

## **§ 98 Bordlagd interpellation 2019:10 av Gabriel Kroon (SD) om kostnader för språktolk**

Anförande nr 1

Gabriel Kroon (SD): Herr ordförande! Vad kul att få vara den som öppnar denna intressanta dag!

Jag har ställt min interpellation till sjukvårdsregionrådet, och den handlar om utvecklingen av tolkkostnaderna inom Region Stockholm. Möjligheten till gratis språktolk har sin grund i hälso- och sjukvårdslagen, som slår fast att personer med ett annat språk än svenska alltid har rätt till tolk. Därtill stipuleras även regionens skyldighet att anpassa informationen efter individens förutsättningar och behov. Det är således lagstiftat att individer som ej kan tala eller förstå det svenska språket ska ha rätt till tolk.

I många fall kan detta vara en rimlig företeelse, exempelvis för hörselskadade, döva och dövblinda men även för individer som talar något av Sveriges fem minoritetsspråk. I dessa fall ser vi i stället att huvudfokus bör ligga på att ändra tolkstandarden från fysiska tolkar till video- och telefontolkar. På grund av det begränsade antalet distanstolkar ser vi ändå ett fortsatt högt användande av den fysiska tolken, som då sker till en högre kostnad.

Utifrån svaret kan man tyvärr konstatera att hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning inte har särredovisat tolkkostnaderna baserat på språk. Det gör att det blir svårt att dra slutsatser om delkostnader och kostnadsökningar men också hur dessa har utvecklats över tid. Av enbart kostnadsutvecklingen att döma ser vi en dramatisk kostnadsökning. Den ligger på närmare 20 procent, det vill säga en femtedel mer än under mandatperioden 2010–2014. För vilken annan verksamhet hade man godtagit en kostnadsökning på 20 procent utan att ta reda på orsakerna bakom det hela eller utan att särredovisa varifrån ökningarna härstammar?

Slutligen måste jag säga att jag blir något förvånad när man väljer att förringa en kostnad om 546 miljoner som någon promille av hälso- och sjukvårdens kostnader. Varje skattekrona räknas. Vi har personal- och kompetensbrist, och varje krona gör skillnad och påverkar vårdköerna direkt. Att då inte vilja eller kanske till och med inte våga utreda anledningen till de ökade kostnaderna framstår för mig som orimligt.

Anförande nr 2

Regionrådet Starbrink (L): Ordförande, fullmäktige! Tack för interpellationen! Jag tror att den klargör en del ideologiska skillnader eller kanske skillnader i människosyn.

Tolkning av talat språk är en viktig samhällstjänst inom hälso- och sjukvården. Den är faktiskt en förutsättning för att människor som inte kan göra sig förstådda eller själva förstå svenska språket ska kunna få adekvat hälso- och sjukvård, som ibland kan vara livräddande. Det är avgörande för patientsäkerheten att kommunikationen mellan vårdpersonal och patienter fungerar väl.

Interpellanten har ställt en rad frågor om Region Stockholms kostnader för tolktjänster. Han säger att det är att förringa kostnaderna när vi redogör för vilken andel de har av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna. Det är en märklig syn på saken. Man kan konstatera att det är ungefär 120 miljoner kronor per år av en budget på 65 miljarder. Jag överlåter matematiken åt er.

Jag menar att vi ska fortsätta erbjuda tolk av talat språk för att patienterna behöver det. Självklart förändras kostnaderna i takt med att demografin förändras och när det kommer många människor till vårt land och till vår region. Det hände till exempel 2015 i den stora flyktingkatastrofen, då så många människor drabbades av ett lidande som drev dem på flykt till Sverige. När det kommer fler som talar andra språk och inte talar svenska behövs det självfallet fler tolkinsatser. Det är inte så konstigt, tycker jag.

Det är däremot viktigt att vi använder varje skattekrona rätt. Jag menar att rätt sätt att använda dem är att göra vården så effektiv och kvalitativ som möjligt för de patienter som har behov av den.

Då är det såklart viktigt att man har tolktjänster på plats. Det kan ske genom fysiska tolkar eller distanstolkning. Jag är övertygad om att vi i närtid kommer att se en teknisk utveckling som snabbt kommer att underlätta språkhanteringen i hälso- och sjukvården genom olika digitala tjänster för dem som det fungerar för. I vissa fall kommer förstås den mänskliga tolken i rummet att behövas även i framtiden.

Detta är en rimlig ordning. Det är också en värdig ordning att vi säkerställer att den som har stort behov av vård ska kunna få det. En förutsättning för det är faktiskt att man kan kommunicera.

#### Anförande nr 3

Christine Lorne (C): Ordförande, ledamöter, åhörare! Sverigedemokraterna skriver i interpellationen att det är en nödvändig förutsättning att man lär sig svenska för att man ska kunna få ett jobb. Denna syn delar inte vi. Vi tror att det är på jobbet som man kanske faktiskt lär sig svenska allra bäst. Det är dock en helt annan diskussion. Nu talar vi om språktolkar.

Det viktiga med detta är att när man är patient och söker vård ska man kunna förstå och tillgodogöra sig en behandling. Alla som söker vård ska kunna få den bästa vården. Då ska man också kunna förstå instruktionerna, följa behandlingen och göra sig förstådd. Det handlar om både patientsäkerhet och patientens trygghet. Men det är faktiskt också en arbetsmiljöfråga för personalen. Ni är bekymrade över vad det kostar att ha tolkar, men det är ganska lätt att räkna ut vad en vård kostar där personal och patienter inte förstår varandra.

#### Anförande nr 4

Anne-Marie Strömberg (V): Jag vill beröra några andra aspekter, nämligen det behov som man som myndighetsutövare och personal också har av att få en korrekt översättning.

Tidigare jobbade jag under många år som socialarbetare i Botkyrka. Det var inte självklart att man använde tolk, utan då kunde det gå bra att använda kompisar, släktingar och ibland till och med minderåriga barn som fick översätta. Men översättningarna blev också därefter. Dels lade man ett orimligt ansvar på barn, dels kunde det bli fel. Ibland blev det totalt misslyckat. Man måste använda professionella tolkar så att allt blir rätt översatt. Personalen måste veta att patienten/klienten förstår, och patienten/klienten *måste* förstå.

Jag försöker snarare se ökade kostnader som att man i kanske ökad utsträckning nu använder tolkar och inte amatörer. Jag vill inte ha tillbaka en sådan utveckling, i synnerhet inte av kostnadsskäl. Numera finns en lagstiftning, och en tolkpolicy har utarbetats. Man får inte använda minderåriga. Behöver någon tolkhjälp ska det vara professionella tolkar som får lön. Jag har inga invändningar mot att man använder ny teknik. Det kanske kan få ned kostnaderna. Men viktigast är trots allt att patienter och läkare, sjuksköterskor och andra personalkategorier förstår varandra. Det är därför man måste ha tolkar.

För många människor tar det tid att lära sig ett nytt språk. Svenska är inget lätt språk alla gånger. Många har dålig skolutbildning, och många nyanlända flyktingar mår väldigt dåligt. Då tar det tid innan man behärskar svenska språket. Detta är en rättssäkerhetsfråga för både patienter/klienter och personal.

#### Anförande nr 5

Gabriel Kroon (SD): Även med det bristfälliga kostnadsunderlag som vi har fått i interpellationssvaret tror jag ändå att man med en dos logos kan komma till en presumtiv slutsats om vad kostnadsökningarna beror på. Att medborgare som talar de fem minoritetsspråken har ökat så pass mycket att det motsvarar 100 miljoner kronor under en mandatperiod är nog inte troligt.

I stället ser vi hur den senaste perioden har varit en tid av rekordhög asyl- och flyktinginvandring. Individer från tredjeland har kommit, och de talar inte det svenska språket och har väldigt svårt att tillgodogöra sig och lära sig det. Sjukvårdsregionrådet är lite inne på det. Vi har en gemensam uppfattning om roten till problemet.

Att det är den ökade flyktinginvandringen som har medfört detta är heller ingen direkt överraskning. Det är något som vi i Sverigedemokraterna har varnat för tidigare. Frågan nu är snarare hur vi ska stävja kostnadsutvecklingen, men också vilka incitament och vilka krav vi från det offentliga rimligen ska kunna ställa på migranter.

I dag ser vi överlag ett utbrett utanförskap. Vi ser segregation och parallellsamhällen, där individer kan bo hela sitt liv i Sverige utan att egentligen behöva lära sig ett enda ord svenska eller använda det svenska språket. Denna möjlighet förstärks dessutom genom gratis översättning och den tolkkontakt som erbjuds vid kontakter med myndigheter. Det gäller inte minst den tolkmöjlighet som erbjuds vid kontakt med sjukvården.

Något måste göras från regional nivå. Jag kan inte här säga exakt vilken lösning som bör förespråkas och som är mest ändamålsenlig och möjlig att göra för oss i regionen. Men rimligtvis kan man ändå anse att ett svenskt medborgarskap även borde förutsätta en kunskap i det svenska språket. Därmed skulle tolkanvändandet minska. Detta verkar dock inte ha skett. Tyvärr är det inte så i dag. I stället saknar individerna helt incitament att lära sig svenska. Samtidigt bevittnar vi hur våra kostnader ökar.

Här kan tilläggas att våra nordiska grannländer har olika restriktioner. Metoder finns alltså, och dessa metoder är mer utvecklade i andra länder än i Sverige.

#### Anförande nr 6

**Beata Milewicz (SD):** Herr ordförande! Det finns en sak som ingen har tagit upp här, och det gäller tidsfrågan. Hur länge har man rätt till gratis tolk? När det gäller de som är nyanlända kan de såklart inte lära sig språket på bara några månader. Men människor som har bott här i 20–30 år använder sig av tolk. Det är kanske lite för lång tid. Här skulle man tänka på vilka krav som ställs. Man borde tidsbegränsa rätten till gratis tolk.

#### Anförande nr 7

**Regionrådet Starbrink (L):** Ordförande, fullmäktige! Det är väl alldeles självklart att tolkkostnader går upp när fler människor som inte behärskar svenska kommer till vår region. Det är inget att göra några stora piruetter för. Det fattar väl vem som helst! Den flyktingvåg som kom till Sverige 2015 gör att ökade krav ställs på sjukvården att erbjuda tolk.

Jag tillhör ett parti som tycker att det vore bra om vi satsade mer på svenskundervisning redan tidigt när en människa är nyanländ i Sverige. Man ska inte behöva vänta tills en lång utredning har skett. Svenskundervisning ska erbjudas direkt. Jag och mitt parti tycker också att man ska ha språkkrav för medborgarskap. Vi borde se till att små barn som kommer hit får börja i förskolan och lära sig svenska direkt. Detta är jättebra frågor, som naturligtvis inte har någonting med Region Stockholms regelverk inom sjukvården att göra.

Om ni nu ska ställa krav och säga att det inte blir någon tolkhjälp för den som inte kan betala för sig, vilket är ett tufft besked, måste ni fundera på om ni är beredda att säga det till den patient som kommer in med cancer och behöver akut sjukvård. Det kan också gälla en kroniskt sjuk person, kanske diabetiker, som har fått komplikationer och behöver hjälp på vårdcentralen. Kanske är det en patient med njursvikt, något som kan leda till ett livshotande tillstånd, eller en patient som drabbats av en stroke. Ingen språkhjälp till dem alltså! Hur ska en sådan vård se ut? Hur ska medarbetarna i vården få rimliga sätt att kunna hjälpa dessa patienter och utföra ett gott arbete?

Det är en direkt inhuman politik som ni i Sverigedemokraterna vill föra. Detta skulle slå oerhört hårt mot människors hälsa.

Ska vi då nöja oss med det här och tycka att kostnaderna kan få skena iväg? Såklart inte. Men de metoder vi ska sänka kostnaderna genom handlar om att använda resurserna på ett klokt sätt och se teknikens utveckling och den möjlighet den ger. Självklart ska vi fortsätta arbeta för att fler ska lära sig svenska. Men ta inte ifrån svårt sjuka människor deras enda rimliga chans att få adekvat vård inom Stockholms hälso- och sjukvård!

#### Anförande nr 8

**Tove Sander (S):** Ordförande, fullmäktige, åhörare! Det här blir en debatt om hur vi ser på människor och hur vi ser på människors rätt att förstå vad som händer dem inom vården. Vi ska veta att det inte spelar någon roll om man har varit i Sverige under en månad, ett år, tio år, tjugo år eller trettio år. Det spelar ingen roll hur bra man behärskar det svenska språket. Den dag då man behöver sjukvård kan det handla om liv och död, och då tappar man det som man har lärt sig i vuxen ålder men har kvar det som man lärde sig som barn, sitt modersmål. Vi får aldrig ta ifrån människor rätten att få stöd med detta.

#### Anförande nr 9

**Bengt Larsson (V):** Detta är en djupt ideologisk fråga som skiljer egentligen hela fullmäktige från Sverigedemokraterna. Att blanda ihop språkutveckling med tolkning är ett fundamentalt fel. Språk lär man sig i olika sammanhang: i sociala sammanhang, arbetsliv, föreningsliv med mera. Att med det som bakgrund förvägra människor i utsatta situationer ett stöd i en besvärlig situation är djupt odemokratiskt ur vårt perspektiv att se detta.

Som många här har berört blev 2015 en vattendelare då vi fick många nyanlända till Sverige. Självklart gjorde det att kostnaderna drog iväg. Men blanda inte ihop den delen med andra saker såsom språkutveckling med mera!

#### Anförande nr 10

**Gabriel Kroon (SD):** Jag vill inleda med att konstatera att vi inte alls har anfört en vilja att direkt begränsa tolkanvändningen. Det vi vill göra är att lyfta upp frågan till diskussion. Helt uppenbart har utvecklingen varit ganska kraftigt, inte minst sett till kostnaderna. Utvecklingen har blivit över 20 procent över två mandatperioder. Jag undrar hur man skulle se på andra verksamheter med en sådan kostnadsutveckling. Skulle man helt nonchalant sopa det under mattan och inte vilja ta tag i frågan?

Vårt syfte här är att ta tag i frågan och lyfta upp den till diskussion. Jag är rädd att vi annars kommer att stå här under nästa mandatperiod, år 2022, och återigen se hur kostnaderna har ökat med 20 procent och än en gång inte veta hur vi ska få bukt med dem.

#### Anförande nr 11

**Lena-Karin Lifvenhjelm (SD):** Ordförande! Jag vill bara förstärka det som Gabriel har varit tydlig med i debatten. Det handlar om frågan om vilken annan kostnad som kan öka med 20 procent utan att man rödflaggar och ser över vad som kan ligga bakom det hela.

Jag upplever en respektlöshet från andra partier när de drar det till att det handlar om ingenting. Man pratar promillen hit och dit och säger att vi ska räkna själva. Det här handlar om skattemedel, och vi bör använda skattemedel där de gör mest nytta för medborgarna i regionen. Det innebär att vid kostnadsökningar som dessa bör vi se över vad vi gör och hur kan vi göra det bättre för att jobba smart med de skattemedel vi förfogar över.

#### Anförande nr 12

**Beata Milewczyk (SD):** Ordförande! Frågan i interpellationen handlade om hur vi kan se över alla dessa kostnader, inte om att någon skulle vägra ge tolkhjälp till dem som behöver det.

Någon talade om språkutveckling och tolkning. Självklart hör det ihop. Om man lär sig svenska språket behöver man såklart inte någon tolk. Om man är dement eller har någon annan åkomma är det en annan sak. Men ibland sitter man efter tio år här och talar med sin vanliga läkare med hjälp av tolk. Då går det lite för långt.

#### Anförande nr 13

**A n n e - M a r i e S t r ö m b e r g (V):** Vad skulle man då kunna göra om man vill ha ned kostnaderna? Man kan till exempel förbättra svenskundervisningen. Men en av de åtgärder som ni föreslår är att man ska betala själv. Om man inte har pengar ska man alltså bli utan vård? Eller ska man ta risken och låta en kompis översätta? Då kan det bli totalt fel, med hemska missuppfattningar som följd. Ni föreslår också ett slags tidsgräns.

Jag hörde ett bra inlägg tidigare. När man mår dåligt behärskar man kanske inte det språk som man har kunnat ett antal år. För språk gäller ofta regeln sist in, först ut. Man kan ha bott i Sverige under många år, och man kanske behärskar svenska språket. Men i och med en demenssjukdom tappar man svenskan, och då är det modersmålet som gäller. Ska dessa människor bli utan vård som straff för att de har blivit dementa?

Ni har inga lösningar. Man kan jobba långsiktigt med bättre svenskundervisning så att folk bättre kommer in i samhället och lär sig svenska bättre. Men vi kan aldrig ge avkall på rätten att få korrekt information – och det gäller både patienter och personal – när man behöver sådan hjälp.

#### Anförande nr 14

**A n n a H o r n (L):** Ordförande, ledamöter, åhörare! Vi talar här om hur länge man ska ha rätt till tolk. Men frågan handlar egentligen inte om det utan om hur länge man ska rätt till en god sjukvård. Om man inte har tolk när svenskan sviker en får man nämligen inte en god sjukvård. Man får inte *rätt* sjukvård, och man får inte den vård som andra får.

Det här handlar inte bara om sjukvård utan också om arbetsmiljö. Den som möter patienten ska kunna förstå den och kunna göra sitt jobb på rätt sätt. Då behöver man en tolk. Denna möjlighet kan inte tidsbegränsas.

Vilket uppdrag har vi som sitter här? Vårt uppdrag är att tillhandahålla god sjukvård för alla här i regionen. Uppdraget är inte svenskundervisning. Det tar andra församlingar hand om. Vi ska tillhandahålla en god vård, och det förutsätter ibland att man har en tolk.

Skulle man kunna tala så här inom rättsväsendet? Kan man där säga: ”Nej, nu har du varit i domstolen så många gånger att du inte har rätt till en tolk. Nu måste du göra dig förstådd själv.” En sådan diskussion skulle aldrig dyka upp. Den borde heller inte dyka upp inom sjukvården, som också handlar om liv och död.

#### *Ordningsfråga*

#### Anförande nr 15

**G a b r i e l K r o o n (SD):** För att det ska bli tydligt i debatten måste jag inflika att vi inte talar om att begränsa tolkanvändandet, utan vi talar om tolkkostnaderna.

#### Anförande nr 16

**R e g i o n r å d e t S t a r b r i n k (L):** Ordförande, fullmäktige, Gabriel Kroon! De frågor ni i Sverigedemokraterna ställer och den politik ni för handlar visst om att begränsa tolkanvändandet. Effekterna av de förslag som ni har skisserat innebär nämligen precis det. Människor får sämre tillgång till tolk. Visst kan du begära ordningsfråga och säga att du hade ett annat uppsåt med din interpellation, men faktum är att er politik driver i denna riktning.

Försök inte låtsas som att vi i majoriteten inte månar om kostnads kontroll och att vidta åtgärder när det behövs! När det gäller tolkar handlar sådana åtgärder inte om att hindra svårt sjuka människor att få vård. Våra åtgärder ska vara att jobba med bättre upphandlingar och bejaka teknisk utveckling som kan lösa problemen.

Finns det andra områden där kostnaderna kan stiga med 20 procent? Ja, det gör det, till exempel när det gäller medicinering. Där ser vi en enorm utveckling som räddar liv, men det ökar också kostnaderna kraftigt.

Det här är svåra frågor, men vi måste kunna hantera dem här på ett värdigt sätt.

#### Anförande nr 17

Elof Hansjons (S): Ordförande! Frågor som rör språk, nyanlända och lärandet av svenska är komplicerade. Sådant skulle vi behöva tala mer om och tillsammans reda ut.

När det gäller denna interpellation konstaterar jag dock att Sverigedemokraterna försöker dra ned dramatiken i sitt förslag och sin interpellation genom att hänvisa till kostnadsutveckling. Självklart måste vi tala om kostnadsutveckling och hur vi ska hantera den. Så här skriver de i sin interpellation: "... framför allt i kontakt med sjukvård genom språktolk. Detta är knappast något som skapar incitament för personer att lära sig svenska, vilket i längden försämrar deras möjligheter att anpassa sig till majoritetssamhället."

Vi använder inte sjukvården som ett incitament för någon att lära sig något. Vi använder sjukvården för att rädda liv. Det är det som sjukvård handlar om. Vi ska jobba stenhårt med en massa andra saker för att skapa incitament att lära sig svenska, eftersom det är viktigt. Men Sverigedemokraterna för här ett principiellt resonemang om att använda sjukvården som incitament för att lära sig svenska, vilket är ett extremt förslag. Jag förstår att många är upprörda över detta, och jag förstår också att Sverigedemokraterna direkt blir defensiva och försöker dra ned dramatiken i förslaget. Men förslaget är dramatiskt. Vi ska inte använda sjukvården som ett incitamentssystem. Vi ska använda den för att rädda liv.

#### Anförande nr 18

Regionrådet Bohlin (KD): Presidium, ledamöter, åhörare! Jag hade inte tänkt delta i debatten men kände att jag ville berätta om ett förslag som Sverigedemokraterna i går lade fram i seniorberedning. Det låg i precis samma linje. Även om Gabriel säger att detta inte handlar om kostnader är det precis vad man är inne på. I sitt förslag säger de att man måste bryta trenden av ökade kostnader för tolkar. De skriver även att de helt vill avskaffa platstolkar och expresstolkar. Om detta inte innebär att försvåra och försämra situationen för dem som behöver tolk vet jag inte vad man menar med att det inte skulle ha någon påverkan. Det vore verkligen att försvåra och försämra.

Det här skulle kunna leda till en patientsäkerhetsfråga, där patienten inte kan lita på att man är trygg i vården. Vi har ju som övergripande mål att vården ska vara säker, och då blir detta en patientsäkerhetsfråga. Jag tycker att det är anmärkningsvärt att lägga fram ett förslag som detta och ändå säga att det inte skulle påverka situationen inom sjukvården. Jag tycker också att det är en chimär när man påstår att det inte skulle handla om kostnader, för det är precis vad det gör. Det är viktigt att alla kan göra sig förstådda inom hälso- och sjukvården.

Jag känner alltså igen detta förslag i det som i går kom i seniorberedningen. Det är precis samma argumentation.

#### Anförande nr 19

Per Carlberg (SD): Ordförande, ledamöter! Det var väl så att vi avstod från platstolkar, men vi har inget emot distanstolkar.

Hela poängen är ju att vi ska spara pengar. Jag vet inte vad Ella Bohlin menade med att vi inte vill spara pengar och att pengar inte har med något att göra.

