum och det är läkarna som har makten över sjukvården, men vem påverkar läkarna? Politikerna har möjlighet att styra och prioritera - de äger resurserna.

Prioriteringar

Prioriteringar - både av resurser och behandling var ämnen många ville diskutera, och synpunkterna och frågorna speglade en oro för framtiden. Hur ska det gå för "Fru Johansson" när landstingen börjar införa prioriteringslistor? Får hon själv betala för vissa åkommor som t ex urinvägsinfektion? var exempel på frågeställningar. Prioriteringsdiskussionen borde ha startat mycket tidigare, men tyvärr har inte mycket hänt på området.

Alla med begynnande demens måste få tillgång till utredning, diagnos och behandling.

I utvärderingen var det många som uttryckte att de ville vara med i prioriteringsdiskussioner. "Vi vill vara med och prata om detta, landstinget vill införa listor över en rad sjukdomar och besvär som vi kommer att få betala för. Redan idag bestämmer läkaren vilka patienter som ska behandlas"

Delaktighet och inflytande och stöd till anhöriga

"Man måste ha friska anhöriga för att kunna vara sjuk" var en vanlig kommentar under seminariet. Det finns ingen tid att diskutera sina åkommor och behandling med läkaren. Man måste kunna prata för sig själv i vården idag och vara klar i huvudet, annars blir det svårt. Om man drabbas av exempelvis stroke, så måste man ha starka anhöriga idag - men låt patienten tala för sig själv när det är möjligt!

Oro för framtiden

Många synpunkter handlar om oro för att inte få behandling, att patienter kommer att stanna hemma och vänta på att symptomen går över. Några uttryckte att man är nöjd med sina kontakter med vården, men är ändå rädd för att få sitta hemma och lida istället för att få vård i framtiden. Inga hembesök görs längre, det kommer att bli en stor ensamhet.

Organisation

Numera får man inte ta några egna beslut ute på vårdcentralerna, det skapas många hinder för sånt som är enkelt att åtgärda. Bygg ut primärvården mer var en synpunkt. Det är en bra idé att ha ett specialistsjukhus i länet, men det bygger på att man också har bra primärvård.

Personalen har för många andra uppgifter som administration, personalutveckling, mm. De hinner inte med det som de är anställda för och utbildade till. Man plockar folk från gatan till sjukvården idag. Det är inte nödvändigt att alla har full kompetens - man kan handleda varandra. Personalfrågan är ett stort problem.

Ett förslag var att landstinget skulle skaffa en konsult som såg till att samverkan mellan landstinget om kommunen fungerade. Ett annat var patientombudsmän i kommunen. Landstinget har ett stort ansvar för att människor skall kunna bo och vårdas hemma.

Äldres hälsa

Sakkunnig: Klas-Göran Sahlén
Samtalsledare: Inger Schmiedhofer

Klas-Göran Sahlén, doktorand, Umeå universitet

Klas-Göran inledde seminariet med att berätta om att äldres skador är ett dolt samhällsproblem med främst mycket lidande, men även höga kostnader. Studier visar att skadorna kan minska avsevärt genom enkla åtgärder.

Räddningsverket ansvarar för att utveckla det Nationella Skadeförebyggande programmet vars syfte är att främja säkerhet och trygghet i samhället. På lokal nivå innebär det medverka till att utveckla säkra och trygga kommuner, där en uppgift är att minska fallolyckor och andra skador bland äldre.

Äldres tofflor kostar pengar!

Klas-Göran berättade att någon nämnt att äldre är dåliga bilförare - och menade att det är ett litet problem jämfört med äldres tofflor... Fallskador kostar 4,8 miljarder per år för samhället fördelat på landstingen och kommunerna. "Vi kan med lätthet visa att förebyggande vård ger bättre ekonomi", säger Klas-Göran. Gällivare har fler fall än riksgenomsnittet, men kvinnorna i Jokkmokk ligger högst i länet. Orsaken kan hittas i livsstil, motionsvanor, bostad och närmiljö.

Förebyggande hembesök

I ett projekt gjordes förebyggande hembesök hos personer som var 75 år och äldre 2 ggr/år. Det visade sig att upplevelsen av oro minskade stort efter hembesöken. En sådan enkel detalj som att få folk att lägga in halkmattor gjorde skillnad - innehavet av halkmattor ökade med 75 %. Resultatet av hembesöken blev att behovet av akuta sjukdomsbesök halverades. Orsaken är att man skapar trygghet, stimulerar till aktivitet och social gemenskap.