Om man kommer till Sverige måste målsättningen vara att man anpassar sig till Sverige och att man lär sig sitt värdlands språk. Det kan inte vara något jättekonstigt. Det kan inte vara extremt att man vill lära sig ett nytt språk när man kommer till ett annat land. Jag har svårt att se att det över huvud taget skulle vara något kontroversiellt med en fråga som denna.

## **§ 99 Bordlagd interpellation 2019:11 av Talla Alkurdi (S) om att återta 1177 Vårdguiden i egen regi**

Anförande nr 20

Regionrådet Alkurdi (S): Ordförande! Tack, Anna Starbrink, för svaret! Det har nu gått flera månader sedan den stora skandalen då det uppdagades att ungefär 2,7 miljoner inspelade samtal låg helt oskyddade och öppna på nätet. Detta avslöjande kom fram genom en undersökning av Computer Sweden. Det handlade om privata, känsliga samtal av olika slag. Tre regioner hade drabbats: vår region, Sörmland och Värmland. De allra flesta samtal kom från Stockholmsregionen.

De andra regionerna i vårt land hade sedan tidigare valt att 1177 Vårdguiden skulle finnas i egen regi, det vill säga det ska vara deras egna sjuksköterskor som tar samtalen. Vår region, Stockholmsregionen, valde i stället att upphandla tjänsten och hade tilldelat Medhelp avtalet. De hade en underleverantör i Thailand, och det var där de känsliga uppgifterna låg helt oskyddade.

Värmland och Sörmland agerade väldigt snabbt efter att skandalen uppdagades. Sörmland fattade kort därefter beslut om att ha 1177 Vårdguiden i egen regi. I vår region har det dock gått ganska långsamt, särskilt om man jämför med Sörmland. I april fattade man här beslut om att en extern granskning av det hela skulle göras. Vad vi nu kan se är att denna granskning kommer att pågå en bit in på sommaren. Samtidigt kommer det nya avtalet med just Medhelp att träda i kraft i september i år. Det innebär att slutsatserna av granskningen inte kommer att kunna vara till hjälp vid avgörandet om huruvida man ska häva avtalet eller inte i och med att avtalet kommer att ha trätt i kraft.

Vi socialdemokrater var emot att man skulle upphandla tjänsten 1177 Vårdguiden och såg tjänsten som en strategisk och integrerad del av sjukvården. Det är ett viktigt hänvisningsstöd, och i detta arbete ska externa entreprenörer inte ingå.

Denna upphandling skedde 2017. År 2019 kom avslöjandet om hur oskyddade samtal låg helt öppna. Man anar en viss snålhet här.

Anförande nr 21

Regionrådet Starbrink (L): Ordförande, fullmäktige! Tack, Talla, för din interpellation! Den har ju fått ligga till sig lite på grund av att den blivit bordlagd.

Det var en allvarlig händelse som upptäcktes i vintras – i februari – nämligen att uppgifter har legat tillgängliga på ett sätt som naturligtvis inte alls är acceptabelt. Direkt efter detta sattes ett stort arbete igång med olika granskningar utförda av olika aktörer. Redan i februari påbörjades förberedelserna inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen för det uppdrag som har gått till en extern granskare. Rapporten därifrån kommer vi att få tillbaka alldeles i närtid. Det stämmer alltså inte att det nya avtalet kommer att ha trätt i kraft innan vi får rapporten.

Det är naturligtvis oacceptabelt när sådant som detta händer, och vi måste skydda oss mot att det ska hända i framtiden. Gör man det bäst genom att se till att de som svarar i telefon är anställda av Region Stockholm? Det skulle inte lösa några teknikfrågor. Det finns självfallet en massa datalagring inom hälso- och sjukvården, men det är inget som vi äger och driver i egen regi. Tjänsten att svara i telefon kan man däremot tänka sig att vi skulle ta över i egen regi. Skulle det

göra tjänsten bättre? Knappast. Detta är en tjänst som fungerar väldigt väl ur det perspektiv som handlar om mötet med patienterna. Svarstiderna här är kortare än på de flesta andra håll i landet.

Kan vi då ta lätt på detta? Nej, verkligen inte! Det här är en mycket allvarlig händelse, och vi måste så långt som möjligt förhindra och säkerställa att det inte upprepas inom denna tjänst. Men det gäller förstås också för all annan sjukvård där vi lagrar data om patienterna.

Vi får väl invänta rapporten, men jag tror att en slutsats ska vara att vi måste utveckla hur vi arbetar med uppföljning av våra avtal. Det gäller inte bara utfallet för patienterna och upplevelsen de får av tjänsten, utan också hur datasäkerheten säkerställs. Vi behöver skärpa vårt sätt att arbeta med detta. Det blir naturligtvis en uppgift för hälso- och sjukvårdsnämnden.

Låt oss återkomma i en fortsatt diskussion när vi har fått rapporten. Det skulle överraska mig om den får oss att dra slutsatsen att den entreprenör som på många sätt har skött detta uppdrag väldigt väl gentemot patienterna inte skulle kunna fortsätta ha uppdraget. Naturligtvis måste det ske under förutsättning att patientdata hanteras på ett säkert sätt.

#### Anförande nr 22

**Victor Harju (S):** Ordförande, ledamöter, åhörare! Den externa utredningen kom igång väldigt sent, vilket vi beklagar. Vi har ju sett hur andra regioner har agerat, och vi har även sett andra granskningar. Det är beklagligt att vi inte ges möjlighet att dra slutsatser av utredningen och kunna fatta beslut innan det nya avtalet träder i kraft.

Jag vet att utredningen kommer att vara klar någon gång i juni, vilket vi fick veta häromdagen. Det är bra. Om den kan tas upp på hälso- och sjukvårdsnämndens möte nästa vecka vore det fantastiskt. Men det ger väldigt små förutsättningar att agera utifrån den information som har dykt upp och att i avtalet göra eventuella justeringar som vi finner är lämpliga. Vi kanske inte skulle göra några sådana, men möjligheten att göra det och att agera behöver vi som politisk församling ha. Det handlar om att över en miljon samtal från stockholmare har legat ute på nätet. Då måste det finnas en möjlighet att agera.

Jag vet att det nya avtalet ser annorlunda ut, men det tar inte bort vår skyldighet att agera gentemot medborgarna och säkerställa att framtida avtal och hantering inte riskerar att ske på samma sätt eller att vi hamnar i ett liknande läge. Det kan vi inte riktigt veta innan vi har sett den externa utredningens slutsatser.

Att säga att tjänsten per automatik skulle blir sämre om vi beslutade att driva den i egen regi är ett ganska tråkigt sätt att se på regionens förmåga att bedriva verksamhet. Snart är vi det enda landsting som inte bedriver denna tjänst i egen regi. Det säger väl någonting om helheten.

#### Anförande nr 23

**Christine Lorne (C):** Ordförande, ledamöter, åhörare! När det uppmärksammades att dessa inspelningar från 1177 låg på nätet blev vi nog alla lika chockerade och bestörta. Åtgärder vidtogs direkt, och utredning om hur detta kunde ske pågår som sagt. Men jag tror att vi alla känner ett större ansvar numera inför dessa frågor. Om inte annat hoppas jag att vi har blivit lite noggrannare med vilken sladd vi stoppar var.

Att återta 1177 i egen regi är dock inte rätt väg att gå, åtminstone inte enligt oss i Centerpartiet och koalitionen. I Region Stockholm har 1177 en svarstid på tre och en halv minut. Det är riktigt bra, framför allt om vi jämför med de regioner som har 1177 i egen regi. De har en svarstid på närmare 16 minuter. I Stockholm har vi också en lägre kostnad tack vare att vi har upphandlat tjänsten. Det kostar 78 kronor per samtal jämfört med 170 kronor per samtal i Västra Götalandsregionen. Det viktigaste är att patientnöjdheten är hög och att förtroendet för 1177 i Stockholm finns kvar.



Om man tog över detta i egen regi skulle det inte bara bli kostsamt att starta upp det hela. Med all sannolikhet skulle det också kosta mer att drifva. Varje skattekrona ska ju läggas där den gör störst nytta och där vi får riktigt bra och även riktigt mycket vård för pengarna.

#### Anförande nr 24

**Bengt Larsson (V):** Presidium, fullmäktige, åhörare! Bakgrunden till denna diskussion är naturligtvis den skandal som skett. Man kan detta ur ett organisationsperspektiv. Det finns i alla organisationer en viktig och central funktion – strategisk sådan – som man ofta eller alltid behåller i egen regi. 1177 är en sådan central ingång och strategiskt viktig del av vården. Därför är det självklart att den ska drivas i egen regi, så att man har kontroll över den.

Regionens val att upphandla telefonrådgivningen från en privat aktör försvårar utveckling. Det försvårar också en samordning med det övriga vårdssystemet. Tjänsten används och styrs på ett sätt som tar systemets resurser i anspråk på ett effektivare sätt om den kan drivas i egen regi. Den kan även vara en del av den övriga utvecklingen av vårdssystemet. De siffror som redovisas säger egentligen inget om man skulle kunna driva tjänsten på samma sätt i egen regi. Därför anser Vänsterpartiet att det här ska drivas i just egen regi. På så vis skulle vi få ett bättre resursutnyttjande men också en stärkt patientsäkerhet.

#### Anförande nr 25

**Daniel Forslund (L):** Herr ordförande! Jag blir lite bekymrad när jag hör denna debatt. Socialdemokraterna och Vänsterpartiet blandar nämligen ihop två helt olika frågor. Den ena frågan handlar om driften av 1177 Vårdguiden som tjänst. Den andra handlar om den incident som inträffade och som rörde datalagringen av tjänsten. Om man tror att man löser problemen med informationssäkerhet genom att ta hem driften av 1177 för att ha den i egen regi misstar man sig. Jag vill vara tydlig med att detta inte är någon lösning på det problem vi hade med informationssäkerheten för 1177 Vårdguiden.

Alla vårdgivare ansvarar för sin egen datalagring. Det gör vi själva i vår egenutförda verksamhet. Det gör också privata vårdgivare såsom Medhelp, Catio och andra. Det innebär att de också ansvarar för hur data ska lagras. Om vi hade haft denna tjänst i egen regi med egenanställda sjuksköterskor hade vi förmodligen ändå haft en professionell leverantör av datalagring, som hade stått för den tekniska delen. Det var där felet uppstod, inte i själva utförandet av tjänsten telefonrådgivning. Det var alltså i datalagringstjänsten som incidenten skedde. Vi ska vara tydliga med var felet fanns.

I Region Stockholm har vi varit resoluta med hur vi ska agera vad gäller informationssäkerheten. Vi har ställt väldigt strikta krav på Medhelp som utförare och vårdgivare. De har i sin tur sagt upp avtalen med dataleverantören. Vi har haft mycket dialog med de andra regioner som har använt Medhelp som utförare. De hade redan under förra året fattat beslut om att ta hem detta i egen regi. Det hade ingen koppling till incidenten.

Vi har nu också stärkt regelverk och uppföljning kring informationssäkerhet för alla vårdgivare som verkar i Stockholms län och som får sin finansiering av regionen. På regionledningskontoret finns en funktion som jobbar med informationssäkerhet, och där har man de senaste åren fått utökade resurser. Det finns en rigorös process för egentillsyn hos vårdgivarna och hur det ska anmälas till oss centralt för att vi ska kunna följa upp hur detta sker.

Den senaste tiden har vi även gjort en förstärkning för att säkerställa att vi gör en tillsyn av våra tekniska leverantörer. Det ska ställas krav i alla vårdavtal om att det slags förbindelser som vi har avseende informationssäkerheten i vården enligt den lagstiftning som finns också ska gälla för alla underleverantörer till den vårdgivare som anlitar en teknisk leverantör för datalagring. Sådana krav fanns redan i Medhelps avtal. Det är därför de själva nu driver en civilrättslig process gentemot det datalagringsföretag som orsakade problemet.

#### Anförande nr 26

Regionrådet Alkurd i (S): Jag vill ta vid där Daniel Forslund slutade. Ett tag rådde en stor okunskap om huruvida regionen hade godkänt avtalet med underleverantören eller inte. Bland annat här i fullmäktige förekom stora diskussioner om vem som skulle göra den tekniska granskningen, om det skulle vara Medhelp självt eller om någon utifrån skulle kunna tas in. Jag vill från denna talarstol inte hävda att regionen har haft eller har uppvisat särskild stringens avseende it-säkerheten. Man kunde inte vare sig i medierna eller för oss här redogöra för om man kände till om Medhelp hade en underleverantör. Sedan visade det sig att regionen hade godkänt Medhelps underleverantör.

Med detta sagt har ju alla andra landsting i landet bestämt sig för att ta hem 1177 Vårdguiden i egen regi. Sörmland gjorde det en månad efter att skandalen avslöjades. Det finns såklart en it-säkerhetsaspekt i detta, men det finns definitivt också en strategisk aspekt. Vi socialdemokrater menar att 1177 Vårdguiden är en strategisk tjänst, och av detta skäl tycker vi att den bör bedrivas i egen regi.

Några av mina första besök efter att jag kom in i HSN gick till närankuterna. En av de synpunkter de hade gällde hur 1177 skickade patienter till dem helt i onödan. Självklart finns en strategiskt viktig del att beakta i denna tjänst. Om man inte ser 1177 Vårdguiden som en strategisk tjänst kan man förstås tänka sig upphandlingar. Om man däremot ser den som en strategisk tjänst vill man ha den i egen regi.

#### Anförande nr 27

Jonas Lindberg (V): Ordförande, ledamöter! Detta är i högsta grad en strategisk tjänst. Det är ju egentligen den första nivå man ska vända sig till i vårt sjukvårdssystem. Det är här man ska kommunicera med och navigera våra patienter rätt. Att ha verksamheten outsourcad skapar väldiga friktionsproblem liksom även säkerhetsproblem, menar vi.

Jag vill bemöta lite av det som har sagts om att 1177 har fungerat väldigt väl, att svarstiden har varit god och så vidare. När detta ärende för ett år var uppe i hälso- och sjukvårdsnämnden sedan yrkade vi på att man inte skulle upphandla tjänsten. Bakgrunden var egentligen också arbetsmiljön för den vårdpersonal som jobbar på 1177 Vårdguiden. Man hade påtalat åtskilliga problem. Personalen är pressad att ta ett visst antal samtal. Om samtalen pågår för länge blir man ifrågasatt av sin chef. Inskolningen är dålig. Jag har personligen mött flera före detta kollegor som har flyttat till Thailand och jobbat för detta företag i ett halvår, men sedan har alla av dem slutat då de upplevt en mycket pressande arbetsmiljö och att man har haft väldigt lite stöd. Att göra telefonbedömningar är något av det svåraste som finns i vården. Det är verkligen inte lätt.

Jag tycker att ni lite väl enkelt försöker bortförklara varför tjänsten har lagts ut på upphandling. Det vi har skapat genom att upphandla 1177 är en kedjereaktion av olika typer av outsourcing. Först outsourcas 1177 Vårdguiden, som sedan outsourcar delar av sin verksamhet. Sedan har man fått en situation där ingen inte riktigt vet vad den andra gör, och det blir svårt att spåra ansvaret i det hela.

Ni i de blågröna partierna säger ofta att man ska lära av det privata näringslivet. Jag tycker därför att ni ska läsa vad olika säkerhetskonsulter från 2013 och framåt har skrivit i Computer Sweden om outsourcing och faran med det. Man avråder de facto företag från att outsourca viktig strategisk verksamhet som denna. Frågan är varför ni tycker att regionen ska göra det med sjukvårdstjänster. Vilka it-säkerhetskonsulter lutar ni er mot när ni föreslår en fortsatt upphandling av detta?

#### Anförande nr 28

Regionrådet Starbrink (L): Ordförande, fullmäktige! De röda partierna försöker nu göra detta till en fråga om privat eller offentlig vård. Den debatten har vi ju haft många gånger, och jag ser ingen anledning att tro att den kommer att upphöra. Men att påstå att det skulle bli effektivare i egen regi är att tala mot bättre vetande. Vi ser att vår tjänst har en kortare svarstid och att nöjdheten med den är hög. Det är bra. Vi ska fortsätta så och upphandla vård.

Jag måste dock få ställa en fråga. När ni säger att vi ska ha denna verksamhet i egen regi undrar jag vad ni menar med det. Ska de sjuksköterskor som svarar i telefon vara anställda av regionen? Det kan man tycka. Tycker ni också att tekniken, datalagringen, ska vara något som vi äger och själva hanterar i regionen? I så fall står vi inför stora förändringar. Många av våra vårdgivare, inte minst de stora sjukhusen, anlitar ju externa företag för datalagringen. Det gör även andra regioner, oavsett om sjuksköterskorna är anställda i den egna verksamheten eller inte.

Det vore en stor förändring, och jag tror inte att ni har det riktigt klart för er eller annars är ni otydliga. Ni måste ge oss besked. Vill ni att vi ska ta över hela datalagringen så att den finns i regionens regi? Det skulle vara ett sätt för oss att ha direktkontakt med den verksamheten. Men när jag lyssnar på er låter det som att det handlar om att ni vill att de sjuksköterskor som svarar i telefon ska vara anställda hos oss. På vilket sätt skulle det lösa sådana problem som det som uppstod i februari? Jag tycker att ni ska svara på detta innan ni kräver drastiska åtgärder som att stoppa en leverantör som har vunnit en upphandling. Tanken är ju att det nya avtalet ska träda i kraft till hösten.

Att dra i bromsen och säga att det inte ska träda i kraft – på lite godtycklig grund, tror jag – skulle innebära en uppstartstid på kanske 18 månader för att bygga upp själva tjänsten igen. Vad som krävs för att upphandla själva tekniken och datalagringen kan jag inte ens överblicka.

#### Anförande nr 29

L i s a R a s m u s s e n (V): Herr ordförande! Tydligen har de flesta andra regioner återtagit detta i egen regi mot bättre vetande. Det måste man anta efter det vi hörde nu.

Ja, vi blev chockerade, men vi blev inte särskilt förvånade när detta hände. Något som vi generellt har noterat när det gäller egen regi kontra att köpa tjänster är att det från borgerligt håll ofta sägs att vi inte har kompetens att ha olika verksamheter i egen regi. Men vi ser nästan alltid att det fallerar när det gäller att genomföra upphandling och följa upp den. Då drar vi i Vänsterpartiet slutsatsen att om regionen ska ha det i någon annans regi måste man kanske ha ännu mer kompetens. Man måste ju hela tiden vara väldigt noggrann med avtal, att följa upp dem och så vidare. Man ligger i så fall hela tiden steget efter.

Om regionen i stället skulle haft saker och ting i egen regi har man den egna arbetsledningsrätten och en möjlighet att hela tiden granska och rätta till fel. Det skulle gå mycket snabbare att ha det så. Dessutom har man ett större intresse av det och måste inte se efter om man är skyldig att göra något enligt ett avtal. En god affärsman eller affärskvinna gör ju det som måste göras och inget som är dyrare än vad som krävs.

Det finns många saker vi i regionen skulle kunna göra mycket bättre i egen regi. Vi behöver tydligen väldigt mycket kompetens även vid upphandling, om inte mer.

#### Anförande nr 30

V i c t o r H a r j u (S): Jag vill börja med att backa bandet. Interpellationen handlar inte bara om driftsform och egen regi eller inte, även om det blir lite som med Karthago. Man kan väl konstatera, också när man står i talarstolen, att det vore bättre om tjänsten drevs i egen regi.

Interpellationen handlar i grunden om den skandal som inträffade och om dess konsekvenser samt om hur vi har agerat i samband med skandalen. Någon företrädare sade här tidigare att åtgärder vidtogs direkt. Visst har förvaltningen försökt jobba på, men det har inte fattats några formella beslut eller vidtagits direkta åtgärder utöver att man tillsatte granskningen. Det var visserligen bra, men den kom ganska sent. Framför allt blir den klar sent, vilket gör att vi som politiker får svårt att kunna agera i en komplex fråga. Det handlar om att ha korten på bordet, ha möjlighet att agera och kunna justera i avtal eller göra något på ett annat sätt.

#### Anförande nr 31

Regionrådet N ä s s é n (M): Ordförande! Interpellationen tar upp flera olika ämnen. Men rubriken *Att återta 1177 Vårdguiden i egen regi* tycks vara ämnet för dagen. När man lyssnar till företrädare för oppositionen låter det, när vi tar upp de jämförelser som finns, som att man tycker att det är ett tråkigt sätt att se på regionens förmåga att driva verksamhet i egen regi. Vänsterpartiet anför att siffrorna egentligen inte säger någonting om skillnader i väntetid med mera. Detta sammanfattar att det bara är driftsformen det handlar om, inte vilken service patienterna får för de skattepengar de har betalat in.

Vi får väl se. Det ska bli intressant att följa när andra regioner tar över 1177 i egen regi, anställer sjuksköterskor som ju är väldigt svåra att hitta på marknaden etcetera. Den modell som Region Stockholm har valt har gett betydligt bättre service till medborgarna till kanske hälften av kostnaden. Det handlar ju om knappa resurser, vilket gör detta till en kärnfråga. Region Stockholm betalar omkring hälften av kostnaden för en bättre service jämfört med vissa andra regioner.

Långa väntetider hör också till detta. Om man får vänta för länge är risken stor att man lägger på och söker vård på fel nivå i vårdssystemet. Man söker sig till akutmottagningarna, där det blir en inströmning av fler patienter, och vi vet alla att det kan leda till stora problem. Enligt egen erfarenhet vet vi att om detta fungerar väl bidrar det till att patienter hamnar på rätt ställe. Därför är det väldigt viktigt att detta fungerar bra.

Statistiken visar att när det är hög belastning kan väntetiden vara uppemot sju gånger så lång i de regioner som har detta i egen regi. Då lägger patienterna på. Dessa fakta talar sitt eget språk, tycker jag.

#### Anförande nr 32

D a n i e l F o r s l u n d (L): Ordförande! Det är roligt att oppositionen har ett nyvunnet intresse för informationssäkerhet även om denna debatt handlar om något helt annat. Det är tråkigt att man försöker ta billiga poänger i debatten om privat vård i stället för att tala om sakfrågan, som handlar om hur vi i regionen ska hantera våra skyddsvärda data.