Få personer vaccinerade mot influensa i Norrbotten

Det var endast 25 % av de s k riskgrupperna över 65 år som tog sitt influensavaccin i Norrbotten. I det landsting där flest tagit vaccinet var siffran 60 %. - Varför är skillnaden så stor?

Förbättrad kost, social gemenskap och förebyggande hembesök kan visa förbättringar på upp till 20-30 % - pengar som kan frigöras till annat. Kostnaderna kommer att stiga oerhört om vi inte börjar göra något.

Medborgarnas synpunkter

Brist på information och förebyggande verksamhet var de frågor som mest engagerade mötesdeltagarna.

Faktorer som är viktiga för hälsan

Deltagarna ansåg att ett rikt socialt liv är en viktig faktor för god hälsa. ”Man behöver använda sin röst, sitter man ensam och inte använder sina stämband går det inte att prata längre” var en kommentar. Hembesöken är också viktiga.

Tänderna påverkar hälsan. Många har inte råd att gå till tandläkaren, köerna är långa, och det är barn- och ungdomstandvården som prioriteras.

Det är individens behov som ska vara i fokus. Ett exempel: en person med lätta fysiska besvär vill baka, men kan inte kavla degen. Stödet ska anpassas efter varje människas förutsättningar.

Motion är viktigt. För att även själen ska få motion bör vi lämna landsvägarna och trafiken och gå ut i skogen istället. Stigarna måste hållas i ordning - och vem gör det?

Mår huvudet bra, så mår kroppen bra!

Resurser och ansvar

I första hand är det individen som har ansvaret att vårda sin kropp, men man behöver hjälp också. Man pratar alltid om resursbrist, men det kanske går att omfördela befintliga resurser.

Vilka är effekterna av att jobba förebyggande? Ur hälsoekonomiskt perspektiv borde det vara självklart att satsa på hälsan. Förebyggande arbete skapar resurser långsiktigt.

Förebygga ohälsa

Diskussionerna fokuserades på brist på information om hur man kan förebygga ohälsa, vad man själv kan göra, och hur man ska kunna leva ett så bra liv som möjligt trots sjukdom.

Man bör hitta metoder för att informera allmänheten om hur man förebygger ohälsa - gärna ha teman under året med råd och tips om hur man behåller hälsan. Det är bättre att sprida information till större grupper än till enskilda, och det bör vara vid möten - inte brevvägen, det ses bara som vanlig reklam. Föreningslivet är en bra kanal för informationsspridning. Ett tips för att undvika att ej organiserade missar informationen var att föreningarna kan bjuda in allmänheten till föreläsningar, mm. För personer som inte orkar ta sig ut vore det bra att få information via hemtjänst eller distriktssköterskor.

Det kan vara svårt för föreningarna att hitta kontakter i landstinget och kommunen, därför är det bra om aktörerna tar initiativet. ”Det känns besvärligt att besvara”. Vid ett par tillfällen har läkare och dietister erbjudit sig att komma och informera via HSO, vilket har uppskattats.

Alla måste hjälpas åt i arbetet med att förebygga ohälsa. Föreningarna skulle kunna vara en resurs för att få ut budskap och information, men det är landstinget och kommunen som har ansvaret.

Deltagarna uttryckte att det saknades information om sjukdomar och behandling. Exempelvis diabetiker, hjärt- och kärlsjuka och anhöriga till demenssjuka har behov av mycket information.

Tandvården är ett lysande exempel på förebyggande verksamhet - var tog fluortanten vägen? Övervikt bland ungdomar är ett stort problem. Här är internet ett viktigt verktyg för att sprida information.

Anhörigas roll

Det är svårt att vara anhörigvårdare Det borde finnas kurser för dem, men problemet är att de inte kommer ut. Anhöriga är oerhört viktiga, därför är det viktigt att de får stöd och att man har ett gott samarbete med dessa grupper.

Palliativ vård

Sakkunnig: Sven Söderberg
Samtalsledare: Mauritz Henriksson

Sven Söderberg, överläkare/distriktssläkare, ansvarig för det palliativa resursteamet vid Sunderbyns sjukhus.

Alla i rummet här ska dö, det vet vi, med ett undantag – Jag ska inte dö, och inte mina anhöriga. Men faktum kvarstår, döden är 100-procentig.