Precis som Anna Starbrink sade har Region Stockholms egenutförda verksamheter upphandlad datalagring hos exempelvis Tieto. De lagrar våra data, eftersom vi vet att de har en mycket högre skyddsnivå på sina data än vad vi själva kan ha. De har säkra datahallar i Stockholms län som håller en betydligt högre kvalitet på säkerhet och skydd än vad våra egna datahallar håller.

Att även ta hem datadriften i egen regi skulle inte höja säkerheten. Snarare skulle den kanske tvärtom öka riskerna i och med att Region Stockholm tyvärr inte är den mest attraktiva arbetsgivaren för en nyutexaminerad it-tekniker. Det är inte hit man vill komma, utan man vill jobba hos de stora företagen.

Därför har vi som strategi att vi när så är lämpligt använder externa aktörer. Den aktör som Medhelp hade upphandlat höll uppenbart inte de kvalitetskrav som vi vill ställa i frågor som dessa. Därför kan vi heller inte ha kvar sådana leverantörer. Här får ske en tydlig uppsyn från oss vid kommande leverantörsupphandlingar.

#### Anförande nr 33

L a r s B r y n t e s s o n (S): Jag har med intresse lyssnat till diskussionen och har verkligen försökt lyssna in vad motsättningarna och problemen i frågan är. Vi är alla upprörda av den situation som upptäcktes. Den har skapat eftertanke och olika idéer om lösningar. Det är klart att man lätt hamnar i den ideologiska låsningen om privat eller offentligt. Men det är att göra saken alldeles för enkel. Jag håller med dem som har hävdats det i debatten.

Vad vi socialdemokrater framför allt är angelägna om är att kunna gå till botten med vad som har hänt och att se till att man har handlingsalternativ som gör att vi kan hantera detta på ett ansvarsfullt sätt i framtiden. Att definitivt säga att driftsformen inte har någon betydelse och att vi i

vår region vet att vi är mycket effektivare tack vare att vi har en stor andel privata lösningar tycker jag inte är riktigt med sanningen överensstämmande.

I många avseenden har vi i regionen en mycket billigare verksamhet på grund av att vi har en större täthet. Volym ger skalfördelar. Så är det oavsett om något är offentligt eller privat. Det vet alla. Att säga att det bara skulle handla om driftsform tror jag är fel. Men en sak påverkar faktiskt driftsformen, och där ger jag Daniel helt rätt. Vi måste titta på informationssäkerheten också i efterföljande led.

Frågan uppmärksammades inte bara av oss här i regionen utan även av staten och av dem som har intresse av datasäkerhet. Det handlar om ett antal organ i vårt land. Det var på samma tema som frågan om Transportstyrelsen, som väckte liknande frågeställningar och som också krävde att man från det offentliga tar makten över situationen. Man måste skaffa sig information och ha handlingsfrihet för bra alternativ.

Då är det ett problem när man har privata entreprenörer som, när detta avslöjades, hanterar situationen genom att polisanmäla anmälaren.

Det kan inte vara rimligt att man i ambitionen att skydda sig för att inte bli ifrågasatt och granskad gör den typen av insatser.

Jag är säker på att om det hade drivits i offentlig regi, i landstingskommunal eller regionens regi, så hade inte den debatten eller de hindren uppstått. Det skapar ett problem när det gäller att få en ordentlig genomsiktighet i frågan. Det skadar trovärdigheten för de gemensamma lösningarna.

Därför håller jag med om att man inte ska gräva ned sig i vare sig den ena eller den andra driftsformsfrågan utan gå till botten med det verkliga problemet. Då måste man också vara öppen för handlingsalternativ när det gäller driftsformsfrågan, och inte gräva ned sig i något skyttegravskrig i den frågan heller.

## **§ 100 Bordlagd interpellation 2019:12 av Catarina Wahlgren (V) om suicid**

Anförande nr 34

Catarina Wahlgren (V): Ordförande, fullmäktige! Tack för svaret! Det är ett svar som andas goda intentioner.

I Vänsterpartiet har vi vid upprepade tillfällen genom historien tagit upp frågan och ställt krav på att initiativ ska tas för att förhindra suicid i regionen. Så tidigt som år 2008 skrev vi med anledning av en ny strategi för nollvision för suicid: Det är glädjande att det nu har tagits fram en strategi för arbetet med nollvision suicid i Stockholms läns landsting. Men det är förvånande att arbetet har dragit ut så mycket på tiden med tanke på att beslutet fattades redan 2006. För att lyckas med arbetet är det viktigt att inte enbart fokusera på hälso- och sjukvården utan att även involvera andra områden i landstinget, inte minst SL.

Men trots det beslut som vi fattade för ganska länge sedan ökar andelen självmord bland unga i åldrarna 15–24 år. Antalet ökade även då, 2007, enligt den skrivelse som vi då lade.

Utvecklingen har alltså inte brutits, inte förändrats trots vårt arbete och vår faktiskt gemensamma vision. Det är det som känns lite oroväckande.

Anna Starbrink nämner i sitt svar att en ny handlingsplan är på gång och ska antas av HSN under hösten år 2019. Det är ganska snart. Handlingsplanen görs utifrån en kartläggning som gjorts av NASP under 2018. Vi i Vänsterpartiet ser givetvis positivt på att det kommer en ny handlingsplan och att den nu förväntas innehålla ett bredare grepp om frågan, precis samma sak som vi alltså tog upp år 2008.

Oron gnager så klart, eftersom det inte har hänt någonting än och hur goda intentionerna än är. Vi undrar varför det kommer att hända någonting nu.

Det är likadant i nästan alla frågor när vi talar om den psykiska ohälsan. Vi pratar om köerna till BUP, vi talar om människor som hamnar mellan stolarna och som inte ligger inom någons ansvarsområde. De far mycket illa. Vi talar om suicid, om dem som lyckas och om de försök som görs. Det är en statistik som tyvärr inte finns med här i svaret.

Alla är vi överens om att det ska tas krafttag, att detta ska motas i dörren. Trots dessa krafttag och prioriteringar så ökar den psykiska ohälsan och även de lyckade självmordsförsöken bland unga. Därför fortsätter vi att känna oro.

Anförande nr 35

Regionrådet Starbrink (L): Ordförande, fullmäktige! Tack för interpellationen som rör ett mycket viktigt och tungt ämne. Att ta sitt liv ska naturligtvis aldrig behöva vara lösningen för någon människa. När människor är som skörast måste vården vara som starkast.

När vi ser att den psykiska ohälsan ökar i hela landet så innebär det ett väldigt allvarligt problem och det är en utveckling som vi måste bryta.

Interpellanten har ställt en rad frågor om hurdan utvecklingen inom suicidområdet har varit över tid. Jag hoppas att mitt skriftliga svar ska ge bra information om det, men jag skulle vilja ägna tiden här åt att tala om vilka åtgärder som görs.

När Catarina i frustration önskar att mer ska hända och säger att ingenting har hänt så tycker jag att det är ett felaktigt påstående. Det har nämligen gjorts stora insatser inom vår egen region men det har också genomförts av andra aktörer. Precis som du beskriver behöver fler delar av samhället vara aktiva på det här området. Det gäller förstas SL, det gäller trafikkontoret, det gäller kommunerna och det gäller skolan. Vi ska vara med och samarbeta i de fall då vi kan bidra från regionens sida och inte minst från hälso- och sjukvårdsnämndens sida.

Handlingsplanen från år 2011 har implementerats genom flera olika aktiviteter, bland annat har vårdprogram Suicidnära patienter och vårdprogram Suicidnära barn och ungdomar utarbetats. Regionen har också tagit fram mallar för dokumentation, det är ju viktigt att detta fungerar väl.

Till hösten kommer nästa viktiga dokument som kommer att bli styrande för hur vi ska arbeta mot suicid.

Något av det som vi har gjort under förra perioden och som jag är stolt över är att vi har gett möjlighet för skolorna att få professionell hjälp att föra samtal med eleverna inom det som kallas för YAMH, Youth Aware Of Mental Health, som är ett medvetandegörande program i skolorna för att uppmärksamma unga människor på högstadiet om psykisk ohälsa, om hur man ska agera om man själv mår dåligt eller om man vill hjälpa en kompis och hur man söker vård. Men det är faktiskt också ett sätt att identifiera och upptäcka elever som mår väldigt dåligt och på så sätt förhindra självmord.

Jag vill också nämna den psykiatriska akutmobiliteten, psykiatriambulansen, som ju under förra perioden blev ett väldigt viktigt tillskott till vården. Vi kan se att den har haft stor positiv effekt. Det är jag stolt över, och så vitt jag kan förstå får initiativet spridning till andra delar av landet. Det ska vi fortsätta med.

Vi ska förstas fortsätta att samverka och utveckla vårt arbete inom en rad områden. Jag tycker att mycket av det som du har nämnt både i din text och i ditt anförande är väl värt att ta fasta på.

#### Anförande nr 36

Susanne Nordling (MP): Fru ordförande, fullmäktigeledamöter och åhörare! Det är en väldigt viktig interpellation som du har väckt.

Arbetet med att motverka suicid är naturligtvis väldigt, väldigt angeläget för oss här i Stockholmsregionen. Den psykiska ohälsan ökar i Stockholm, särskilt bland unga. Enligt OECD, World Economic Forum och WHO kommer detta att vara den största sjukdomsörden år 2030 både från ett ekonomiskt perspektiv och när det gäller belastningen på vården.

Detta innebär att den här kostnaden inom tolv år kommer att vara större än sjukvårdsbudgeten var för år 2009. Det betyder att det är en större faktor både i vårt samhälle och vår budget än cancer, diabetes och luftvägsinfektioner sammantaget.

Att jobba med psykisk hälsa är därför angeläget under väldigt lång tid framåt, och vi måste kunna jobba preventivt. Det handlar om att rädda liv, det är det primära. Men det betyder också att vi måste förebygga, att vi måste stärka första linjen och vi måste ha kvalitetsutveckling i psykiatrins specialistvård.

I det förebyggande arbetet kommer vi inte att komma framåt ensamma. Vi måste samverka med aktörer utanför vårt ansvarsområde i regionen. Det kommer att komma någon gång 2020-2021 inom ramen för ett ärende som heter Strategi för främjande av psykisk hälsa. Arbetet pågår och under kommande år kommer det att bli färdigt.

Det handlar också om att involvera skolan, stödlinjer, informationskampanj, YAMH som Anna nämnde, men det handlar också om att se de grupper som är särskilt utsatta. Det handlar om äldre och om unga. Och vi pratar även om ofrivillig ensamhet bland äldre. Också i det fallet måste vi ha tydliga insatser riktade mot de grupperna.

En annan aspekt gäller individnivån, de suicidnära personerna. Då handlar det om specifikt vårdprogram, vårdkedjan och att se dem som personer, som individer och ta hand om dem.

Därför stärker vi första linjens psykiatri för att vi ska snabbscreena, kunna hitta människor som mår dåligt. Därför jobbar vi också tillsammans med kommunerna för att se hur vi ska kunna hjälpa personer med samsjuklighet när det gäller psykisk sjukdom och missbruksproblematik eftersom vi har gemensamt ansvar för dem.

Om vi vill ha en nollvision för suicid så behöver vi tänka i termer av bredare metoder och samverka med andra aktörer. Vi i regionen behöver ha det perspektivet i tankarna. Vi ska givetvis ta ansvar för psykiatrin och vi ska göra det utan att tappa bort frågan om samverka med andra aktörer. Vi ska inte glömma helhetsperspektivet. Suicid kommer inte från ingenstans.

Varje människa som tar sitt liv ingår i ett sammanhang. Låt oss arbeta tillsammans!

#### Anförande nr 37

Ulf Wester (SD): Ordförande, ledamöter och åhörare! Den här frågan, som ligger mig personligen varmt om hjärtat dels för att jag själv är senior, dels för att jag har vänner och bekanta som befinner sig i den åldermässigt högsta riskzonen för att avsluta sitt liv, enligt statistik från Folkhälsomyndigheten för år 2017.

För att sätta det i kontext är självmordsförekomsten bland män över 84 års ålder 47,5 procent per 100 000 invånare. Samtidigt ligger självmordsfrekvensen bland kvinnor i åldrarna 65–84 år på 7,2 procent per 100 000 invånare. Detta gäller riket i dess helhet. I Stockholms län var självmordsförekomsten bland män över 84 års ålder oroväckande 59,83 procent per 100 000 invånare under år 2017. Då kan man fråga sig varför den enormt stora skillnaden på flera hundra procent högre benägenhet till självmord existerar bland äldre män särskilt i Stockholms län.

Suicide Zero har sammanställt ett niopunktersprogram där de räknar upp generellt vanliga orsaker till självmord. Bland annat belyser de psykisk ohälsa och tillgång till medel, metoder för självmord.

Det här för mina tankar till en bekant som valde att avsluta sitt liv genom självmord. Han hade fått problem med att fritt röra på sig. Med det kom den tunga ensamheten. Snart hade han börjat fuska med maten genom att spola ned hälften av portionen i toaletten, vilket inte upptäcktes av vårdarna. Titt och tätt började han även larma personalen om upplevda smärtor, enbart för att få den korta men, ack, så viktiga kontakten. Till slut gav han upp och förmodas ha intagit en större dos av sin medicin, som han för övrigt hade tillgång till. Han blev en siffra i den statistik som jag hänvisar till i det här anförandet. En siffra.

Jag kan inte förstå varför det inte vidtagits åtgärder tidigare för att minska ensamheten och depressionen hos äldre. Varför fortsätter äldre män att bli en siffra i den bistra statistiken? Varför?

Efterkloka blev vi alla. Vad kunde vi ha gjort? Märkte vi ingenting? Det finns inget direkt svar som ursäktar vad vi inte gjorde.

Anförande nr 38

Liselott Vahermägi (S): Ordförande, fullmäktigeledamöter och åhörare! Det känns verkligen givande att få premiärtala i dag. Jag har inte stått i den här talarstolen tidigare.

Inte minst givande är det att få tala i den här viktiga frågan. Jag tycker att det här är en viktig interpellation, och jag tycker också att svaret som har getts ger en väldigt god bild av vad som sker inom det här området.

Sedan i februari är jag ny ledamot i psykiatriberedningen. På ett sammanträde tidigare i våras fick vi en mycket intressant föredragning av väldigt kunniga personer om just äldrepsykiatri. De beskrev på ett väldigt givande sätt hur komplex just äldrepsykiatri är, hur det finns fyra perspektiv i den äldres liv som verkligen samverkar och påverkar den äldre. Det handlar förstås om hur man mår somatiskt, alltså det fysiska tillståndet, men också den mentala hälsan, hur livet ser ut i socialt hänseende, men också att existentiella frågor får ta mycket plats i den äldres liv och påverkar hälsan.

Anna Starbrink framhåller i sitt anförande just detta med ensamheten, att den är en stor riskfaktor för suicid bland äldre i dagens samhälle och att samverkan behövs. Jag håller helt med dig, inte minst utifrån min tidigare erfarenhet som socialnämndens ordförande i en av kommunerna i länet. Där har jag upplevt detta.

Jag är övertygad om att vi behöver mycket, mycket mer av samverkan både mellan regionens olika verksamheter, med kommunernas äldreomsorg och även med andra aktörer i lokalsamhället.

Jag blev ganska bekymrad när professionen inom äldrepsykiatri som vi mötte beskrev att deras viktiga kunskap inte finns med i arbetet när man nu utformar uppdragen för första linjens psykiatri. Jag tror att första linjen är oerhört väsentlig när det gäller enskilda medborgare och utifrån samverkansfrågorna. Jag undrar om du har någon kommentar rörande detta, Anna.

Anförande nr 39

Marit Normasdotter (V): Fru ordförande, ledamöter, webbtittare! Det är ledsamt och allvarligt att 315 personer valde att ta sina liv år 2017. Det är 315 personer för mycket. Att många är så unga som 15 år tycker jag är helt oacceptabelt!

Att suicidförekomsten är så omfattande är väl ett stort misslyckande. En nollvision för suicid, precis som Catarina sade, antogs år 2006 i regionen och en handlingsplan presenterades år 2011. Det är bra att vi ska uppdatera den handlingsplanen, det är dags nu, det är ju åtta år sedan den antogs.



Trots detta fortsätter suicid att öka. Om vi jämför med trafiken, där det också finns en nollvision, så ser vi att det dör cirka 250 personer per år i hela Sverige!

Om vi tittar i handlingsplanen för suicidprevention så ser vi att det finns en hel del konkreta strategier. Där bland annat YAMH, Youth Aware Of Mental Health, är en av de strategier som klassas som universal prevention, alltså att det ska nå ut till hela delen av den berörda befolkningen. YAMH har visat sig ha stor evidens för att förebygga både suicidförsök och tankar, faktiskt så hög evidens att det reducerade förekomsten med 50 procent. Det är ganska bra siffror.

Det är viktigt att utöva påtryckningar på kommunerna att implementera detta. I det fallet kan vi bli mycket bättre. En annan faktor som har evidens är minskad alkoholkonsumtion. Därför håller det faktiskt inte att ha ölreklam i kollektivtrafiken. Jag blir ganska förbaskad över det så kallad ölkontraktet som det görs mycket reklam för nu på pendeltågen. Vården behöver dessutom bli mycket bättre på att screena för att upptäcka både riskbruk och missbruk av alkohol.

I preventionsstrategin enligt WHO, alltså Världshälsoorganisationen, säger de bland annat att vi behöver medvetandegöra sammanhangen mellan psykisk ohälsa, missbruk och suicid. I det sammanhanget har vården en jättestor potential att göra skillnad. Allt det här behöver förstärkas.

Anförande nr 40

Bengt Larsson (V): Presidium, fullmäktige och åhörare! Först vill jag tacka för svaret! Det finns mycket goda intentioner i svaret. Det jag dock saknar är gruppen äldre, något som har nämnts av andra talare. Det finns visserligen med i svaret men det beskrivs väldigt kortfattat.

Man tar också upp det uppdrag som hälso- och sjukvårdsförvaltningen har med att utarbeta ett stöd till primärvården för att kunna hänvisa patienter vidare. Jag undrar när det här programmet blir klart. Om man jämför vad svaret innehåller om övriga grupper så är det väldigt kortfattat.

Det är också så att man nämner kommuner och civilsamhället som viktiga samarbetspartners. När det gäller civilsamhället och föreningslivet så är det en viktig partner. Utifrån den skrivning som finns här så förväntar jag mig också att man i den översyn av bidrag som pågår i folkhälsoberedningen också se över hur man både fördelar pengar och vilka summor som man ska fördela utifrån de här strategierna.

Anförande nr 41

Ulla-Britt Öhman (C): Ordförande och åhörare! Det är en oerhört viktig fråga som Catarina har ställt i sin interpellation. När jag lyssnar på svaret och anförandena här så märker jag att vi är ganska eniga om att vi alla måste hjälpas åt.

Liberalernas svar är mycket bra, och precis som vi har sagt här tidigare så håller en handlingsplan på att utarbetas som också visar hur vi alla tillsammans måste försöka ha förebyggande insatser och tidigt hitta framför allt de ungdomar som finns i riskgrupperna. Mina erfarenheter som polis i många år stärker min uppfattning om vikten av att vi måste ha ett samhällsengagemang och god samverkan mellan olika aktörer som Polis, sjukvård, primärvård, skola, anhöriga. Det här är av yttersta vikt.

Något som jag också kan säga i det här sammanhanget när det gäller ungdomar är att förloppet går snabbt. Det går så snabbt att ni inte kan förstå det. Det kan vara fel meddelande på facebook, det kan vara fel sms. Han gjorde slut så jag hoppar. Det är det enda som man ser som lösning på problemet.

Jag undrar också om de siffrorna, Anna, när vi talar om statistik över självmord bland ungdomar. Gäller statistiken samtliga eller är det bara dem som har varit i kontakt med sjukvården innan som finns med? Aha, det är samtliga. Då är frågan hur många av dessa ungdomar som har varit i kontakt med sjukvården innan.

Ungdomar är en svår grupp. Det som sägs här om YAMH, om att vara ute i skolorna och informera om psykisk ohälsa och självmord är mycket viktigt.

Första linjens psykiatri har vi också nämnt. Det är viktigt att vi får i gång en bra och tydlig satsning i primärvårdsstrategin och att vi i hela regionen tar ansvar för dessa frågor. Det är vår politiska skyldighet tillsammans att ge ungdomar en god start i livet och en framtid att kunna lita på. Hjälpen ska finnas där tidigt och när våra ungdomar behöver den.

Anförande nr 42

Catarina Wahlgren (V): Ordförande, fullmäktige! Jag tror att vi alla är rörande eniga om intentionen, alltså att detta inte ska förekomma i vårt samhälle.

Jag har några frågor i mitt huvud efter att ha läst svaret. Både Marit och Anna Starbrink har berört arbetet som görs under förkortningen YAMH. När jag försökte söka efter det på internet så hittade jag först att det är ett projekt som ska pågå på utvalda skolor i Stockholm under åren 2015–2016. Sedan hittade jag ett dokument som säger att det här är ett projekt som pågår under åren 2016–2018. I svaret som jag får i dag står det att projektet pågår under åren 2016–2019.

Det är inget konstigt att projekt förlängs, det händer hela tiden. Men det står också att det här är en metod med stark evidens, och sedan står det att om resultaten är goda så kan det här erbjudas intresserade kommuner. Om det har stark evidens så är ju resultaten goda.

När Anna Starbrink talade lät det som om detta redan var tillgängligt för skolorna. Jag blev lite förvirrad.

Det är ett skolbaserat program, och om resultaten är goda så bör det givetvis implementeras i alla skolor i regionen, inte bara i dem där kommunen visar intresse. Förmodligen behöver vi program och metoder som kan implementeras utanför skolan. Till exempel föreslår vi i Vänsterpartiet förstärkning av ungdomsmottagningarna.

Psykiatrin behöver också förstärkas, och som Anna Starbrink skriver i sitt svar behövs det också ett bredare grepp. Det tror jag att vi alla här har varit överens om. Det betyder också att vi måste både avsätta resurser och mötesarenor för de här olika aktörerna så att de kan samverka kring de unga.

Att skapa köfria BUP-mottagningar är, som vi alla vet, inte någon tillräcklig åtgärd för att komma till rätta med utvecklingen, även om det är önskvärt att unga människor med ohälsa slipper vänta på stöd och hjälp. Detta kommer att diskuteras vidare här i dag bland annat vad det beträffar köer till barnoperationer men även väntetider inom ätstörningsvården. Den psykiska ohälsan bör jämföras med fysisk ohälsa, och när läget är akut måste också hjälpen komma akut.