Förr var kyrkan tryggheten - nu är det sjukvården

Förr var läkarnas mål att hjälpa människor till ett gott liv. Nu förväntas vi ge evigt liv, men tror man på det så blir man evigt besviken. Förr stod kyrkan högst i byn, den stod för trygghet och omsorg. Idag har vi sjukhusen ”mitt i byn”, ofta på en höjd så att det syns vida omkring. Nu är det sjukhuset som ska ge trygghet.

Att lindra den sista tiden

Palliativ vård är vård i livets slutskede. Det handlar att lindra lidande hos sjuka som inte kan botas de sista månaderna eller året i livet. Palliativ vård är en mycket aktiv vård, det handlar inte bara om att ge morfin.

Vi kan inte garantera smärtfrihet, men all smärta och alla symptom kan lindras. Men det är inte bara smärta som kan drabba en människa i livets slutskede, det kan vara symptom som diarré, klåda, sociala problem, sorg och depression. Det kan också handla om andliga frågor, meningen med livet och accepterandet av döden. Palliativ vård är ständigt ett vägande för och emot - nytta mot skada. ”Det är inte tråkigt att arbeta i den palliativa vården, vi som jobbar med det har också roligt på jobbet”, säger Sven.

Anhörigas roll

Ju sjukare en patient blir, desto mer av tiden går åt till att stötta de anhöriga vars kris ökar i takt med att den sjuke blir sjukare. Har man turen att ha en pigg man/fru så går det oftast bra. De anhöriga upplever ofta vården som positiv och det kan bli en fin tid - om man får stöd. Utan stöd kan man knäckas. Närstående kan få närståendepenning i 60 dagar för att vårda sjuk anhörig.

Palliativ vård är ett teamarbete

Palliativ vård är ett teamarbete där läkare, sköterska, psykolog ingår. Arbetet kräver kunskap och intresse för området. Vi försöker ge bästa möjliga livskvalitet även om det inte kan bli perfekt, autonomi - att bestämma rätt, göra gott, inte skada och låta naturen ha sin gång. Palliativ vård för cancersjuka borde erbjudas där doktorn vet att patienten har kort tid kvar, ofta mindre än ett halv år. Men även hjärt- och lungsjuka, dementa m fl borde få palliativ vård.

Prioriteringsordningen finns reglerat Hälso- och sjukvårdslagen. Den palliativa vården finns i prioriteringsgrupp 1.

Organisation

Många vill vara hemma sin sista tid och man ska ha möjlighet att välja det alternativet och få hjälp av hemsjukvårdsteam. I Sverige dör i genomsnitt 20 procent hemma, i Norrbotten är siffran 9 procent.

I Norrbotten tar primärvården ett allt större ansvar för den palliativa hemsjukvården. Det finns resursteam i Luleå och Boden som fungerar som stöd för primärvården i kommunerna. Att bo på sjukhem är inte bra under en längre tid, även om miljön är bra. Det flesta sjukhus i Norrbotten har ingen eller mycket få platser för specialiserad palliativ vård.

En bra palliativ vård kräver god samverkan mellan kommun och landsting.

Palliativ vård i Gällivare

Det finns två platser för palliativ vård för kvinnor på kvinnokliniken, men ingen specialistvård efter klockan 17. Därefter åker inte distriktssköterskorna hem till patienten, utan man måste åka in till sjukhuset om man behöver hjälp. Gällivareborna får bra vård men har inte så många valmöjligheter.

Det finns tre alternativ för att bedriva palliativ vård:

- En glesbygdslösning där varje distriktsläkare och distriktssköterska sköter den palliativa vården.
- Ett resursteam, som nu finns i Luleå och Boden-regionen
- Specialiserad vård med egna slutenvårdsplatser

Medborgarnas synpunkter

Medborgarna undrade om beredningen skulle verka för ett resursteam i Gällivare. Många vill vara sin sista tid i hemmet, men i Gällivare stänger man klockan 17. Vad säger man då åt patienten - du får ingen behandling? Samarbetet med kommunen fungerar inte bra.

Varför finns det ingen palliativ vård i Gällivare - är det på grund av resurserna? Kompetensen finns, och ett team som i Luleå är inte dyrt. Vad menar man med palliativ vård, är det lasaretsanknuten palliativ vård eller hela team?

Det finns två vårdcentraler i Gällivare och Malmberget men distriktssköterskorna slutar klockan 17. De som behöver smärtlindring efter den tiden, får dom inte dö hemma? Det är hemskt hur vi behandlar våra gamla, t ex innebär ett stopp i en kateter att patienten måste transporteras med ambulans till sjukhuset.. Smärtlindring och katetrar kan skötas i hemmet om bemanningen schemaläggs dygnet runt, idag görs detta på fritiden av sköterskorna.