Anförande nr 43

Susanne Nordling (MP): Ordförande, fullmäktigeledamöter och åhörare! Liselott Vahermägi nämner att kompetensen inom äldrepsykiatrin inte tas till vara. Inom ramen för första linjen kommer vi att jobba med 0–100 år, inte som i dag från 18 år och uppåt. Det betyder att vi behöver även äldrepsykiatrins kunskap.

Arbete har inletts med möten nu under våren, då menar jag högst två månader tillbaka. Arbetet har ännu inte kommit så jättelångt. Vi kommer att få ett resultat i början eller mitten av hösten. Då kommer vi att se hur också äldrepsykiatrins kunskap och kompetens ska kunna tas till vara.

Vi pratar alltså om ungefär en tredjedel av alla dem som vänder sig till primärvården, som kommer med psykiska besvär. Av dem som kommer med psykiska besvär är det ungefär en tredjedel som har en tydlig diagnos. Det betyder inte att andra mår mindre dåligt, men vi har heller inte en diagnos och därmed evidens för hur vi ska bistå dem. Det är ett arbete som vi måste fortsätta att utveckla inklusive för de äldre.

#### Anförande nr 44

Alfonso Morales Barrera (S): Fru ordförande och ledamöter! Tack, Catarina Wahlgren, för en mycket viktig interpellation. Suicid är något som är väldigt komplext. Det är klart att allt som görs är väldigt positivt, men tyvärr är det resultaten som räknas. Det finns otroligt många fina intentioner och också många effektiva åtgärder, men precis som Ulla-Britt Öhman nämnde är det viktigt att jobba förebyggande, och samverkan är otroligt viktig. Din frågeställning angående personer som misslyckas med att fortsätta att leva och förkortar livet är fruktansvärt för individen och för hela samhället.

Här dyker en annan frågeställning upp som vi måste analysera. Det är frågan om samverkan med andra institutioner. Att en medborgare tar livet av sig under pågående behandling är ett stort misslyckande för den psykiatriska vården. En del av dem som tar livet av sig har ingen pågående kontakt inom den psykiatriska vården, men det betyder inte att de inte har någon pågående kontakt, ingen kontakt med någon annan del av någon av samhällets institutioner, till exempel socialtjänsten, Polisen, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, idrottsorganisationer och så vidare. Vi måste studera närmare hur samverkan fungerar i dag.

Under förra mandatperioden hade vi någon form av samverkan med kommunen, det togs upp barn och unga, det togs upp elevhälsan, det togs upp äldreomsorgen, men den samverkan är borta. Vi måste analysera hur vi kan göra med det förebyggande arbetet i samverkan med andra aktörer så att det här med nollvisionen verkligen blir någonting som vi kan vara stolta över någon gång i framtiden.

Andra åtgärder som är viktiga är till exempel insatser när det gäller i öppenvården, till exempel mobila team som träffar patienten med en komplex problematik, som har suicidtankar och hjälper dem hemma helt och hållet och har tät kontakt för att förebygga att de hamnar i desperation och i en situation där de kan bestämma sig för att ta livet av sig. Jag tycker att det är ett väldigt bra svar och tyder på engagemang från Anna Starbrink i den här frågan.

#### Anförande nr 45

Ola Hägg (S): Ordförande, ledamöter! Jag tänkte att jag skulle tala lite om det som vi pratar mycket om, nämligen vad regionens beställning innehåller och vad det är som ska genomföras. Jag hade förmånen att föra en dialog med en av de ledande företrädarna för ett av de bolag som faktiskt genomför psykiatrisk vård i Stockholms län.

Jag ställde frågan: Hurdan upplever du att din beställning är? Då fick jag svaret att det finns en väg in. De får in en oerhört stor mängd remisser, det finns en oerhört stor efterfrågan på psykiatri i dag. De hinner inte ens träffa alla som skickar in remisser. Det beror på att beställningen är utformad så att det finns ett tak. Han sade också att det finns option på att göra extrainsatser, men då litar man inte på att tidsplanen håller så man törs inte gå över sitt tak.

Då ställde jag frågan: Men hur prioriterar ni då? Då var svaret att man vill göra sitt bästa. Man vill att pengarna ska arbeta på bästa vis, det är deras uppdrag. Det innebär att de som har kraftigast symptom naturligtvis får behandling först. Kraftiga symptom kan vara både depression och utagerande psykotiska symptom.

Men vad händer då med de tysta sjukdomarna? På den frågan svarade han att det naturligtvis är så att de inte kommer in. Det handlar alltså om de äldre som vi har talat om i dag, de som lider av ensamhetsproblematik och som kanske inte är så högljudda i sin efterfrågan på sjukvård.

Jag ställde också frågan som kanske ligger lite utanför dagens debatt men som handlar om även våra sjukvårdsanställda som arbetar i sjukvården. Vi har ju precis avvecklat vården vid Ersta som var ett ställe där man som sjukvårdsanställd kunde få vård om man drabbades av utbrändhet och depression. Hur ser det ut för de sjukvårdsanställda, frågade jag.

Det som hände lite tidigare var ju att ST-läkarna började bli utbrända. Han sade att det inte finns någon extra väg in för dem som är anställda.

I den här interpellationen frågas vilka åtgärder som regionledningen är beredd att vidta. Jag undrar om man ska tänka sig att ha differentierade vårdvägar in så att man snappar upp även dem som har sjukdomar men som inte uttrycker sig så högljutt. Det är egentligen den frågan som jag vill ställa till den ledande sjukvårdspolitikern i de här frågorna, Susanne Nordling.

Anförande nr 46

Catarina Wahlgren (V): Ordförande, fullmäktige! Anna Starbrink satte just upp sig på talarlistan så jag kanske kan få svar.

Anna talade tidigare lite om den psykiatriska mobila enhet som vi har. Vi i Vänsterpartiet har besökt enheten och sett att den gör ett fantastiskt jobb. Det är ju jättebra att den som står på Västerbron och tänker ta sitt liv får hjälp av sjukvårdspersonal och inte av poliser. Det kommer någon som kan hantera en människa som mår psykiskt dåligt.

Dock uppmärksammade vi att man kanske har behov av ytterligare en bil. Om man är nere i Huddinge och hjälper en patient så kan det vara svårt att vid ett larm från Hallstavik hinna dit. Precis som någon sade tidigare så går det väldigt fort när någon bestämmer sig för att ta sitt liv.

Ola talade alldeles nyss om mobila team. Som vi förstår det hela så fungerar allt olika, men det hinner jag inte tala mer om nu.

Anförande nr 47

Regionrådet Starbrink (L): Ordförande, fullmäktige! Tiden går fort när man har ordet, vi får väl fortsätta diskussionen senare.

När det gäller den här så kallade psykiatriambulansen så har den blivit något av en succé i den här verksamheten, något som verkligen stöttar och hjälper patienterna på ett väldigt fint sätt. Vi har utökat den tid som ambulansen kör, och det finns väl anledning att se om vi behöver utöka ännu mer på det här området, eventuellt med fler fordon.

Vidare är det viktigt att också veta, tycker jag, att det här är ett sätt att möta patienter i en svår situation som Polisen tidigare har skött. Nu finns den här ambulansen, men självfallet finns fortfarande Polisens insatser. Vi kommer inte att stå utan hjälp om det är långa avstånd. Det finns fortfarande ett gott samarbete med Polisen. Det här är ett område som vi ska utveckla mer.

Tidigare talare betonade frågan om att sjukvårdspersonal inte har någon särskild väg in i psykiatrin. Det stämmer inte. Vi har ju upphandlat det på nytt. Tidigare hade Ersta det uppdraget, men när det blev dags att göra en ny upphandling så vann en annan entreprenör det här avtalet. Men verksamheten, riktad specifikt till den här gruppen sjukvårdspersonal, finns fortfarande.

### **§ 101 Bordlagd interpellation 2019:13 av Talla Alkurdi (S) om vården för gravida eller nyblivna mammor som lider av psykisk ohälsa**

Anförande nr 48

Regionrådet Alkurdi (S): Ordförande! Tack, Anna Starbrink, för ett väldigt bra svar!

Med det sagt vill jag säga att den här interpellationen handlar om psykisk ohälsa hos gravida och nyblivna mammor. Det finns för närvarande stora brister inom den psykiatriska vården i Region Stockholm.

En grupp som tidigare kanske inte har uppmärksammats är just gravida och nyblivna föräldrar och deras psykiska hälsa. Trots det visar undersökningar att depression och ångestsymptom är väldigt vanliga inom just den gruppen. Mer än 14 procent lider av psykisk ohälsa, alltså 14 procent bland nyblivna mammor. En ny studie från kunskapscentrum för ätstörningar, KÅTS, vid Karolinska Institutet visar att problem med ätstörningar i den här gruppen är mer utbredda än vad vi trott

tidigare.

Av de tillfrågade kvinnorna i Stockholm led 5,3 procent av ätstörning i början av graviditeten. Siffran var 12,8 procent i den grupp som tillfrågades 6–8 månader efter förlossningen.

Förlossningsklinikerna har i dag ansvar för kvinnan upp till sju dagar efter förlossningen. Många kvinnor lämnar förlossningen redan efter två dagar, och flertalet kvinnor har inte fått kontakt med mödrahälsovården förrän flera veckor efter förlossningen.

Landstingets egen revisionsrapport redovisar en splittrad vårdkedja där dagens uppsplittrade system inte innebär att samverkan mellan mödravården och förlossningsvården sker i tillräckligt stor utsträckning och enligt de behov som finns hos nyblivna mammor. Det här riskerar så klart patientsäkerheten, och nyblivna föräldrars behov av vård vid komplikation i samband med förlossning eller exempelvis amning tillgodoses inte.

Och till detta kommer att kompetensen i frågan om ätstörningar generellt brister inom primärvården och mödrahälsovården. Det finns också risk för social ärftlighet; om exempelvis unga kvinnor visar symptom på ätstörningar så ser man ofta att mödrarna också själva har lidit av ätstörning och därför bör man sätta in behandling för dessa.

Vi socialdemokrater menar att det psykosociala stödet för nyblivna föräldrar måste förstärkas. En sammanhållen vårdkedja måste säkerställas så att man upptäcker de fall där den psykosociala ohälsan är stor.

Anförande nr 49

Regionrådet Starbrink (L): Ordförande, fullmäktige! Tack, Talla, för en viktig interpellation i ett viktigt ämne som berör många nyblivna föräldrar!

Självklart är det så att man i vår region ska erbjudas – och de allra flesta upplever också att de erbjuds – en trygg och säker vård genom graviditeten, förlossningen och den första spädbarnstiden. Självklart är det så att många unga kvinnor, men även män, är i en ganska skör situation när de har blivit föräldrar.

Det har gjorts en lång rad olika insatser. På det här området har medarbetare i vården i våra egna verksamheter och bland olika privata mödravårdsverksamheter gjort stora insatser för att utveckla vården. Det finns mycket att bygga vidare på i detta hänseende.

Vi har också från regionens sida tagit fram en hel del styrdokument på det här området för att stärka och säkerställa vården för de mammor och för de pappor som behöver ett bättre stöd. Det finns i olika former. Det är klart att det måste vara så, eftersom behoven är olika.

Jag tar fasta på det som du nämner i debatten här, Talla Alkurdi, om förlossningsklinikernas ansvar och de sju dagarna och vad som händer sedan och hur kedjan ska kunna stärkas. Jag har också förstått att det är ett område där inte minst mödravården ser ett behov av att utvecklas vidare. Det hänger också ihop, tror jag, lite grand med det amningsstöd som man kan behöva, ibland är det kopplat till svårigheter med amning. Där pågår nu också ett arbete för att se hur vi kan utarbeta en modell som kan säkerställa att alla nyblivna mammor kan få det stöd och den hjälp med amningen som de kan behöva, för att bara nämna ett exempel.

Det finns, som ni ser i svaret, en rad åtgärder och en rad viktiga verktyg att använda sig av. De utbildningsinsatser och den förstärkning av grundbemanningen i förlossningsvården och det samarbete som sker med mödravården till exempel på Huddinge sjukhus ger en stark och bra kontinuitet som jag förstår att många nyblivna föräldrar uppskattar och som lägger en god grund för att kunna stötta ännu fler i deras psykiska välbefinnande.

Anförande nr 50

Marit Normasdotter (V):

Ordförande, ledamöter, webbtittare! Tack, Talla, för en viktig interpellation! Det här handlar om en många gånger stigmatiserad och mycket sårbar grupp, alltså gravida och nyblivna mammor med psykisk ohälsa.

När man väntar barn så ska man vara lycklig, det är samhällets uppfattning. Det är av stor vikt att identifiera och ge dessa kvinnor det stöd och den hjälp som de behöver, inte minst för deras barns skull.

Det är mycket bra att barnavårdscentralerna screenar nyblivna mammor för psykisk ohälsa och kan erbjuda två stödsamtal. Det borde även barnmorskor kunna göra. Det skulle kunna vara en enklare väg till adekvat hjälp och stöd. Det är också väldigt bra att det finns tvärprofessionell samverkan mellan kommun och landsting, men det kan till en början kännas som ett stort steg att ta. Man måste veta när detta är aktuellt och om kvinnan är en låg-, medel- eller högriskpatient.

Som det nu står i det regionala vårdprogrammet om psykisk sjukdom i samband med graviditet och spädbarnsperiod så är föräldraskapet en glädje men innebär också en stor påfrestning i form av stress, sömnbrist och hormonella förändringar.

Rekommendationen är också att erbjuda kvinnor med psykisk sjukdom och funktionsnedsättning uppföljning tidigt i graviditeten. Det är där barnmorskorna kommer in i bilden för de träffar ju dessa kvinnor tidigt i graviditeten.

En annan grupp kvinnor som också många gånger ingår i den här patientgruppen är gravida kvinnor med beroende. Vi har tidigare under dagen här i salen hört att psykisk ohälsa och missbruk hänger ihop. Det finns också en god mödravårdscentral på Rosenlund för den här gruppen, men det här behöver förstärkas.

All vårdpersonal som kommer i kontakt med dessa kvinnor behöver utbildas i den här problematiken. Jag tänker mest på att vi räknar med att det finns runt 400 000 glömda barn i Sverige, det vill säga barn som växer upp med missbruk i familjen. Det här är något som samhället behöver man ta itu med och undvika att det blir så. Därför behöver man stävja den psykiska ohälsan bland gravida och nyblivna mammor, och pappor.

Anförande nr 51

Anne-Marie Strömberg (V): Tack för svaret på den här interpellationen! Det är trevligt att höra att det finns många bra saker på gång för den här riskgruppen.

En sak saknar jag ändå i det här svaret som kanske är viktigast för alla vare sig man tillhör någon av riskgrupperna eller ej, vare sig man har extrem förlossningsrädsla eller inte – det är vikten av att kunna lita på att det fungerar när det är dags att föda.

Man ska kunna lita på att det finns plats på BB när värkarbetet startar. Det ska inte vara så att man är tvingen att ringa runt till det ena sjukhuset efter det andra och höra att det är fullt överallt. Till slut kanske man får plats ganska långt hemifrån med risk att föda i bilen om man har bil. Alla gravida har inte tillgång till bil.

Man ska inte heller behöva vara orolig för att barnmorskorna har för mycket att göra så att man ska få hjälp av en stressad barnmorska som springer mellan flera patienter och kanske inte finns vid ens sida när man som bäst behöver det.

Om man är väldigt rädd och tillhör någon av riskgrupperna så blir man inte mindre orolig om man inte litar på att systemet kommer att fungera. Det kan till och med bli så att om den första förlossningen blir en väldigt obehaglig upplevelse så kan man få rädsla inför nästa. Man kanske inte ens vågar skaffa ytterligare barn.

Man måste kunna lita på att det grundläggande fungerar. Då fungerar också det förebyggande, och det är faktiskt bra för alla.

Jag hade en intressant upplevelse för några veckor sedan då jag satt med några väninnor som var jämnåriga med mig – alltså generationen som fick barn på 1970- och 80-talen – och några betydligt yngre tjejer som fått barn under den senaste tioårsperioden. Det hade funnits komplikationer i den äldre generationen också, men det var nog så att det hela var mer positivt i den äldre generationen än i den yngre. Bland dem var det mer regel än undantag att ha diverse fysiska komplikationer. Jag tror att alla hade inkontinensproblem, men så var det inte för de äldre. Det var liksom ett lite lugnare tempo på den tiden.

Man måste kunna lita på att vården fungerar, och det är bra för alla, både för riskgrupperna och för oss andra.

Anförande nr 52

Susanne Nordling (MP): Fullmäktigeledamöter och åhörare! Det är ett väldigt viktigt ämne som du tar upp, Talla. Det ska vi absolut inte sticka under stol med. Här finns fortfarande väldigt mycket att göra.

I Uppsala har de gjort en del forskning. De har tittat på screening. Det visade sig att vi inte gör det. Hur ska det då göras? Ja, det behöver inte bara ske på BVC och MVC. Det behöver faktiskt ske på sjukhuset innan föräldrarna går hem.

Genom den här forskningen har de visat att väldigt många kvinnor går in i en förlossningsdepression och i det här sammanhanget spelar depression tidigare i livet in, även om tidigare depression inte har varit kopplad till graviditet och förlossning. Dåligt stöd från partner, ängslig personlighet, svåra livshändelser samt svåra PMS-besvär har betydelse för om en person ska få en depression.

Det arbete som Uppsala har gjort, och som publicerades vid årsskiftet, är väldigt viktigt för att vi ska komma vidare i arbetet. När det gäller ätstörningar så har vår egen verksamhet här i Stockholmsregionen vid Karolinska Institutet KÄTS, studerat detta. Det visade sig att 12,8 procent av mammorna 6–8 månader efter förlossningen hade ätstörningar och hade, som forskarna uttryckte det, gått under radarn.

Vi har alltså en hel del att göra. Jag hoppas att en del av det arbete som vi också gör inom första linjens psykiatri – för att vårdcentralerna ska kunna följa de gravida och nyblivna mammorna på ett bra sätt och att man ska kunna ta emot dem där – ska kunna jobba på spetsen av sin kompetens och att de som har stora behov kan komma till dem. Det hoppas jag också ska kunna bidra till ett bättre stöd för mammorna.

Vi har också det som görs på BVC. Sedan den 1 januari i år ska BVC erbjuda två psykosociala samtal. Det får de särskild ersättning för. Även BVC kommer att ha ett tydligt arbete framöver.

En reform som jag tror att vi alla är lite fascinerade över har också bidragit till mammornas förutsättningar, och det är de dubbeldagar som finns sedan år 2012. Tidigare kunde föräldrarna ta ut tio dagar samtidigt, men nu kan de ta ut tio dagar plus 30 dagar. Detta har tydligen gett en hel del effekter. Till exempel har kvoten för det antal mammor som uppsöker specialistvård efter förlossningen har sjunkit med 14 procent. Kvoten ångstdämpande läkemedel är 26 procent lägre än tidigare, alltså sedan dubbeldagarna infördes. Användningen av antibiotika har sjunkit med 11 procent.

Det här är alltså vård till mammor. Det är oväntade effekter av att pappan kan vara med som ett stöd parallellt med att mamman är hemma när hon mår dåligt. Tydligen har vi med detta gjort en väldigt bra sak här i Sverige.

#### Anförande nr 53

Elinor Odeberg (S): Ordförande, presidium, fullmäktigeledamöter! Det här är en väldigt viktig interpellation. Jag är glad att vi får tillfälle att diskutera inte bara platsbristen i förlossningsvården och inte bara prata bristningar. – det kan lätt bli effektsökande – utan också belysa de viktiga psykosociala frågeställningar som den här interpellationen handlar om.

Det är ju så att 8–15 procent av nyblivna mödrar drabbas av förlossningsdepression. Trots det är uppföljningen efter en förlossning oftast frågan ”Hur skulle du betygsätta din förlossningsupplevelse, 1–10?”

För många är detta den fråga som rör ens psykiska status och inte mycket mer än så. Mörkertalet är alltså stort på det här området.

Det är också viktigt att se att nyblivna mödrar inte existerar i ett vacuum. Vare sig man får en klinisk diagnos eller inte så är det ju en omvälvande omställning att plötsligt bära ansvaret för ett litet liv.

Genom stärkt psykosocial eftervård kan vi alla rustas i vårt föräldraskap, men vården kan också fånga upp dem som verkligen är i behov av stöd.

Jag hade förmånen att besöka BUP mellanvård för ett par veckor sedan. De tar emot barn och föräldrar som har svåra problem medan barnen är i åldrarna 0–5 år. Personalen beskrev det som att vägen ofta är väldigt lång för de här mammorna att komma till mellanvården och att väldigt många faller mellan stolarna och hade behövt få hjälp betydligt tidigare.

Det kan handla om mammor som under flera år inte har kunnat kärlek för sitt barn. Det kan vara svårigheter att hantera barnets krav på omvårdnad och om förlossningsdepressioner som inte upptäckts eller behandlats.

Det kan också handla om svåra problem med maten. Jag tänker till exempel på det föräldrapar som många av er säkert har läst om i tidningarna. De gav sitt barn vegankost så till den milda grad att barnet höll på att svälta ihjäl. Man kan, som tidningarna, ond göra sig över veganism och så vidare, men den stora frågan borde handla om hur det är möjligt att ett sådant föräldrapar inte fångas upp av psykiatrin. Det är ju uppenbart det som det handlar om.

Detta är förvisso ett extremt exempel men det belyser ändå just hur viktigt denna verksamhet är, inte bara för kvinnorna utan också för barnens bästa och barnens möjligheter att få en trygg uppväxt.

Tack för en viktig interpellation! Jag hoppas att det här leder till att arbetet för att stärka eftervården fortsätter.

#### Anförande nr 54

Regionrådet Alkurd i (S): Tack för en bra diskussion! Tack, Susanne Nordling, för att du också framhåller det arbete som också behövs för att förstärka en mer sammanhållen vård men också en säkerställd eftervård.

Jag tror att det här är någonting som vi alla i de flesta partierna i den här fullmäktige salen värnar om. Vi kan också tillsammans säkerställa att vi får den vårdkedja som exempelvis Elinor talade om, så att mammor inte hamnar mellan stolarna, så att de som tillhör grupper med särskilt utsatta mammor eller riskerar att hamna där inte ska göra det. Det är klart att om vi lyckas med det, så sparar vi så enormt stort lidande, inte bara för föräldrarna utan särskilt för barnen, precis som Elinor Odeberg framhöll.

Med detta hoppas jag att vi få till stånd de konstruktiva samtal som innebär handling. Det ska ni alla som deltagit i debatten ha ett stort tack för!





## § 102 Frågestund

### Fråga 1

#### Anförande nr 55

Regionrådet Ullberg (S): Herr ordförande, ledamöter, åhörare! Vi i fullmäktige är regionens folkvalda, de främsta företrädarna, och fullmäktige utgör det högsta beslutande organet. Vi är medborgarnas företrädare. För att förstärka dialogen och förutsättningarna för medborgarna att få svar på sina frågor också mellan valen upplåter vi första frågan till folket.

Det har kommit in oerhört många tankar, funderingar och frågor som rör alltifrån busstrafik och Tvärförbindelse Södertörn, som är försenad och efterlängtd, till situationen i vården. Det gäller inte minst hyrpersonal och det stora varslet på Karolinska universitetssjukhuset. Både Eva och Lars har ställt frågor som handlar om just att det stora varslet på 550 medarbetare och chefer uppges ske inom administrationen.

Min fråga till dig, Irene Svenonius, blir därför: Kan du garantera att vårdpersonalen kommer att ha tillräckligt med tid för patienterna när de tvingas ägna ännu mer tid åt administration efter att dessa 550 medarbetare på Karolinska universitetssjukhuset nu varslats om uppsägning?

#### Anförande nr 56

Regionrådet Svenonius (M): Herr ordförande! Bästa Erika! Hela syftet med den åtgärd som Karolinskas ledning vidtar är att värna vården om patienterna, att se till att ha personal i vården och att banta administrationen tillbaka till den nivå som den hade 2015. År 2015 var man inom administrationen på Karolinska 550 tjänster färre.

Det är extremt viktigt att Karolinska får bukt med sina ekonomiska problem och att Karolinska har rätt personal på rätt ställe. 550 fler i byråkratin jämfört med 2015 – det är inte där vi behöver ha de anställda. Vi behöver ha dem i vården. Vi har under flera år haft problem med ett för stort antal inhyrningar. Det gäller inte minst på Karolinska och sjuksköterskorna där. Vi behöver fler fastanställda sjuksköterskor.

Jag blir därför lite förvånad över att oppositionsledaren här bekymrar sig mer över att vi minskar på administrationen och de bördor som en administration därmed kan skapa för vården. I stället borde hon kanske bekymra sig över om vi har tillräckligt med händer och fötter i vården.

Jag är otroligt tillfreds med att vi har en ledning på Karolinska som med kraft vidtar åtgärder. Vi kan nu se att det varsel som lagts i kombination med ett anställningsstopp, där hela syftet är att vi ska ha personal på rätt platser i sjukhuset, börjar ge effekt. 130 dispenser från anställningsstoppet har givits för att anställa folk. Det handlar om 130 sjuksköterskor. Väldigt mycket går alltså åt rätt håll.

#### Anförande nr 57

Regionrådet Ullberg (S): Det är roligt att notera att 500 personer ungefär är den ökning som har skett sedan ni tog över makten 2006, och det gäller enbart inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Det har bland annat skett som en följd av de många vårdval som måste följas upp, vilket har inneburit mer administration.

Som du känner till har jag varit väldigt kritisk till den nya och oprövade verksamhetsmodellen på Karolinska, som konsulterna har sjösatt. Det är den som till stor del har skapat de många chefer och de stora problem som finns. Vi får hoppas att detta nu kommer att bli bättre. Tyvärr är det långt kvar.

När man säger att man vill värna vården blir det lite problematiskt. I Sverige har vi otroligt många läkare per invånare. Men de säger att de inte har tid med patienten. Den administrativa personalen, såsom läkarsekreterare och andra funktioner, är där helt avgörande för att frigöra mer

tid för patienterna. Jag är därför lite orolig över hur man ser på det faktum att vi ska låta proffs få vara proffs om vi inte också har avlastande administratörer.

#### Anförande nr 58

Regionrådet S v e n o n i u s (M): Herr ordförande! Det är fascinerande att du, Erika Ullberg, de facto kritiserar att man minskar de administrativa bördorna på sjukhuset. Det handlar ju om att frigöra resurser till vård och att säkerställa att det framöver ska bli fler anställda på sjukhuset och att de kommer till vården. De ska utgöra händer och fötter till våra patienter.

För mig är vägen framåt att minska de administrativa pålagorna. Genom färre administratörer centralt på alla sjukhus och i Region Stockholm blir det mindre hittepå som drabbar verksamhet. Detta är otroligt viktigt. Det handlar också om att vi från denna sal ska minska pålagorna genom färre detaljerade beslut. Vi måste bygga om it-system. En uppgift ska matas in på ett enda ställe, och sedan ska den gå rakt igenom det hela. Sådant avlastar inom vården.

Vad är ditt alternativ för att få bukt med både Karolinskas ekonomi och bristen på vårdpersonal?

#### Fråga 2

#### Anförande nr 59

C a t a r i n a W a h l g r e n (V): Ordförande, fullmäktige! Sammanhållen vård och omsorg är ledord för Norrtäljemodellen och Tiohundra AB. Tiohundra AB är en stor utförare bland andra utförare av vård och omsorg i Norrtälje kommun. Samtidigt är man ett egenregialternativ som är tvunget att utföra den vård och omsorg som privata entreprenörer väljer bort.

Tiohundra startades med stora effektiviserings- och besparingskrav. Efter det har det kontinuerligt varit underfinansierat. Nu har man hamnat i ett allvarligt ekonomiskt läge där bolaget riskerar likvidering om det inte går att få ordning på finanserna inom åtta månader. Det är inte troligt att bolaget självt kan plocka hem effektiviseringar på ca 60 miljoner kronor på åtta månader.

Min fråga är därför: Är du beredd att låta Tiohundra AB gå i konkurs?

#### Anförande nr 60

Regionrådet S v e n o n i u s (M): Herr ordförande, fullmäktige! Tack för frågan, Catarina! Jag tror att det råder ett missförstånd. Det har väl aldrig varit fråga om att Tiohundra AB ska gå i konkurs? Man har gått in i något som kallas kontrollbalansräkning, som finns enligt aktiebolagslagen. Och om det egna kapitalet inte återställs inom åtta månader ska bolaget träda i likvidation. Det är inte samma sak som konkurs, om vi nu ska vara lite petiga.

Sjukhuset är otroligt värdefullt. Samarbetet över gränserna mellan det som är normalt kommunalt finansierad verksamhet och sjukvård är framgångsrikt. Region Stockholm behöver den vård som bedrivs där. Vi är väldigt nöjda med kvaliteten på den vård som ges. Hela inriktningen är att gå till botten och hitta lösningar. Därför har också det formella samråd som finns mellan huvudmännen till det kommunalförbund som finns mellan Stockholmsregionen och Norrtälje – KSON är den samrådsorganisationen – bett kommundirektör och regiondirektör att göra en genomlysning av effektivitet och styrning av hela KSON, inte bara av Tiohundra AB. Man vill säkerställa att pengarna går till rätt saker.

Här i Region Stockholm har vi exempelvis fattat beslut om att det ska göras en primärvårds-satsning. Vi har sagt att den ska gå till Tiohundra. Än så länge är den kvar i KSON. Sådana saker behöver vi titta på för att säkerställa att pengarna används på det sätt som är mest effektivt. Varken våra eller kommunens pengar får blöda bort i någon mellanliggande administration inom KSON.

#### Anförande nr 61

Catarina Wahlgren (V): Det är bra, Irene, att du förklarar lite mer hur framgångsrikt detta har varit. Jag har ju något kortare tid på mig för att säga det jag vill säga.

Vi har förstått att en utvärdering kommer att presenteras nu i veckan. I denna utvärdering ska det visst framgå huruvida det är optimalt att driva verksamheten i bolagsform. Det kan bli intressant! Ska Norrtälje kommun även bli föregångare när det gäller att låta hälso- och sjukvårdslagen och inte aktiebolagslagen styra vården? Eller har koalitionen andra planer för hela sjukvården i den norra länsdelen?

Sedan Norrtäljemodellen sjösattes 2006 har den drivits framåt av eldsjälur och engagerad personal med invånarnas stöd. Det har varit ganska kämpigt, och nu börjar även personalen inom Tiohundra, där vi kanske har den högsta kontinuiteten i hela regionen, tröttna. Det har vi inte råd med i den del av regionen som har den äldsta befolkningen, som dessutom har hög sjuklighet. Där behöver vi en stark samarbetsmodell.

#### Anförande nr 62

Regionrådet Svenonius (M): Fullmäktige! Jag känner inte till att någon utredning är klar eller ska presenteras i veckan. I så fall sitter Catarina på mer information än vad jag gör. Så småningom ska det dock komma en utredning – när arbetet är klart – som ska presenteras för det samråd som finns mellan parterna.

Jag förstår inte, Catarina, varför du och Vänsterpartiet vill skrämman upp invånarna i Norrtälje och medarbetarna i Tiohundra AB genom att tala om och basunera ut att ett konkurshot vilar över sjukhuset. Jag har själv sett att ni har skrivit insändare i lokaltidningen. Detta är ju inte sant. Jag tycker att det är djupt olyckligt. Vi vill i lugn och ro gå igenom hur det ekonomiska läget ser ut mellan KSON och Tiohundra AB för att säkerställa att allt sker så effektivt som möjligt, att pengarna går till rätt saker och att Norrtäljeborna även framöver får en god vård och omsorg. Man behöver inte bedriva skrämpropaganda.

#### Fråga 3

#### Anförande nr 63

Gabriel Kroon (SD): Herr ordförande! Under hösten förra året uppmärksammades det att en överläkare i flera år hade trakasserat en judisk läkarkollega på antisemitisk och antisionistisk grund. Det skedde mot personen direkt såväl som i sociala medier. Karolinskas internprocess i ärendehantering har minst sagt varit bristfällig. Personer som skulle utreda anklagelserna har själva anklagats för att vara jäviga. Samtidigt har den utsatte blivit utfrysad och misstrodd av ledande personer. Slutligen har även den internationella organisationen Simon Wiesenthal Center kritiserat Karolinskas hantering och placerat händelsen på listan över årets värsta antisemitiska skandaler.

I dagarna har det framkommit att Region Stockholms egen förhandlingschef har erbjudit offret pengar för att inte kritisera sjukhuset ytterligare, och därmed indirekt tystat personen. Med detta som bakgrund undrar jag om Irene Svenonius är nöjd med Region Stockholms hantering av anklagelserna om antisemitism vid en avdelning på Karolinska sjukhuset.

#### Anförande nr 64

Regionrådet Svenonius (M): Ordförande, fullmäktige, Gabriel Kroon! Låt mig vara tydlig: Antisemitism är ett gift i samhället som ska bekämpas, var det än uppstår. Vare sig det sker i Region Stockholm eller utanför Region Stockholm måste vi alla tydligt ta den kampen. Vi måste också ha en värderingsdriven organisation som omedelbart vidtar åtgärder så snart en misstanke uppkommer om att det finns antisemitism eller andra former av trakasserier mot våra anställda.

Jag anser naturligtvis att Karolinska betydligt snabbare borde ha tagit tag i denna situation. Så fort läkaren gjorde sin anmälan skulle en utredning ha gjorts och åtgärder skulle ha vidtagits utifrån en sådan utredning.

När det gäller att pengar skulle ha erbjudits från en anställd härifrån regionledningskontoret, det vill säga vår förra förhandlingschef, är det som jag har sett medieuppgifter om och som jag anar att du också har utgått ifrån inte riktigt med sanningen överensstämmande. Sjukhuset har fört samtal med den som har anmält frågan för att ge kompensation för det lidande som han har utstått och de kostnader som han har haft på grund av att sjukhuset vidtog åtgärder alldeles för sent. Det är sådana diskussioner som har förts – absolut inte att man ska försöka stoppa honom.

Vi vill tvärtom ha ökad transparens. Från och med nästa vecka kommer alla anställda och vi politiker i regionen att anonymt kunna anmäla misstankar om oegentligheter, korruption eller trakasserier via en visselblåsartjänst på nätet.

#### Anförande nr 65

G a b r i e l K r o o n (SD): Tack för svaret! Jag noterar att det är tydligt att Svenonius har tagit avstånd från antisemitismen och också uppmanat Karolinska att vidta åtgärder, säkert inte minst efter de samtal som har förts med Simon Wiesenthal Center. Som jag förstår det har dessutom även den israeliska och delvis till och med den amerikanska ambassaden varit inblandade, i alla fall i diskussionen med den judiske läkaren.

Däremot verkar det som om attityden såväl på Karolinska som hos ledande tjänstemän i Region Stockholm på något sätt har varit sådan att man verkar vilja glömma händelsen och kanske sopa den under mattan genom att erbjuda en ekonomisk kompensation. Detta har även uppmärksamrats av medierna. Självklart vet vi att uppgifter i medierna ibland kan vara motstridiga, men det är de uppgifter som vi som oppositionspolitiker har att gå på. Där framkommer vittnesmål från den judiske läkaren som blivit utsatt.

Det är positivt att man inom de arbetsrättsliga ramar som finns nu har agerat mot överläkaren. Jag vill dock slutligen säga att av allt att döma har processen hanterats bristfälligt. Jag hoppas, Irene, att du nu kommer att agera för att en utvärdering och uppföljning ska ske. Det är väldigt positivt att man inför en visselblåsarfunktion, även om den kommer lite för sent.

#### Anförande nr 66

R e g i o n r å d e t S v e n o n i u s (M): När den tillförordnade sjukhusledningen fick anmälan på sitt bord i oktober 2018 startades omedelbart en utredning. Problemet har varit att de mellanchefer som tidigare har haft detta på sitt bord inte vidtog åtgärder i tid. De larmade heller inte uppåt att denna anmälan fanns. Därför är det viktigt med nätbaserade, anonyma anmälmöjligheter. Nu kommer alla anmälningar som görs till den centrala visselblåsarfunktionen att hamna hos vår chefsjurist, HR-direktör och den regelefterlevnadschef som finns i Region Stockholm.

Låt mig också säga att jag är imponerad över hur Karolinskas sjukhusdirektör nu har vidtagit åtgärder. Han har varit glasklar med att han hade velat sparka den som har stod för denna antisemitism, men det fanns inga lagliga möjligheter. Svensk arbetsrätt satte hinder för det. Han har gjort allt han kan inom ramen för lagstiftningen.

#### Fråga 4

#### Anförande nr 67

R e g i o n r å d e t A l k u r d i (S): Förlossningsvården är pressad året runt, men under sommaren blir situationen särskilt allvarlig. I år kommer flera förlossningskliniker att införa ett listningsstopp till följd av den akuta platsbristen. Barnmorskeförbundet larmar om att många kvinnor inte kommer att få föda där de önskar. Därför ställer jag min fråga till ansvarigt regionråd. Anser du att vårdval förlossning har gett länets födande kvinnor en ökad valfrihet?

#### Anförande nr 68

Regionrådet N ä s s é n (M): Herr ordförande! Tack, Talla Alkurdi, för frågan! Generellt sett kan man nog säga att inrättandet av vårdval förlossning har bidragit positivt till valfriheten. Sett över hela året får ungefär 94 procent föda där de har önskat. Det är inte systemet i sig som vi fokuserar på, utan det är valfriheten för i detta fall den födande mamman och familjen i fråga vi vill försöka nå så långt som möjligt. 94 procent är ju ett positivt resultat utifrån det.

Man ska också komma ihåg att det finns familjer som ofrivilligt får resa utanför Stockholms län och föda eftersom det i genomsnitt föds fler barn ena dagen och färre en annan dag. Men under de senaste åren har vi tagit emot mer än dubbelt så många kvinnor som har kommit till Stockholm från andra län. Man hjälps åt över länsgränserna. Generellt har vi en väldigt hög nivå, och vi har en positiv utveckling. Sedan finns det alltid utmaningar när det gäller sommarvården.

#### Anförande nr 69

Regionrådet A l k u r d i (S): Jovisst, men faktum är att valfriheten inom förlossningsvården var större innan vårdval förlossning infördes. I Sveriges absolut rikaste region med de absolut bästa förutsättningarna inför nu flera förlossningskliniker listningsstopp.

Det är nu över tre år sedan BB Sophia lades ned. Ändå råder det fortfarande brist på förlossningsplatser. Om vårdval förlossning hade varit lösningen på bristen på förlossningsplatser skulle vi knappast ha någon brist i dag och inte heller något listningsstopp. Den vårdmarknad ni har skapat inom förlossningsvården är inte lösningen. Det kan vi alla se i dag.

#### Anförande nr 70

Regionrådet N ä s s é n (M): Herr ordförande! Man kan alltid resonera om huruvida glaset är halvfyllt eller halvtomt. Faktum är att vi håller en väldigt hög kvalitet i förlossningsvården i Stockholms län. Jag skulle nog beskriva situationen de senaste åren som något mindre pressad än vad den delvis har varit tidigare. Det finns fler resurser, fler som kan arbeta inom förlossningsvården ska utbildas och alla blivande föräldrar får välja den förlossningsklinik de vill. En väldigt hög andel får också den klinik de vill. Detta är en positiv utveckling, som vi har anledning att vara stolta över.

När jag tidigare en gång lyssnade till en debatt i Nacka kommunfullmäktige uttryckte sig en socialdemokrat ungefär på följande sätt: Väljarna väljer oss, och vi väljer åt dem. Jag tror inte att det är en syn som Talla Alkurdi står bakom, men för vår del är det familjernas rätt att välja som står i förgrunden. 94 procent är ett gott resultat, som jag tycker att vi ska vara stolta över.

#### Fråga 5

#### Anförande nr 71

J o n a s C a r l s s o n (V): Fullmäktige, åhörare, ordförande! Barnmorskor med fackliga företrädare i regionens verksamheter har under flera år varnat för personalens utsatta situation, och så även i år. Situationen påverkar förstås inte bara de födande kvinnorna i regionen negativt utan även personalen. Ständig brist på förlossningsplatser och ett ohållbart högt tempo riskerar att leda till etisk stress hos den vårdande personalen på förlossningarna. Det som gör mig orolig är att forskningen visar att etisk stress leder till ökade sjukskrivningar, att personal slutar eller att man i värsta fall helt avslutar sin tid i yrket.

Utifrån personalens situation ställer jag en fråga till Irene: Kan du säkerställa att regionen kan behålla personalen inom förlossningsvården, trots det hårt pressade läget med personalbristen?

#### Anförande nr 72

Regionrådet S v e n o n i u s (M): Herr ordförande, fullmäktige! Tack för frågan, Jonas Carlsson! Det är otroligt viktig att vi har rätt bemanning inom alla delar av sjukvården, inte minst inom förlossningsvården. Själva grundansvaret för att sköta bemanningen är naturligtvis sjukvårdsverksamheternas.

Vi i den politiska ledningen har under flera år gjort vårt yttersta för att underlätta arbetet för dem som arbetar i förlossningsvården och även för dem som har ansvar för att bemanna den. Vi har i budgeterna för både 2017 och 2018 kraftigt ökat ersättningarna till förlossningsvården, och vi ser att grundbemanningen från 2017 till i dag har gått upp med 10 procent inom just förlossningsverksamheten. Förlossningarna utgör dessutom ett positivt exempel på att det går att minska inhyrningarna i verksamheten.

Inom förlossningsvården har inhyrningarna minskat med 23 procent sedan 2017. Det är en indikator på att vi är på rätt väg när vi kan få fler att vilja vara fast anställda och har minskat beroendet av inhyrningar. Det leder i sig till en bättre ekonomi, som gör att man kan satsa på dem som redan är anställda. Därutöver fortsätter vi att satsa på kompetensutveckling genom att erbjuda sjuksköterskor som vill bli barnmorskor betald specialistutbildning.

#### Anförande nr 73

J o n a s C a r l s s o n (V): Irene! Man har gjort många fantastiskt bra insatser. Man har ökat resurserna och infört nya arbetssätt, som tycks leda till en viss ökad attraktion. Men när man frågar den personal som finns i verksamheterna och när man frågar fackliga företrädare är upplevelsen fortfarande den att det inte finns tillräckligt med barnmorskor på plats, framför allt inte inför denna sommar. De ökade resurserna har inte gett tillräcklig effekt för att säkra upp vården på förlossningarna. Det riskerar som sagt i sin tur att leda till att personal lämnar verksamheterna i stället.

Detta gör mig fortsatt orolig. Jag undrar på vilka ytterligare sätt än att tillföra pengar kan vi tänkas agera.

#### Anförande nr 74

Regionrådet S v e n o n i u s (M): Herr ordförande! Sommaren är en utmaning för akutsjukvården. Vi har nämligen en svensk semesterlagstiftning som säger att alla har rätt till en sammanhängande semester i fyra veckor. Det gör Sverige till ett unikt land. Men det gör också att hälso- och sjukvården, som förväntas ha öppet 24 timmar om dygnet sju dagar i veckan varje vecka, har det svårt. Våra fast anställda har ju rätt till sin ledighet, och detta samtidigt som vi har fler förlossningar under sommarhalvåret jämfört med övriga delen av året. Det är också därför det sker en noggrann planering av scheman och sommarvården under överinseende av Region Stockholms chefsläkare som har en tät kontakt med de sjukhus som har förlossningsverksamheter.

Låt oss kort sagt ändå glädjas över att vi har en grundbemanning som har ökat med 10 procent och att vi har minskat inhyrningarna med 23 procent. Jag tror att pengar är *ett* svar. Det andra är ledarskapet på plats. Se bara på exemplet Södertälje!

#### Fråga 6

#### Anförande nr 75

H e n r i k Å k e r l u n d (SD): Ordförande, fullmäktige, ledamöter! Sommaren är här. Den blomstertid har kommit. Men denna ljuva sommartid existerar inte på regionens sjukhus. Sommaren är för vårdpersonalen förknippad med övertidsarbete, beordrad tjänstgöring, en ständig oro och stress samt brist på personal och vårdplatser. Dessa återkommande problem berör alla regioner i Sverige. Genomgångar i hälso- och sjukvårdsnämnden ger ett tydligt intryck av att sjukvårdspersonalen, patienterna och deras anhöriga står inför en lika ansträngd sommar som under tidigare år.