Resurser och prioriteringar

Det blev många diskussioner om landstingets prioriteringar, inhyrd vårdpersonal och den lagstadgade prioriteringsordningen. ”Hur fördelar landstingets sina resurser, lyssnar man bara till de högröstade?”

Patienternas oro

Ångest kommer inte bara på dödsbädden utan långt tidigare. Man berättade om fall där patienter plågats av smärtor men nekats smärtlindring med motivet att det fanns risk för ett beroende.

Valfrihet

På frågan om man har möjlighet att välja *var* man ska få vård i livets slutskede, t ex ett Hospice i ett annat landsting, svarade Sven att man inte har den möjligheten.

Hospice: finns inte i Norrbotten idag och det nordligaste ligger i Umeå. Ett hospice måste ha ett underlag på 100 000 invånare i närområdet. De drivs ofta som stiftelser med stöd av landsting, kommun och stat, men det blir allt vanligare att kommuner startar Hospice.

Stöd till anhöriga

När man säger att alla har rätt att få vara hemma den sista tiden, förlitar sig landstinget på de anhöriga. Hur många anhöriga har kunskap och ork att sköta en sjuk anhörig under sina sista dagar? Var finns stödet för dom? var vanliga frågor.

Samverkan

”Vi har inte rätt till vård hemma idag, landstinget och kommunen måste börja samarbeta. Varför har ingen tänkt på detta tidigare? Ska de gamla i Gällivare också sitta på gatan och skrika?”

Slutord från medborgare: Vi vill skicka med er att vi vill att landstinget arbetar för att Gällivare ska få en bra palliativ vård.

Avslutande estradsamtal med frågor och synpunkter

De tre samtalsledarna ger en sammanfattning av dagens seminarier:

Samverkan med patienten i centrum - Ulf Kero:

Diskussionerna handlade till stor del om att mycket faller mellan stolarna när patienterna byter vårdgivare, och att vårdplaneringen inte fungerar i många fall. Under seminariet konstaterades att intentionerna i regeringspropositionen inte uppfylls.

Äldres hälsa - Inger Schmeidhofer:

Sociala kontakter är mycket viktiga för äldres hälsa. Både samhället och individen har ett ansvar för hälsan, men det krävs mer information om hur vi ska ta hand om vår hälsa. Föreningar skulle kunna vara en bra kanal för information. Många är oroliga över bristerna i vården, och det skapar en stor otrygghet. Tandhälsan är viktig för hälsan totalt, men den är kostsam för äldre och det är långa väntetider. En fråga var - vårdar vi för mycket istället för att främja hälsan?

Vård i livets slutskede - Mauritz Henriksson:

Deltagarna undrade om den palliativa vården kommer att förbättras i kommunen. Fördelning av resurser diskuterades också, och man undrade också om man kan välja att åka till andra landsting när man slutar sitt liv.

Övriga förtroendevalda reflekterar över dagen

Under dagen har det blivit tydligt att det finns brister i samverkan mellan landstinget och kommunen. Det finns mycket revirtänkande och man har en benägenhet att skylla på varandra. Patienten sätts inte i centrum, och det skapar många problem, inte minst i behandlingen - man ser inte helheten utan man tar bara ansvar för sin egen del av vården.

Stödet till anhöriga är oerhört viktigt. I vårdplaneringen måste man ta hänsyn till alla delar, och de anhöriga blir ofta bortglömda. De behöver mycket information för att ta hand om sina nära och kära.

Det är lätt att man vårdar för mycket istället för att tänka på hur hälsan ska bevaras. Små detaljer kan ha mycket stor betydelse, t ex kan halkmattor vara ett bra sätt att förebygga fallskador. Vi bör anpassa hjälpen till individens behov, som i exemplet vi hörde tidigare: en person som kan baka men inte orkar kavla degen ska kanske få den hjälpen. Ibland kanske vi vårdar när man istället behöver få samvaro och samtal.

Man konstaterar att det fortfarande är en lång väg att gå innan samverkan fungerar på ett bra sätt. ”Man kan leda hästen till vattnet, men inte tvinga den att dricka. Det finns stor misstänksamhet mellan parterna - låt den andre dricka först ifall vattnet skulle vara förgiftat...”

Vi måste reflektera över samverkan, från vems perspektiv? Idag är ekonomin är i centrum, om man istället sätter individen i centrum - vad händer då?