3 000 vårdplatser beräknas under sommaren hållas stängda i Sverige. Region Stockholm har naturligtvis sin beskärda del av dessa stängda vårdplatser. I tidningen Dagens Medicin kunde vi 2017 läsa om kopplingen mellan vårdplatsbrist och lex Maria-anmälda dödsfall på sjukhus. I den visades att vart fjärde dödsfall kunde kopplas till antingen extrem arbetsbelastning, personalbrist eller vårdplatsbrist.

Mot bakgrund av detta har jag en fråga till berört regionråd, Anna Starbrink. Kan du garantera regionens invånare att den sjukvård som erbjuds i Region Stockholm är patientsäker, tillgänglig samt tillräcklig, även under sommarmånaderna?

Anförande nr 76

Regionrådet S t a r b r i n k (L): Ordförande! Frågan om sommarsituationen är årligen återkommande. Det beror naturligtvis på att våra medarbetare inom hälso- och sjukvården måste få sin välförtjänta semester. Vi har inte en uppsättning ny personal att ta fram ur något förråd. Därför krävs det en väldigt noggrann planering. Den är självfallet i full gång och har varit det egentligen sedan förra sommarens slut. De utvärderingar som då gjordes ligger till grund för det fortsatta arbetet.

Under sommaren lägger man i vården större fokus på akuta behov – det kan handla om skador eller sjukdomar – och annan vård som inte kan vänta. Detta är en del av planeringen. Vi vet i dag att våra närakuter finns, fungerar väl och tar emot många patienter. De avlastar därmed de stora akutsjukhusen. Våra över 200 vårdcentraler runt om i länet kommer att hålla öppet, liksom även många andra verksamheter, till exempel ASIH.

Arbetet pågår alltså för fullt. Jag skulle vilja lyfta fram betydelsen av samordning och samplanering. Jag tycker att både våra egna verksamheter och de som andra driver på vårt uppdrag blir allt bättre på detta. Det går dock inte att bortse från att sommaren är en tuff period i sjukvården för medarbetarna. Därför är det oerhört viktigt att man planerar mycket noggrant.

Förra sommaren hade vi dessutom något av en extrem situation i och med den höga värmen och den mycket höga luftfuktigheten, som ställde till det. Vi har förstås lärt oss en del av detta och har säkerställt att vi ska klara en liknande situation bättre än vad vi gjorde då.

Anförande nr 77

H e n r i k Å k e r l u n d (SD): Det är intressant att höra vad Anna Starbrink säger. Hon berättar att den styrande majoriteten ändå har vidtagit en del åtgärder för att förbättra situationen för hälso- och sjukvården i regionen. Jag tvivlar inte på att majoriteten åtminstone har försökt att planera för att vården ska fungera bättre den här sommaren. Jag tvivlar heller inte på att man har försökt att göra det också under tidigare somrar.

Men uppenbarligen och med facit i hand har det ändå inte varit tillräckligt. Därför tvivlar jag på att den sjukvård som invånarna kan förvänta sig i regionen under sommaren 2019 kommer att vara tillräckligt tillgänglig och patientsäker. Det kommer att bli kännbart för patienterna.

Anförande nr 78

Regionrådet S t a r b r i n k (L): Jag tvivlar inte på att sommaren kommer att bli tuff, så som somrar ofta är. Vi får dock efter denna sommar göra en ordentlig utvärdering och utifrån den dra nya slutsatser för hur vi ytterligare kan vässa detta.

Över tid kan jag, som har varit med ett tag här i regionen, konstatera att samarbetet mellan till exempel våra olika sjukhus och samordningen av planeringen för sommaren liksom för de stora långhelgerna, till exempel julen, blir allt bättre. Det är förstås nödvändigt eftersom vi i Stockholm liksom i övriga landet befinner oss i en tuff situation när det gäller bemanningsfrågan.



Våra medarbetare inom vården ska känna sig trygga med att de kommer att få sin välförtjänta semester, och patienterna ska känna sig trygga med att om man har behov av sjukvård ska den finnas på plats. Det är därför vi har utökat vården även utanför akutsjukhusen, som ju möter väldigt många patienters behov.

#### Fråga 7

##### Anförande nr 79

Robert Johansson (S): Herr ordförande, kära ledamöter, åhörare! Nu är sommaren här, och med den högsäsongen för vår vackra skärgård. En viktig aktör i vår skärgård, som vi är huvudman för, är Skärgårdsstiftelsen. Inom dess arbete tillgängliggörs skärgården för fler. Men under många decennier sköttes stiftelsens fastighetsförvaltning inte tillräckligt väl. Föregående vd och styrelse har gjort ett utmärkt arbete genom att ta tag i det myller av kompiskontrakt som har gjort att resurserna till underhåll inte har varit tillräckliga. Nuvarande vd och styrelse har börjat arbeta av underhållsskulden. Regionen har under perioden 2015–2019 lagt ett extra underhållsstöd till stiftelsen för detta ändamål.

Det finns enligt vår bild dock ett fortsatt behov av att under de kommande åren komma i kapp för att skapa stabilitet för stiftelsen. Vi måste visa uthållighet under ytterligare ett antal år för att stiftelsen sedan ska klara dessa åtaganden själv.

Med anledning av detta vill jag fråga skärgårdsregionrådet Gustav Hemming: Är du beredd att under de kommande åren fortsätta förstärka det ekonomiska stödet till Skärgårdsstiftelsen med ett riktat underhållsbidrag?

##### Anförande nr 80

Regionrådet Hemming (S): Tack för frågan om denna angelägna verksamhet! Till att börja med måste jag rätta dig. Skärgården har *alltid* högsäsong, och skärgården är vackrast på vintern.

I din fråga ligger två frågor. Det handlar dels om ökade anslag, dels om anslagen ska ha formen av ett särskilt underhållsbidrag. Svaret är förstås: Ja, jag är angelägen om att Skärgårdsstiftelsen ska ha bra förutsättningar att sköta sitt viktiga och svåra uppdrag. Jag vill också att ett flerårsavtal ska tas fram och att det har formen av just ett flerårigt avtal. Vi kan nu se att den modell som vi lanserade 2015 har varit framgångsrik. Vi gav fem års planeringsförutsättningar och ökade resurserna kraftigt. Vi tillförde då ett 14-procentigt ökat driftsbidrag, och detta har, med en värdesäkring, sedan ökat med ytterligare 10 procent. Därtill har vi gett 108 miljoner kronor i investeringspengar för dessa fem år. Fram till 2019 innebär det sammanlagt en ökning med 83 procent. Detta har skett mot ett villkor om att stiftelsen skulle arbeta för att öka sina egna intäkter.

Detta innebär jätteutmaningar. Fastighetsbestånden är stora. Det vi fick överflyttat från Stockholms stad 1998, när den nya stiftelsen bildades, hade väldigt stora underhållsskulder. Det här är alltså inte helt lätt. Men ledningen har faktiskt ökat de egna intäkterna mer än i enlighet med det avtal som vi har skrivit.

Min ambition är att vi nu ska ha en dialog med stiftelsen om hur ett nytt avtal bör se ut. Den exakta nivån måste förstås fastställas i skärningspunkten mellan stiftelsens behov och regionens ekonomiska förutsättningar. Det är precis som för all annan verksamhet. Men med nuvarande ledning har jag förtroende för att förändringsarbetet kommer att fortsätta och att varje krona kommer att användas väl för att långsiktigt öka intäkter och minska kostnader.

##### Anförande nr 81

Robert Johansson (S): Tack för svaret! Det är glädjande att höra detta. Jag tror att det därmed finns stora möjligheter att nå konsensus mellan majoritet och opposition i frågan. Jag hoppas att även vi från vår sida av salen bjuds in till en sådan dialog.

Även jag har ett stort förtroende för den styrelse och den ledning som finns för stiftelsen. Men i och med min bakgrund inom fastighetsbranschen ser jag att det också kommer att behövas extra resurser. Som du själv säger handlar det om ett stort bestånd, som dessutom innefattar ett stort antal trähus. Trähus kräver mer underhåll än vad sten- eller betonghus gör. Jag tror också att man skulle kunna göra som inom kultursidan så att Skärgårdsstiftelsen som motprestation ska göra insatser som är riktade till barn och unga. Det är dock min personliga tanke.

Jag hoppas som sagt att vi bjuds in till en dialog, och jag är glad över att höra ett svar i positiv anda.

#### Anförande nr 82

Regionrådet H e m m i n g (C): Jag är också glad över att höra att Socialdemokraterna delar det engagemang som ledningen har. Jag vill ändå passa på och understryka historiken. När man lade samman stiftelsen 1998 gav man kanske lite väl glättiga förutsättningar. Man såg inte det oerhörda underhållsbehov som redan fanns i Stockholms stads fastigheter och som då lades in i stiftelsen. I stiftelsens stadga har man dessutom gjort det svårt att finansiera investeringar genom exempelvis försäljningar av fastigheter som man inte har något bruk för. Det går helt enkelt inte att göra sådana.

Nu gäller det att vi ser till att Skärgårdsstiftelsen har förutsättningar för att satsa så att man bli mer självbärande. Den nuvarande ledningen med vd och styrelse gör ett väldigt bra jobb. Det vill jag att alla ska veta. De överträffar faktiskt de krav som ställts i flerårsavtalet.

#### Fråga 8

##### Anförande nr 83

C a t a r i n a W a h l g r e n (V): Ordförande, fullmäktige! Hösten 2017 stod 500 barn i kö till operation på NKS, och då hade kön ökat med 60 procent på ett år. Ett och ett halvt år senare har köerna ökat med ytterligare 100 procent. Då räknar jag inte med de 1 700 som de facto står i kö utan bara de 950 som NKS självt menar står i ofrivillig kö. Detta är en dyster utveckling. Nyligen har NKS också kritiserats av Sahlgrenska för att man för tidigt skickar hem barn som opererats på NKS genom det nya högspecialiserade uppdraget inom rikssjukvården.

Svante Norgren på NKS säger att köerna har ökat sedan flytten till de nya lokalerna. Två faktorer påverkar detta. Det handlar om operationskapacitet med tillgång till salar, utrustning, bemanning samt antalet slutenvårdsplatser. Även de uppmärksammade problemen med sterilcentralen har påverkat det här.

Är du nöjd med att 1 700 barn står i kö för operation på NKS?

##### Anförande nr 84

Regionrådet S t a r b r i n k (L): Ordförande! Tack, Catarina, för din fråga! Varje barn som står i kö på grund av platsbrist är förstas ett barn för mycket. Men låt mig förtydliga det hela.

Du säger att 1 700 barn står i kö. Den siffran måste vi titta lite närmare på för att veta hur det egentligen ligger till. 285 patienter har väntat längre än 90 dagar. Av dem har ca 55 en bokad operationstid. I dag finns 750 barn i så kallad medicinskt vald väntan. Det handlar alltså om barn som måste vänta tills de har uppnått rätt ålder för att en operation ska kunna genomföras eller att man av någon annan anledning, till exempel skolgången, vill avvakta med en operation. Ett barn kan dessutom vara för sjukt för att just nu kunna opereras. Detta betyder att kön i dag har ungefär 950 patienter, inklusive de patienter som är inplanerade för operation. Av dessa har cirka en tredjedel väntat längre än 90 dagar. Så ser fakta ut vad gäller detta.

Frågan borde därför kanske vara om jag då är nöjd med det här. Nej, det är jag inte, för varje barn som väntar utöver vårdgarantins tid är ett barn för mycket. Stora insatser måste naturligtvis sättas in, och det görs också från sjukhusets sida. Jag besökte själv Karolinska sjukhuset nyligen och

diskuterade situationen inom barnsjukvården. Det finns en oro över framför allt bristen på vårdplatser. Ett intensivt arbete pågår för att lösa detta, eftersom vården av dessa barn självfallet måste vara så säker som möjligt.

Vi får dock också positiva signaler. Jag vet att de arbetar hårt på Karolinska med denna situation. Som finansregionrådet nämnde signaleras det nu från Karolinska att det pågående rekryteringsläget kanske lättar något. Man bedömer att man har 130 nya sjuksköterskor på väg in på sjukhuset. Det är naturligtvis värdefullt även för barnsjukvården.

#### Anförande nr 85

Catarina Wahlgren (V): Oavsett vilka siffror vi använder har kön ökat. Väntan på operation drabbar barn kraftigt. Det handlar ju om att de växer och att deras kroppar riskerar ytterligare skador och smärtor om de inte får sina operationer i tid.

Jag vet att man på Karolinska gör ett hårt arbete. För att hinna i kapp opererar man numera både på somrarna, vilket man inte tidigare gjorde på grund av infektionsrisken, och nattetid, har jag läst i artiklar. Det är ändå oroväckande att det sjukhus som ska vara världsledande inte riktigt klarar av sitt uppdrag. Vi värnar om personalen och patienterna, och vi vill ge detta sjukhus förutsättningar att kunna fungera som det är tänkt.

Vänsterpartiet har också lämnat in en interpellation på nationell nivå. Vi ställer där frågor om huruvida ansvarig minister är beredd att gå in i detta och se det som en nationell fråga och då kalla till sig ledningen för Region Stockholm.

Den senaste uppgiften jag har säger att 12 av 28 platser är öppna på barnkirurgen. Är du nöjd med det?

#### Anförande nr 86

Regionrådet Starbrink (L): Nu tycker jag att du försöker vifta bort den där siffran. När vi talar om hur sjukvården ser ut tycker jag att det är viktigt att vi inte använder felaktiga siffror. Du påstod att 1 700 barn står i kö, som om det bara var en kö, och det stämmer alltså inte. Det finns många faktorer som behöver brytas ned.

Som jag sade är jag naturligtvis ändå inte nöjd med den situation som råder. Det kan väl ingen vara. Det finns brist på vårdplatser och vårdpersonal, och därför får barn ibland stå för länge i kö. Det är förstås inte acceptabelt. Sjukhuset gör dock stora insatser och kommer att fortsätta göra det. Det handlar om att kunna hjälpa barn i Stockholm, men det är också ett viktigt sjukhus för barn från andra delar av landet. Sjukhuset måste självklart prioritera de områden där man är ensamutförare.

Du nämnde Sahlgrenskas kritik. Vi ska återkomma till det. Först behöver vi självfallet få det mer belyst. Men det finns olika bilder av denna kritik, och jag vill inte att den ska stå oemotsagd här. Detta behöver redas ut närmare.

#### Fråga 9

#### Anförande nr 87

Lars Bryntesson (S): Ordförande! Vi har ju tidigare diskuterat denna fråga lite övergripande, Anna. Jag kommer tillbaka till den nu, och den kommer säkert att återkomma även framöver. Frågan om idéburet offentligt partnerskap och möjligheten att underlätta för också idéburna aktörer att vara resurs och bidra till vår hälso- och sjukvård är viktig. Vi förenas genom att vi både är angelägna om alternativa driftsformer och vill ha en mångfald inom hälso- och sjukvården. Vi måste tillgodose behoven på ett bra sätt och uppmuntra engagemang för detta.

Det som har legat bakom en viss tveksamhet från majoritetens sida har varit en oklarhet beroende på den utredning som arbetar. Den börjar nu närma sig ett resultat. När regionfullmäktige sammanträder nästa gång, efter sommarlovet, är det bara ett par månader kvar till december då utredningen ska lägga fram det betänkande som innebär att man ska klarlägga det juridiska utrymmet för IOP.

Min fråga till dig är följande: Är du beredd att mot bakgrund av utredningen stödja en utveckling av idéburna organisationers möjligheter att genom IOP-överenskommelser bidra till Stockholmsregionens hälso- och sjukvård?

Anförande nr 88

Regionrådet **Starkbrink (L)**: Ordförande, fullmäktige! Tack, Lars, för din fråga! Jag är en varm anhängare av mångfald i vården. Jag vill gärna se såväl regionens egendrivna verksamheter som privata verksamheter, och jag vill också se den idéburna sektorn som en stark aktör i Stockholms hälso- och sjukvård. Jag bejakar detta väldigt starkt.

Vi ska värna den idé- och utvecklingskraft som finns hos entreprenörer av olika slag, inte minst de idéburna. Under min tid som ordförande i hälso- och sjukvårdsnämnden har vi inlett ett första IOP-samarbete. Jag tycker att detta är en spännande väg som jag gärna vill vandra vidare på.

Vi behöver ett bättre underlag för våra kommande beslut. Det finns en rättslig prövning, som jag tror att vi har diskuterat tidigare även i denna sal. Det handlar om det så kallade Alingsåsmålet. Alingsås kommun har tecknat ett slags IOP-avtal med Bräcke diakoni om äldreomsorg. Man har blivit fälld för det och får betala en konkurrensskadeavgift på 5 miljoner. Detta är nu överklagat och har prövats i en högre instans, och såvitt jag vet har man överklagat på nytt. Det är alltså en lång följetong.

Detta kommer naturligtvis att påverka våra möjligheter. Vi vill verkligen samarbeta mer med den idéburna verksamheten, men självklart på ett juridiskt hållbart sätt. Jag hoppas verkligen att den utredning som du refererar till ska kunna ge oss fler svar på hur vi ska hantera detta.

Vi ska dock inte vänta till december då vi får läsa vad utredningen förslår. Redan nu pågår ett arbete för att förstärka samverkan med den idéburna sektorn. På hälso- och sjukvårdsnämndens kommande sammanträde ska vi ta ett steg på vägen. Vi har fört en dialog med Famna, som organiserar de idéburna verksamheterna inom vård och omsorg, och vi behöver fortsätta fördjupa vår samverkan. Flera steg kommer nu att tas vid nämndens sammanträde. Men vi är inte färdiga med det, utan vi behöver mötas ytterligare för att utveckla området.

Anförande nr 89

**Lars Bryntesson (S)**: Anna! Låt mig verkligen understryka att jag uppskattar att när du talar om mångfald nämner de tre kategorierna: offentlig sektors egendrivna vård och omsorg, den privata sektorn i form av privata företag och den idéburna sektorn i form av den verksamhet som drivs av organisationer som varken är privata företag eller offentligt driven vård och omsorg. Det är precis detta det handlar om, nämligen förmågan att se tre sektorer och därmed också se behovet av att ha tre olika normsystem för att hantera dessa.

Du säger att det redan finns initiativ för detta. Det uppskattar jag verkligen och följer det med stort intresse. När vi senast diskuterade detta var Alingsåsdomen något som kastade en skugga över frågan. Av de mellan 200 och 300 IOP som finns i landet, varav Konkurrensverket har granskat ett tiotal, är detta den enda IOP-verksamhet där man har gått från att tidigare ha haft en konkurrensupphandling till att göra ett IOP. Man hade alltså redan konkurrensupphandlat Bräcke. Det här är ett extremt undantag. Tyvärr har det blivit det som dominerar diskussionen, eftersom det är det enda fall som provas.

Utredningen tittar på det legala utrymmet och ska föreslå riktlinjer om kriterier och andra tillämpbara instrument. Det är alltså legalt möjligt. Låt oss under hösten ha en bra beredskap, så att vi, när detta blir tydliggjort, kan gå vidare. Tack för ditt svar!

#### Anförande nr 90

Regionrådet *Starbrink* (S): Det stämmer att Alingsåsdomen berör en specifik situation. Men den påminner om en del av de situationer som vi kanske skulle vilja gå vidare med när det gäller samverkan med den ideella sektorn för att erbjuda vård i den formen. Det är det som gör att den är viktig för oss att följa. Det handlar alltså om verksamhet som redan är upphandlad för hälso- och sjukvård och där det finns en fungerande marknad. Som jag tolkar domen finns det i dessa fall ingen möjlighet att ha ett IOP. Detta är dock bara ett område. Vi kan säkert hitta andra. Det har vi redan gjort när det gäller Ericastiftelsen.

Lagstiftningen är dock lite begränsad. Därför hoppas jag mycket på den här utredningen. I den bästa av världar hade vi i Sverige en ordning där man kunde göra undantag från LOU för idéburna organisationer. Jag är inte helt säker på att utredningen har ett sådant mod, men vi kan väl tillsammans hoppas på det.

#### Fråga 10

#### Anförande nr 91

Conny Fogelström (S): Herr ordförande! Den 27 maj i år beslutade Förvaltningsrätten i Stockholm i de fyra första av ett flertal mål att upphäva den begränsning av antalet fritidsresor som färdtjänstnämnden har infört. Förvaltningsrätten finner i domen att individuella och överklagbara beslut har fattats för varje klagande genom det informationsbrev som nämnden har skickat ut och inte genom ett politiskt beslut, som nämnden har gjort gällande. Rätten finner även att färdtjänstnämnden inte har visat att det har funnits förutsättningar att begränsa klagandens färdtjänsttillstånd. Besluten har därför upphävts, vilket innebär att klagandena fortfarande har rätt till ett obegränsat antal resor. Det hela handlar alltså om rullstolstaxi.

Jag vill därför fråga regionrådet: Anser du som ansvarigt regionråd att förvaltningsrättens dom innebär att färdtjänstnämnden bör tänka om vad gäller begränsningen av antalet fritidsresor med rullstolstaxi?

#### Anförande nr 92

Regionrådet *Bohlin* (KD): Ordförande, presidium, ledamöter, åhörare! Jag tackar Conny för frågan! Jag vill börja med att påminna om att detta är en pågående rättsprocess och att vi ännu inte har sett slutet. Vi kan nog vänta oss en resa i denna fråga. Vår förvaltning kommer enligt gällande delegation att överklaga till en högre instans.

Jag tycker också att vi ska backa ett steg och påminna oss om varför denna begränsning kom till. Vi hade en situation där ett fåtal personer tyvärr hade åkt för över 20 miljoner kronor under ett mindre antal år. Vi menar att det är viktigt att det finns en möjlighet för oss att hålla oss inom budgetramar, därför är principen viktig att vi kan göra begränsningar och fatta beslut om resor. Det gäller inte bara att göra begränsningar utan också att kunna utöka tilldelningen. Vi har till exempel höjt resetilldelningen för färdtjänstresenärer från 198 till 216 fritidsresor.

Jag är väl medveten om att frågan gällde rullstolstaxi, men begränsningen till 500 resor rör inte jobbresor. Ingen som har fått denna begränsning kan därför på något sätt begränsas i sin yrkesutövning eller förhindras att komma till sitt arbete. Det gäller heller inte sjukresor. Ingen som är patient kommer att gå miste om vårdmöten eller andra viktiga tider i vården för att träffa läkare och få behandling. Detta gäller alltså det fria antal resor som vi hade tidigare men som vi satte en begränsning för.