Marianne Olsson ger sina reflektioner

Marianne tyckte att det hade varit ett fantastiskt engagemang bland deltagarna, och att debattens vågor gått höga. Frågorna som diskuterats återkommer i hela landet, och det man känner igen mest är samverkansdiskussionerna.

Ansvarsfrågan är viktig - i vårdplaneringen, vårdkedjan och i bedömningen av när en patient är utskrivningsklar. Vi vet vad bristerna beror på, och det bekräftas även av det vi hört idag. Det finns ändå en vilja till förändring, nationellt vet man vikten av detta, och nu bör man gå från ord till handling. Tyvärr hörs sällan de goda exemplen - vi behöver även dela med oss av livsglädjen till varandra.

Äldres levnadsvillkor är unika i världen. Flera undersökningar visar att äldre upplever att de har bra livskvalitet. De har det bättre ekonomiskt, och i Sverige finns den tätaste kontakten mellan generationerna. Ungdomars levnadsvillkor har försämrats, men de negativa kommentarerna kommer från de äldre. Dessa anser sig lågprioriterade, trots att undersökningar visar motsatsen. Varför det är så skillnad på dessa undersökningar och det som kommit fram här idag? Har vi det så dåligt egentligen?

Synpunkter från deltagarna

Den negativa bilden de äldre ger beror på att de inte upplever så många positiva saker. Många är rädda för att hamna på institution - man är van vid vanlig mat och vill inte ha sin mat i platspåsar - och nu får man inte ens efterrätt längre. Mycket annat har försämrats, de äldre får inga hembesök, och det finns inte längre några aktiviteter för äldre. Ett mellanboende saknas. Utvecklingen har gjort att svenska pensionärer har fått det bra, men det finns alltid en fram- och en baksida. Att svenska pensionärer är nöjda och glada, är inte landstingets förtjänst, menade en av deltagarna.

Den viktigaste frågan är samverkan och att sätta patienten i centrum. När kommuner och landsting har dålig ekonomi blir det allt viktigare att göra rätt prioriteringar. Det mesta går att göra bättre med god vilja. Försämringarna började i samband med Ädelreformen, då började man slåss om ansvar och resurser.

Vad är det egentliga syftet med medicinering, är det hjälp till patienten eller är det för att döva dem? En annan åsikt var att man vill först och främst spara på åldringar och barn, medan kommunerna satsar på konserthus istället. Kultur och teater är viktigt, men vi måste satsa på svaga grupper i första hand.

Vid en sådan här konferens ska vi lyfta fram det vi är missnöjda med, självklart finns det goda exempel men de behöver inte lyftas här. Man kan dock känna sig trygg med den sjukvård man får, även om det kan finnas lokala brister, ansåg en av deltagarna.

Marianne Olsson bekräftade att man måste titta bakåt för att kunna se framåt - jämför vi äpplen med päron? Vårdplatser och sjukhusvistelser har minskat, fler kan bo hemma idag. Det var poängen med ÄDEL, att låta äldre leva som alla andra, var det rätt eller fel? En latinamerikan som sommarpratade i radion sa: "Svenskar bara klagar, det finns mycket missnöje, men det är bra med den kungliga svenska avundsjukan. Tack vare den har vi skapat ett så bra samhälle som vi har idag. Men, vi bör stanna upp och fröjdas åt det vi har lyckats med också".

Kenneth Nilsson, ordförande, avslutar dagen

Kenneth informerade om beredningens nästa uppdrag - Hälso- och sjukvården 2010 - som kommer att genomföras under 2004-2005 i en bred dialog med medborgarna och kommunerna. Resultatet ska lämnas till landstingsfullmäktige i juni 2005. Därefter kommer hälso- och sjukvårdsberedningarna att gå ut och föra dialog med medborgarna om beslutet. För att få en bra bas att stå på ska landstingsstyrelsen och beredningarna få en kunskapsuppbyggnad om landstingets förutsättningar innan arbetet startar, vilket pågår just nu.

Många av deltagarna tyckte att tiden var för knapp under seminarierna, särskilt utrymmet för kommentar, och Kenneth uppmanar deltagarna att lämna in synpunkter och frågor till beredningen i efterhand. Namn- och adressuppgifter till samtliga i beredningen finns i programbladet.

Kenneth avslutar med att tacka mötesdeltagarna, de sakkunniga och Marianne Olsson, kommunens förtroendevalda, beredningens ledamöter, media, samt landstingets tjänstemän för en lyckad sammankomst.