Det här är som sagt en pågående rättsprocess, och det kommer att bli ett överklagande. Det korta svaret på din fråga är dock nej. Jag finner inte i dagsläget att det är tid att ompröva beslutet. Vi måste påminna oss om hur det har varit historiskt sett, och det är också viktigt att detta sker på ett rättssäkert och transparent sätt. Ingen som har ett arbete kommer att begränsas när det gäller att komma till det eller när man behöver göra en sjukresa.

#### Anförande nr 93

Conny Fogelström (S): Herr ordförande! Tack, Ella Bohlin, för svaret! Jag vill dock rätta dig på ett sätt. Det stämmer mycket väl att färdtjänstnämnden, eller den tidigare färdtjänstberedningen, gav förvaltningen i uppdrag att granska tio enskilda fall, där det hade varit ett extremt stort utnyttjande. Man talar ibland om missbruk. Men detta var ett ärende som levde sitt eget liv. Begränsningen till 500 resor infördes i samband med ett budgetbeslut inför 2019 års budget. Då var den andra beredningen inte färdig. Dessa saker hänger alltså bara delvis ihop, och kompletterar inte varandra exakt.

Jag fick svar på min följdfråga om huruvida detta ska överklagas, vilket du säger att det ska. Mig veterligen har färdtjänstnämnden inte fattat något sådant beslut än. Nämnden träffas på torsdag, och jag utgår från att ett sådant beslut då kommer att fattas.

Det finns alltid en risk med att överklaga ett sådant beslut. Det går till kammarrätten, och domen därifrån är prejudicerande. Det handlar om 12 000 resenärer som nyttjar färdtjänsttaxi. Det här kan bli som att öppna Pandoras ask. Ha med det i beräkningen!

#### Anförande nr 94

Regionrådet Bohlin (KD): Jag vill återigen påminna om att vi har principen att nämnderna kan se till att hålla de budgetramar som fullmäktige har satt för oss. Därmed menar vi att vi har möjlighet och rätt att fatta beslut om tilldelning av resor. Nu får vi dock följa rättsprocessen. Jag vet att förvaltningsrätten har kommit med en första dom, men detta är den första av fyra. Processen kommer nog att pågå en tid. Vi har ännu inte sett facit.

Naturligtvis är det mycket viktigt att människor kan ta sig till sina arbeten och till viktiga möten inom vården. Vi menar att det inte sker några begränsningar där. Vi har dessutom utökat antalet fritidsresor från 198 till 216. Det upplever jag att oppositionen också har varit förespråkare för. Man kan tänka sig det omvända, det vill säga att ett sådant beslut överklagas. Jag tror dock inte att det skulle hända. Det är viktigt att vi i enlighet med de budgetramar som fullmäktige har satt fattar beslut så att vi också kan hålla budgeten.

### *Prisutdelning – Region Stockholms miljöpris för år 2019*

#### Anförande nr 95

Anton Fendert (MP): Ordförande, ledamöter och åhörare! I dag är det dags att för sjätte året i rad tillkännage årets vinnare av miljöpriset. Priset delas ut för att uppmärksamma och sprida goda idéer inom våra verksamheter och hur de arbetar med miljöfrågorna.

Det är en stor ära för mig att som ordförande i miljö- och hållbarhetsberedningen få dela ut tre priser i dag. Medarbetarna har nominerat många fantastiska bidrag till årets tävling. Bland alla nomineringar lyser ett stort engagemang, en nyfikenhet, en envishet och en vilja att förbättra. Precis som tidigare år har det varit ett stort intresse kring miljöpriset, och många har också röstat. Jag vill därför uppmuntra alla här i salen som inte redan gjort det att gå in på miljöpriset.se och ta del av alla bidragen.

Tre priser ska, som sagt, delas ut i dag. En sakkunnig jury har bedömt alla nomineringar, och i stor konkurrens beslutade sedan en enig miljö- och hållbarhetsberedning i april om vinnare av miljöpriset samt om priset till årets eldsjäl.

Vi kommer även att dela ut ett hederspris. Det delas ut till det bidrag som fått flest röster på miljöpriset.se. Jag tänkte att vi inleder med att dela ut hederspriset, alltså det bidrag som fått flest röster.

2019 års hederspris går till Julia Pérez Castro. Hon är avdelningsassistent på Karolinska universitetssjukhuset. Julia Pérez Castro är en inspirerande medarbetare som dagligen sedan många år tillbaka bidrar till en bättre miljö. Tack vare henne har till exempel sorteringen av miljöfarligt avfall blivit betydligt bättre, användningen av engångsartiklar, såsom pappersmuggar och värmetröjor, har minskat betydligt. Också sorteringen i personalmatsalen och i patientköken har förbättrats eftersom Julia finns på plats och ser till att allt blir rätt. Hon hjälper avdelningen att nå dess miljömål och utför sitt arbete på ett exceptionellt sätt.

En varm applåd och ett stort grattis till Julia!

Anförande nr 96

Julia Pérez Castro: Jag vill tacka alla som röstade på mig, framför allt på Karolinska i Huddinge som jag tillhör. Vi kommer att fortsätta jobba ännu hårdare på samma sätt som vi gjort hittills. Tack så väldigt mycket för priset!

Anförande nr 97

Anton Fendert (MP): Det andra priset som ska tillkännages i dag gäller årets eldsjäl. Utmärkelsen delas ut till en eller flera personer som med engagemang, kreativitet och uthållighet utvecklar och driver miljöarbetet på ett sätt som inspirerar både den egna verksamheten och andra verksamheter.

Priset som årets eldsjäl går till Bodil Johansson som är miljösamordnare på trafikförvaltningen. Bodil har tillsammans med kollegorna i Team Miljö med outtröttlig energi och engagemang drivit ett miljöförbättrande arbete i projektet Program Roslagsbanans Utbyggnad. Projektet omfattar alla delar i trafiksystemet såsom fordon, depå, stationer, spårutbyggnad, säkerhetshöjande åtgärder och bullerskydd. Miljöperspektivet har funnits med i samtliga dessa delar. Arbetet har skett under lång tid, i alla frågor, och omfattar allt från klimatarbete till konsekvenser för naturmiljö och ekosystem. Projektet bidrar till att uppfylla flera delar av Region Stockholms miljömål, alltifrån nya byggmaterial och solceller på miljöhus till salamanderhotell, insektshotell och faunapassager för grod- och kräldjur, allt för att bevara och skydda nyckelbiotoper. Klimatnyttan med projektet beräknas till 15 000 ton koldioxid per år. Miljöåtgärderna har också lett till en förbättrad arbetsmiljö.

Både juryn och beredningen är väldigt imponerade av detta arbete, och därför vill vi ge en stor applåd till Bodil Johansson.

Anförande nr 98

Bodil Johansson: Ett stort tack för den här fina utmärkelsen! Jag är så glad, och det kommer att ge mig mer fart och mycket energi till att fortsätta att kämpa och lobba för miljöfrågorna. Att Region Stockholm delar ut pris på miljö- och hållbarhetsområdet är positivt och viktigt. Det visar på vikten av miljöarbetet och att insatser behövs.

Det finns en rad fantastiska människor som jag skulle vilja tacka. Här kommer ett urval.

Jag vill tacka Maria Vollmer, Christine Brådenmark och Mikaela Lindberg som alla är del av Team Miljö inom Roslagsbanans Utbyggnad. Utan er skulle detta inte ha varit möjligt. Ni är smarta, kompetenta, duktiga, och tillsammans har vi skapat ett bra miljöarbete.

Sedan vill jag rikta ett stort tack till ledningen för Roslagsbanans Utbyggnad, framför allt till vår programledare Anders Lindroth. Det finns ett stöd, det finns en förståelse, det finns en vilja uppifrån, och det gör att vi får gehör och genomslagskraft för miljöfrågorna.

Jag vill rikta ett särskilt tack till Sektion Hållbar Utveckling på trafikförvaltningen, med Stefan Wallin i spetsen, samt till Johanna Hörstedt, som är miljö- och arbetsmiljöstrateg för investeringsprojekten. Centralt på trafikförvaltningen finns kunniga och proffsiga medarbetare, och de ger oss ute i projektverksamheten ett ovärderligt expertstöd, vilket vi verkligen behöver.

Ett särskilt varmt tack vill jag rikta till Maria Røjvall, som står bakom den här fina nomineringen. Maria är en person som är engagerad och driven, och jag skulle säga att hon förtjänar priset som årets eldsjäl. Just i år blev det inte så, Maria, men det kommer.

Jag vill också tacka min mamma Rakel. Hon har alltid varit en miljökampe och är en stor och kreativ inspirationskälla för mig. Jag passar också på att tacka min pappa, som lärt mig att vara självständig, lösningsorienterad och att inte ge upp.

Slutligen tackar jag min *soulmate* Roland, som står ut med en spretig och intensiv idéspruta. Du och barnen Svea och Sture är mitt hjärtas fröjd och glädje, och det är tack vare er som jag varje dag vill kämpa ännu mer för att försöka genomföra miljöförbättringar för en hållbar framtid.

Låt mig också ta tillfället i akt och rekommendera er alla att ta en tur med Roslagsbanan. Det är en fantastisk del av SL:s imponerande kollektivtrafik. Och glöm inte att det är klimatsmart att åka kollektivt. Tack så mycket!

#### Anförande nr 99

**Anton Fendert (MP):** Därmed är det dags att dela ut det sista priset i dag, nämligen miljöpriset. Priset går till det bidrag som bäst uppfyller kriterierna för innovation, teknikutveckling eller nytänkande. Det ska vara applicerbart inom fler verksamheter, och arbetsättet, metoden eller produkten ska bidra till att Region Stockholm når sina miljömål.

Prissumman på 20 000 kronor ska användas till att sprida idén vidare inom våra verksamheter.

2019 års vinnare av Region Stockholms miljöpris är Södersjukhusets nya måltidskoncept för patienten och för miljön. Södersjukhusets nya måltidskoncept har resulterat i en minskning av matsvinnet med 70 procent jämfört med tidigare måltidssystem samt ökat andelen ekologiska livsmedel. Transporterna har minskat. Matavfallet omhändertas och processas till biogas.

Personalen arbetar aktivt med att minska miljöpåverkan genom att anpassa menyerna efter säsong. Måltiderna lagas från grunden av högkvalitativa råvaror i det egna köket och levereras dagligen till avdelningarna. Dessutom har en app utvecklats som effektiviserat hela kedjan från lager till vårdavdelning. Måltidsansvariga finns på varje avdelning, vilket är en viktig del i arbetet kring måltiden. Det höjer kvaliteten, ökar patientsäkerheten och avlastar vårdpersonalen.

Valfriheten för patienterna är i dag större än tidigare. Dessutom är patienterna i dag enligt den senaste enkätundersökningen mer nöjda med maten än tidigare. Det är alltså ett mycket lyckat koncept som med fördel kommer att kunna spridas till liknande verksamheter och därmed skapa stor nytta för miljö, hälsa, patienter och personal.

Priset delas ut till sektionerna Facility Management och Måltidsservice på Södersjukhuset och tas emot av Linda Hagdahl och Håkan Lundholm, Södersjukhuset. Dessutom har vi en pokal som lämnas över av förra årets vinnare, Vårdbolaget Tiohundra, i dag representerat av Niclas Gerdsling. En stor applåd till vinnarna!

#### Anförande nr 100

**Linda Hagdahl:** Tack så mycket! Vi är verkligen jättegglada över detta pris. Det ligger mycket hårt arbete bakom och vi är otroligt stolta över det koncept som vi tagit fram. Vi har verkligen lagt stor vikt vid minskad miljö- och klimatpåverkan samtidigt som vi skapat ett flexibelt koncept med goda och näringsrika måltider anpassade för våra patienter på sjukhuset, alltså bättre anpassade för deras behov.



Måltiden är en jätteviktig del i patientens tillfrisknande och är för många av våra patienter dagens höjdpunkt. Vi har regelbundet patienter som hör av sig, vill ha recept och ger oss beröm för våra goda måltider, vilket förstås är roligt.

Men vi har inte bara nöjda patienter utan vi har också, som det sades tidigare, med vårt nya koncept minskat matsvinnet med över 70 procent, från mer än 90 ton till 21 ton. Det är alltså en enorm minskning.

Det finns många att tacka som varit involverade i projektet. Låt mig nämna några. Först vill vi förstås tacka Södersjukhusets ledning. Vi vill också tacka vår miljösamordnare Birgitta för nomineringen och för att vara ett viktigt bollplank. Vi vill tacka vår bästa chef Lena för hennes hårda arbete och engagemang i projektet. Men framför allt vill vi tacka alla som jobbar med måltider på Södersjukhuset, alltifrån våra måltidsvärdar i avdelningsköken till våra kollegor och medarbetare vid måltidsservice, de som lagar maten. Tack så mycket!

Anförande nr 101

**A n t o n F e n d e r t** (MP): Ett stort grattis till alla tre vinnare! Jag vill också tacka årets vinnare och alla medarbetare för deras stora engagemang i miljöarbetet. Det här har varit mitt första år i miljö- och hållbarhetsberedningen, och det har varit fantastiskt att se hur våra medarbetare jobbar med våra väldigt ambitiösa och utmanande miljömål. Det är det stora engagemanget hos medarbetarna som gör att vi kan nå, och kommer att nå, alla de högt uppsatta mål som vi har i den här regionen. Ett stort tack!

## **§ 105 Fastställande av dagar för regionfullmäktiges sammanträden år 2020**

Anförande nr 102

**R e g i o n r å d e t U l l b e r g** (S): Fru ordförande! Jag vill yrka bifall till det som ska anses vara ett tilläggsförslag från regionstyrelsen. Vi menar att vi har en del utmaningar i regionfullmäktige när vi har väldigt långa dagordningar och tiden inte riktigt räcker till, framför allt inte till de saker som är oppositionens verktyg för att granska och föra dialog, exempelvis våra interpellationer. Vi har suttit här och njutit av varandras sällskap under många sena kvällar och varken tiden eller tålmodet har alltid räckt till.

Vi finner att det vore bra om vi till exempel den 21 april lade in ett extra fullmäktigesammanträde. Det kan ordföranden givetvis ställa in om det saknas ärenden. Vi vet att det är helt omöjligt att med kort varsel lägga till ett sammanträde så därför hellre ett för mycket i planeringen som kan tas bort om det mot förmodan skulle saknas ärenden.

Jag yrkar bifall till det förslaget.

Anförande nr 103

**C a t a r i n a W a h l g r e n** (V): Ordförande, fullmäktige! Jag vill instämma i det som Erika sade. Även vi yrkar bifall till det tilläggsförslaget.

Anförande nr 104

**R e g i o n r å d e t S v e n o n i u s** (M): Fru ordförande! Jag yrkar bifall till regionstyrelsens förslag.

## § 108 Bordlagd motion 2018:20 av Elinor Odeberg (S) om anonymiserade ansökningar

Anförande nr 105

Elinor Odeberg (S): Jag satt beredd till kl. 22 förra gången och därför känns det bra att nu få inleda motionsdebatten. Om det är någon gång som uttrycket många bäckar små är giltigt så är det i arbetet för ökad jämställdhet. Här i regionen finns mycket vi kan göra på det området, både på arbetsgivarområdet och i samband med våra anslagsgivningar, som den här motionen handlar om.

Varje år tilldelar regionen anslag till forskning, utveckling och innovation inom såväl sjukvård som trafik och kultur. En av de fonder jag under förra mandatperioden hade förmånen att jobba med i innovationsberedningen var Innovationsfonden. Sedan 2015 tilldelar fonden anslag till medarbetare inom regionen som har spännande projekt och innovativa idéer som de vill utveckla. Tack vare fonden har allt från drönare med hjärtstartare till selar för nyfödda barn som ambulanstransporteras blivit verklighet.

Men redan första året blev det tydligt att det fanns en obalans mellan könen när det gällde vilka som sökte och vilka som tilldelades medel. Det var en majoritet kvinnor som sökte men det var en majoritet män som tilldelades medel. Den trenden höll i sig. Vi fick till slut i samförstånd igenom ett beslut om att anonymisera ansökningarna just för att få bukt med misstanken att det fanns ett *bias* utifrån kön när man beslutade vilka som skulle få anslagen.

År 2017 var första året med ett anonymiserat ansökningsförfarande, och det var också första året med omvänt resultat. Det var en majoritet kvinnor som sökte och också en majoritet kvinnor som beviljades medel. Så såg det även ut påföljande år. Det är en hygienfaktor vad gäller fondens trovärdighet att det inte råder några tvivel om att det just är idén som avgör vem som tilldelas anslag och inte könet.

Tyvärr visar forskningen att inom anslagsgivande i stort missgynnas kvinnor. Kvinnor måste prestera mer för att värderas som lika kompetenta som män. Ett exempel är att kvinnor utgör 30 procent av toppforskarna men beviljas bara 18 procent av de så kallade excellensbidragen. Den här strukturen har även präglat anslagsgivandet i andra delar av regionens sökbara fonder och medel, till exempel inom ALF Medicin. Därav motionens krav på att anonymisering ska vara normen inom alla sådana anslagsprocesser.

Jag är glad att vi kan se åtminstone en tillstymmelse till trenderbrott på det här området, vilket förvaltningen också visar i sitt svar. Förvaltningen beskriver även ett aktivt jämställdhetstänkande både vad gäller berednings- och beviljandeprocessen, något som uppenbarligen gett effekt. När man hade diskussionen i innovationsberedningen tog man också till sig av det arbetet.

Detta visar, tycker jag, att när vi ökar medvetenheten om dessa frågor räcker det väldigt långt. Jag kan godta att det i vissa av fallen kan vara svårt, beroende på processer som förvaltningen beskriver i svaret, att ha ett helt anonymiserat ansökningsförfarande, men jag tycker att den kartläggning som krävs i motionen och som behövdes i och med Innovationsfondens arbete är något som vi behöver göra regelbundet och årligen för att verkligen motverka de strukturer som vi vet missgynnar kvinnor.

Mycket återstår att göra exempelvis vad gäller de seniora forskartjänsterna där en majoritet är män. Det finns ett glastak inom akademien liksom i resten av samhället. Här måste därför arbetet trappas upp. I svaret saknar jag lite grann den kompletta genomlysning som efterfrågades. Nu finns bara sjukvårdsområdet med, däremot inte trafiken och kulturen.

Vi behöver alltså fortsätta att öka medvetenheten om de skilda måttstockar som tillämpas på män och kvinnor och inte släppa jämställdhetsfrågan oavsett hur små medel det än rör sig om. Många små droppar kan urholka den patriarkala stenen.

#### Anförande nr 106

L i s a R a s m u s s e n (V): Ordförande, ledamöter och åhörare! Vi vill från Vänsterpartiet instämma i Socialdemokraternas motion och yrkar bifall till den. Jag kan nog inte säga det mycket bättre än vad Elinor Odeberg sade, så jag tror att jag bara säger: Det hon sade.

#### Anförande nr 107

S i m o n S o l b e r g (SD): Fru ordförande, åhörare och ledamöter! Sverigedemokraterna ställer sig positiva till att utöka förfarandet med anonymiserade ansökningar för forsknings- och innovationsmedel. Däremot anser vi i likhet med regionrådsberedningen och underliggande förvaltningar att det i dagsläget inte är möjligt att, som motionären föreslår, praxis för regionens sökbara fonder och medel, inklusive stiftelser, ska vara anonymiserade ansökningsförfaranden. En sådan praxis anspelar på att utgångsscenario vid samtliga ansökningar ska vara att dessa bör ske anonymiserat, vilket medför svårigheter att göra sakliga bedömningar av referenser eller tidigare publikationer. Vi föreslår därför en alternativ att-sats enligt följande:

att fullmäktige beslutar att anonymiserade ansökningar ska tillämpas för regionens sökbara fonder och medel, inklusive stiftelser, när så är möjligt.

#### Anförande nr 108

R e g i o n r å d e t N ä s s é n (M): Fru ordförande! Tack för motionen! Som framgått av debatten gäller anonymisering redan för en del utlysningar av medel. När det gäller ALF Medicin och ALF Pedagogik följs det noga upp, och inom ramen för samarbetet med Karolinska Institutet finns inte bara projektmedel utan även forskartjänster där perspektivet kring jämställdhet genomsyrar verksamheten.

Utlysningarna av ALF Medicin och ALF Pedagogik skiljer sig från utlysningen vad gäller Innovationsfonden. När det gäller ansökningarna av ALF-medel handlar det till exempel om referenser till tidigare forskning och annat, vilket gör det svårare att ha anonymiserade ansökningar. Det är viktigt att kunna följa upp riktigheten i uppgifterna, att säkra kvaliteten på olika sätt.

Det är även viktigt att beredningsprocessen inför beslut är jämställd. Av de nationellt sammansatta sakkunniggrupperna som bedömer ansökningarna är 53 kvinnor och 54 män. Man bedömer ansökningarna utifrån projektets kliniska frågeställning, metod, kvalitet, kompetens, genomförande och patientnytta. Vid prioritering av ansökningar som är vetenskapligt lika ska jämställdheten vara utslagsgivande.

Sammanfattningsvis vill jag yrka bifall till regionstyrelsens förslag som innebär att motionen ska anses vara besvarad.

#### Anförande nr 109

E l i n o r O d e b e r g (S): Jag inser att jag inte yrkade på någonting i mitt anförande. För att förtydliga yrkar jag bifall till den första att-satsen, att förvaltningen ska kartlägga könsbalansen vid anslagsgivningar och följa upp hur tilldelningen av resurser ser ut samt med tillägget att det ska ske årligen.

Som förvaltningen skriver i sitt svar ger det mycket bara att man har varit medveten om problemet, vilket faktiskt kom sig av den 15-miljoners innovationsfond som finns. Det har betydelse så länge frågan är uppe på dagordningen.

#### Anförande nr 110

L i s a R a s m u s s e n (V): Ordförande! Jag vill då justera vårt yrkande och instämma i Socialdemokraternas yrkande.

#### Anförande nr 111

Regionrådet N ä s s é n (M): Fru ordförande! Jag tycker att det av svaret framgår att vi kommer att följa frågan noga, och därmed kvarstår yrkandet om bifall till regionstyrelsens förslag.

Jag vill också säga att i läkarutbildningen, som är den utbildning som genererar flest forskarstuderande så småningom, är sammansättningen av studenterna jämställd. Det finns till och med en tendens mot kvinnlig dominans bland studenterna.

Motionen lyfter fram en viktig fråga, men jag tror att vi också behöver se på den från det andra hållet. Vi ser att det i ett flertal utbildningar, däribland läkarutbildningen, blir en allt större dominans av kvinnliga sökande, och därför kommer vi att behöva hålla ögonen på jämställdheten också utifrån det perspektivet. Det finns en mycket positiv ökning av väldigt skickliga kvinnliga läkare, forskare, studenter på ena hållet, men snart börjar utmaningen synas på det andra hållet, att pojkar i stället halkar efter och skillnaderna ökar. Även det måste vi ha med oss.

Jag yrkar, som sagt, bifall till regionstyrelsens förslag.

#### Anförande nr 112

E l i n o r O d e b e r g (S): Det som du, Tobias Nässén, nu lyfter fram visar på behovet att fortsätta arbeta med jämställdhetsfrågorna och göra kartläggningarna. Det är inte bara för kvinnors skull som man ska ha en kartläggning av jämställdhetsbalansen. Trots att vi, som du säger, har en majoritet kvinnor på läkarutbildningen, trots att det kan vara en majoritet kvinnor som söker, finns fortfarande glastaket.

Det är viktigare att utgå från hur statistiken och strukturen ser ut i stort än att använda sig av *cherry-picking* och plocka ut de enskilda områden där det ser bra ut. I stället behöver vi lära av de framgångsrika exemplen från bland annat Innovationsfonden och fortsätta att jobba mer med anonymiserade ansökningar där det är möjligt. Men framför allt behöver vi ha kartläggningen och hålla kvar medvetenheten så att frågan inte blir avhängig enskilda motionärer.

### **§ 109 Motion 2018:33 av Jonas Lindberg (V) om betald vidareutbildning till specialistsjuksköterska inom samtliga områden**

#### Anförande nr 113

J o n a s L i n d b e r g (V): Den här motionen skrev jag efter valet. Den har sitt ursprung i en djup oro gällande de färsk rapporterna som kommit. Andelen sjuksköterskor som har en specialistexamen har minskat från ungefär 65 procent till 45 procent på 19 år. Själva antalet med specialistutbildning har också minskat. Det sker samtidigt som vi har stora förändringar i svensk hälso- och sjukvård. Vi pratar alla om en stärkt primärvård och en stärkt nära vård, om nivåstrukturer där 5 procent av all avancerad specialistvård ska ske. Vi har i dag ett större behov av specialistutbildade sjuksköterskor än någonsin, och jag tror att vi hamnat i ett läge där vi inte längre kan sitta och vänta på att någon annan instans ska agera. Vi kan agera i dag, och jag tror att alla partier i valrörelsen sade att vi ska göra det. Då borde vi också göra verkstad av det, menar jag.

Motionen handlar om att göra någonting åt villkoren för själva specialistutbildningen för sjuksköterskor. Det är en orsak bland många till att folk inte vidareutbildar sig. Andra orsaker, såsom lön och arbetstid, är egentligen frågor för andra debatter och andra förslag.

Det har hänt mycket bra på området gällande villkoren för specialistutbildning i Stockholm. De uppdragsutbildningar som man hade tidigare och som regionen finansierade med ganska låg studielön har i dag ersatts av att man som sjuksköterska med full lön kan vidareutbilda sig inom vissa specialistområden. Det har i huvudsak finansierats genom statsbidrag av den tidigare regeringen och genom en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting. Men det finns i dag problem med det upplägg vi har i den här regionen. Det är inte heltäckande, det är inte rättvist och det är inte särskilt långsiktigt. Låt mig peka på några problem med det.

Alla specialistområden omfattas tyvärr inte. Är du på ett sjukhus är sannolikheten större för att du kan läsa din vidareutbildning med full lön, men jobbar du i primärvården, i till exempel den vårdinstans som vi säger att vi ska stärka och bygga ut, och du vill bli distriktssköterska eller satsa på någon annan specialitet som behövs, då har du inte samma förutsättningar att läsa en vidareutbildning. I dag får en del betalt, andra får delvis betalt och vissa får inte betalt alls. Det håller inte. Jobbar du inom avancerad hemsjukvård, där alltmer specialiserade uppdrag läggs, finns det ingen möjlighet i dag att få en vidareutbildning betald. Det upplägg vi har i dag rimmar illa med de åtaganden vi har om att stärka den nära vården.

Ett annat problem är att sjuksköterskorna avkrävs att efter avslutad utbildning jobba kvar i två år på sin arbetsplats. Det skapar en stor osäkerhet. Hur kan man veta innan man påbörjar en utbildningsanställning på en arbetsplats att det är där man kommer att trivas efter två år? Vi ska ha så bra arbetsplatser som möjligt så att medarbetarna stannar kvar för att de trivs, inte för att de är tvungna. Hela vården tjänar på att det finns permanenta AST-tjänster, vilket det här handlar om, som tillsätts kontinuerligt och försörjer hela vårdstrukturen med specialistutbildad personal.

Jag tror att vi alla tycker att det är positivt om sjuksköterskor som utbildar sig med full lön i Värmland sedan flyttar till Stockholm och fortsätter att jobba här. Därför borde det rimligtvis även vara tvärtom. Så gör vi med ST-läkare. Det är en haltande jämförelse att säga att läkare kan slippa kravet att jobba kvar efter sin vidareutbildning men att sjuksköterskor ska vara kvar eftersom utbildningen bedrivs vid högskola. Sådan argumentation gör att vi snubblar och låter kortsiktiga regelverk stå i vägen för det vi måste göra. Dessutom låter vi chefer läsa långa ledarskapsutbildningar på universitet med full lön, vi låter ST-läkare gå kurser under sin vidareutbildning, ibland vid högskola, utan att vi ställer krav på dem att jobba kvar. Här menar jag att vi har någonting att göra.

Annonserna på de tjänster som utlyses på sjukhus uttrycker ordagrant att man söker sjuksköterskor som inte redan har en vidareutbildning. Det gör man för att hålla lönerna nere. I stället borde vi uppmuntra den som vill skaffa sig en bredare kompetens, en tilläggspecialitet, och som vill byta specialistområde att kunna göra det.

Jag tycker att den här frågan är för viktig att käbbla om. Vi kan inte längre låta politisk prestige stå i vägen. I själva verket tror jag att det skulle vara en stor styrkemanifestation för den här församlingens legitimitet om vi tog i hand på att göra detta tillsammans. Ni har i alla partier stått i valrörelsen och lovat i princip det som föreslås i motionen. Det vore hedervärt att tillsammans på riktigt införa det i Stockholm och därmed kunna ta ett ordentligt kliv framåt med vår kompetensförsörjningsplan.

Anförande nr 114

Regionrådet *Svenonius* (M): Fru ordförande, fullmäktige! Tack, Jonas, för en viktig motion i ett väldigt viktigt ämne, nämligen kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården.

Det vi ska ha med i våra perspektiv är att Region Stockholm har, precis som du så förtjänstfullt påminde, Jonas, tagit stora kliv genom att betala utbildningen till specialistsjuksköterska och barnmorska. Vi satsar ganska stora summor på detta. I och med att vi kompetensförsörjer och erbjuder utbildning för att kompetensförsörja vår egen verksamhet måste verksamheterna vara de som styr över vad det är för behov vi har så att vi inte med våra pengar bekostar specialistutbildningar där vi kanske inte har samma stora behov. Det handlar om att fylla de luckor som finns för att vi ska kunna hålla den kvalitet i vården som behövs. Det är för att vi har patientperspektivet.

Det är otroligt viktigt att vi är en attraktiv arbetsgivare, att sjuksköterskor vill arbeta hos oss, vill förkovra sig hos oss, och vi gör det för att vi har omsorgen om våra patienter, att det ska finnas händer och fötter i vården när de behövs. Därför är det patienterna som är satta i främsta rummet när verksamheterna styr över vilka behov vi har.

Jag tycker, och det står också i regionrådsberedningens motivering till regionstyrelsen, att här finns ett område där den nationella nivån borde ta ett helhetsgrepp. Vi gör nämligen olika i landets 21 regioner. Det finns således stor anledning för staten att gå in och se över hur finansieringen av specialistsjuksköterskornas utbildning ska se ut så att det blir lika. Då kan man också ha perspektivet att det ska vara lika möjligheter för sjuksköterskorna.

Det är mycket svårare när varje region ska ta av sina egna pengar och när varje verksamhet ytterst är med och betalar. Vi betalar en del centralt, och en del betalas av verksamheterna själva. När dessa gör prioriteringen är det ganska gjutet att vi måste ha krav på att man ska jobba kvar i Region Stockholm en tid efter utbildningen. Alternativet för den som vill bli specialistsjuksköterska hade varit att göra det med studiemedel som grund; det är alltså fråga om en universitetsutbildning och den kan genomföras med studiemedel. Skälet till att vi har kvarstannande under två år som norm är att det är vi som finansierar utbildningen. Det är skillnad i dag mellan läkarutbildningen och sjuksköterskornas specialistutbildning. Det ena är en tjänstgöring som regleras via Socialstyrelsen, det andra är en universitets- och högskoleutbildning.

Att vara en attraktiv arbetsgivare tror jag dessutom handlar om löneutveckling och om möjligheter till ansvarstagande. När man genomgått en specialistsjuksköterskeutbildning ska man veta att man inte kommer tillbaka till samma arbetsuppgifter och samma lön.

Därtill skulle man på nationell nivå behöva fundera över marginalsatterna i Sverige för när dessa specialistsjuksköterskor kommer ut är de höginkomsttagare i skattelagstiftningens mening. Därmed blir det mindre lönsamt för dem. Det kan finnas många förklaringar till varför färre över en längre tid valt att inte utbilda sig vidare. Vi har sammantaget i Sverige inte de drivkrafter i våra styrsystem som uppmuntrar förkovran. Det kan bekymra mig.

Jag yrkar bifall till regionstyrelsens förslag, vilket innebär att vi anser motionen besvarad.

Anförande nr 115

Robert Johansson (S): Fru ordförande! Tack, Jonas Lindberg, Vänsterpartiet, för en mycket viktig motion! Bristen på specialistutbildade sjuksköterskor skapar stora problem i vården i form av stängda vårdplatser, inställda operationer och köer. Enligt Socialstyrelsen råder det brist på åtminstone åtta specialiteter i vår region. Vi delar därför bilden med Vänsterpartiet att vi måste ge fler sjuksköterskor möjlighet till betald specialistutbildning och inom flera olika specialiteter. Vi tycker att det är anmärkningsvärt att regionen till exempel inte erbjuder betald utbildning till dem som vill utbilda sig till distriktssköterska trots att det råder brist på den kompetensen i regionen.

Stockholm har det näst lägsta antalet grundutbildade sjuksköterskor per hundra tusen invånare. Därför är det viktigt att vi inte tappar de grundutbildade, och därför bör tyngdpunkten läggas på de specialiteter där vi har störst brist.

Jag skulle vilja fråga personalregionrådet om en sak apropå det hon sade om marginalsatterna. Jag är gift med en sjuksköterska, och hon kommer inte upp till brytpunkten för statlig skatt. Nu är det inte den enda marginskatten, men om det är så att lägre skatter skapar incitamenten, hur kan det då komma sig att de kommuner i den här regionen som har de lägsta skatterna tvingas höja dem för att säkra välfärdens utmaningar? Jag tror att det snarare är tvärtom, att de flesta som jobbar inom hälso- och sjukvården vet att högre skatt går direkt tillbaka till dem i form av högre löner och bättre arbetsvillkor.

Nu blev det ett litet sidospår, men med det sagt yrkar vi bifall till Vänsterpartiets motion.

Anförande nr 116

Gabriel Kroon (SD): Jag vill börja med att säga att vi ställer oss positiva till att fler specialiteter ska omfattas av den betalda vidareutbildningen. Vi ser det som väldigt viktigt och har drivit det både på regional nivå och på riksnivå.

Men jag ställer mig lite tvekande till Vänsterpartiets formulering att det ska innefatta samtliga specialistutbildningar direkt, alltså redan innan kostnaderna för dessa har utretts. Om vi godkände det, biföll att-satsen, skulle det bli en stor kostnadsbörda; vi vet inte vilket belopp det handlar om. Därför har vi i Sverigedemokraterna valt att lägga fram ett tilläggsförslag, nämligen att vi ska utreda vad kostnaden skulle bli för varje enskild specialitet. Det gör vi av två anledningar, dels att vi får ett bättre underlag framöver när vi har dessa diskussioner, så att vi vet vilka belopp det handlar om, dels att vi inom oppositionen ska ha ett bra kostnadsunderlag när vi gör vår egen budget framöver.

Jag har märkt att det ofta är svårt att få fram de tyngre beräkningsuppdragen till förvaltningen när man sitter i opposition. Jag hoppas därför att hela fullmäktige — det ligger egentligen i allas intresse — ska bifalla tilläggsförslaget så att vi gemensamt kan ta del av ett välgrundat kostnadsunderlag för eventuella budgetperioder framöver.

Anförande nr 117

Jonas Carlsson (V): Jag riktar mig till dig, Irene, med tanke på det du säger om att vi behöver ta ett annat grepp om frågan. Jag tror att vi är många som håller med om det. Det finns ett jätteproblem med att man hanterar utbildningen för specialistsjuksköterskor olika i olika kommuner, regioner och så vidare. Någoting behöver ske.

Det är något som vi behöver planera för framtiden, men här och nu står vi i en mycket trist situation i Region Stockholm vad gäller specialistutbildade sjuksköterskor och barnmorskor. Vi har sjuksköterskor med grundläggande utbildning som drar sig för att ta sig an en specialistutbildning av två skäl. Det finns säkert fler skäl, men jag tar upp två.

Det ena skälet är ekonomiskt, och det försöker vi lösa som region, vilket är positivt.

Det andra skälet är kvarhållningskravet, och det verkar majoriteten inte vilja försöka lösa. Kvarhållningskravet väger i många fall ganska tungt bland vårdens personal, bland de sjuksköterskor som finns där ute. Arbetsmiljön är så fruktansvärt tuff i många verksamheter att man inte vågar lova att man ska vara kvar i två år. Man vet inte om den arbetsplatsen går att vara kvar på. I stället väljer man att inte specialistutbilda sig, och den tröskeln behöver vi komma åt.

Att man sedan kanske behöver ta ett nationellt grepp om frågan är något som vi får lösa i framtiden, men nu behöver vi fler specialistsjuksköterskor för att lösa situationen på förlossningen och på operation. Vi behöver fler anestesijuksköterskor liksom fler sjuksköterskor på akuten och i ambulanserna för att upprätthålla en specialist per ambulans. Då måste vi som region, precis som Värmland och Kronoberg, göra någoting åt situationen här och nu.

Anförande nr 118

Regionrådet Svenonius (M): Fru ordförande! Region Stockholm har gjort och gör väldigt mycket för att åtgärda bristsituationen när det gäller specialistsjuksköterskor genom att just ge betald utbildningsmöjlighet för dem som är anställda — där verksamheten bedömer att det behövs. Det är en enorm förmån.

Många andra som ska skaffa sig en akademisk utbildning måste ta studiemedel för att kunna få sin akademiska utbildning. Vi betalar. Men vi är inte en kravlös gemenskap. Om vi på det sättet satsar på våra medarbetare är det ganska naturligt att vi ställer kravet att de är kvar som anställda i Region Stockholm under åtminstone två år.

Anförande nr 119

Jonas Carlsson (V): Jag vet att ni framför det argumentet, Irene. Då ska vi också vara medvetna om att tröskeln finns kvar. Vi kommer att ha sjuksköterskor som väljer att inte bli specialister. Därmed kommer vi sannolikt inte att ha tillräckligt med specialister, det ser vi i dag, för att kunna upprätthålla vårduppdraget.

#### Anförande nr 120

Tage Gripenstam (C): Ordförande, fullmäktige! Ett sjukhus utan personal är bara ett hus med dyr inredning. Här i Region Stockholm, precis som i nästan alla andra regioner och landsting, råder det i dag brist på utbildad personal. Framför allt gäller det sjuksköterskor, i synnerhet vissa specialistutbildade sjuksköterskor. Exempel på det är sjuksköterskor inom anestesi, akutsjukvård, intensivvård — listan kan göras lång.

För att öka incitamenten för sjuksköterskor att vidareutbilda sig, för det ska självklart löna sig att utbilda sig, inför Region Stockholm möjligheten till betald vidareutbildning. Utbildningsplatserna bygger på verksamheternas behov i och med att de har bäst insyn i vilka kompetenser som saknas. På så vis finns det möjlighet att få betald vidareutbildning inom alla inriktningar utifrån de behov som verksamheterna har identifierat.

Att de nyutbildade specialistsjuksköterskorna jobbar kvar inom regionen gör att de utbildande verksamheterna får en garanti för att deras investerade tid och pengar ger utdelning. Det ger förutsägbarhet i systemet och möjlighet till långsiktig planering. För individen blir det i stället ett mycket större åtagande. Man kanske inte kan binda upp sig för så lång tid. För regionens del är det heller inte någon förlust om personen börjar jobba privat eller på något annat ställe inom hälso- och sjukvården.

Vi från Centerpartiet ser gärna att man på sikt släpper kravet på kvarstannande. Framför allt efterlyser vi, vilket ni också kan läsa i regionstyrelsens svar, nationella riktlinjer för hur betald specialistutbildning för sjuksköterskor kan se ut. I dag är alla regioner olika, och i exempelvis Västmanland och Sörmland finns ännu inte denna möjlighet.

Med det vill jag yrka bifall till regionstyrelsens förslag.

#### Anförande nr 121

Jonas Lindberg (V): Det var intressant att höra att man på sikt är intresserad av att ta bort kvarstannandekravet. Jag undrar: När är "på sikt"?

Jag tänkte först bemöta tilläggsförslaget till beslut, att man ska utreda de ekonomiska konsekvenserna av utbildningarna. Vi har nog alla sett de långvariga ekonomiska konsekvenserna av att vi inte gör något. Jag tror inte att vi har ett enda akutsjukhus i regionen som gör ett överskott. I stället gör de enorma underskott. Det beror till stor del på ökade bemanningskostnader eftersom de inte har tillräckligt med framför allt specialistutbildade sjuksköterskor. Jag tänker i synnerhet på operationssjuksköterskor.

Även vi har haft patienterna som utgångspunkt när vi skrivit motionen. Vi tänker på de barn som i månader väntar på operationstid för att det inte finns tillräckligt med personal. Vi tänker också på de patienter som faktiskt dog i väntan på canceroperation förra sommaren.

I den här situationen tror jag att det som blir bra personalpolitik även blir bra för patienterna. Vår ingång är att det behövs fler specialister överallt. Även om vissa, om än ytterst få, sektorer inte har kompetensförsörjningsproblem saknas det specialistutbildade sjuksköterskor i princip inom alla områden. Jag tycker inte att vi ska bedriva vår kompetensförsörjningspolitik genom att göra brandkårsutryckningar, genom att sätta in olika insatser där det för tillfället råkar vara brist. I stället behöver vi ha ett långsiktigt tänkande vad gäller kompetensförsörjningen till framtidens hälso- och sjukvårdssystem.

När vi träffar centrala företrädare för Vårdförbundet blir jag lite bekymrad när de säger att det i de flesta andra regioner har börjat hända saker. Man inför tjänster för avancerad klinisk specialistsjuksköterska. Man har redan tecknat kollektivavtal för akademisk specialisttjänstgöring för sjuksköterskor. Men i Stockholm går det trögt. Här är man sist ut med detta fastän man kanske har de största problemen. Det tycker jag är sorgligt.

Jag vill återigen räcka ut handen till er och fråga: Varför gör vi inte detta tillsammans?



Kvarstannandekravet som finns gör att en hel del medarbetare väljer att hellre ta studiemedel och själv finansiera sin vidareutbildning än att göra det med den lön som erbjuds eftersom de blir låsta på en arbetsplats som de är väldigt osäkra på. Det är svårt att juridiskt kräva av någon att vara kvar i två år. Det har varit flera processer om det, och ibland har man inte lyckats kräva att någon ska vara kvar i två år. I stället har personen i fråga blivit återbetalningsskyldig. Jag tror knappast att det höjer regionens anseende som en god arbetsgivare om en medarbetare plötsligt måste betala tillbaka 100 000 kronor.

#### Anförande nr 122

G a b r i e l K r o o n (SD): Jag vill börja med att bemöta Vänsterpartiets uttalande om de ekonomiska konsekvenserna. Det är klart att det får stora indirekta konsekvenser, men det vi vill fokusera på här är de direkta konsekvenserna i budgetarbetet.

Jag vill även för formalitetens skull säga att vi kommer att avstå från att-sats 1 och i stället instämna i regionstyrelsens förslag, det vill säga att-sats 2.

### **§ 110 Motion 2018:32 av Tove Sander (S) om behovet av samlad information till föräldrar till barn som diagnostiserats med neuropsykiatriska funktionshinder**

#### Anförande nr 123

T o v e S a n d e r (S): Fru ordförande, fullmäktige! I svaret hänvisas till att vi har en splittrad vårdkedja, och därför pågår en kartläggning, som ska bli klar under hösten. Det förslag jag har lagt fram syftar till att hjälpa dem som har barn som redan har fått en diagnos. För denna hjälp behövs ingen kartläggning. Vi vet nämligen att vårdkedjan är splittrad, och här behövs en liten och enkel åtgärd.

Det finns så mycket fantastiskt stöd som man kan få i vår region, men det krävs ett gediget jobb att hitta denna hjälp. Vi talar här om anhöriga som sliter många timmar varje vecka för att barnet och familjen ska få stöd. Kontakterna med skolan kan ta timmar per vecka. Lägg därtill några timmar för att få iväg barnet varje dag, se till att barnet har rätt saker med sig, se till att barnet har ätit frukost eller se till att barnet ska våga gå till lektionen när han eller hon ringer och har glömt att göra läxan och är rädd för vad fröken ska säga. Till detta får man lägga många timmars läxläsning. Man får hjälpa till att lösa konflikter med kamrater, lärare och idrottstränare. Utöver allt detta kommer en diagnos. Då ska man förutom alla dessa timmar lägga tid på att själv leta rätt på var och hur barnet ska få hjälp. Det ska ordnas med läkemedelsinsättning. Det ska ordnas med vilka hjälpmedel barnet möjligen kan få hjälp av och hur man sedan får tillgång till dessa hjälpmedel. Var får barnet själv kunskap om sin diagnos? Och var får barnet psykiatriskt stöd?

Vi skulle enkelt kunna sammanställa allt detta i en lista över vilken hjälp som finns att få och vilka vårdgivare som kan tillhandahålla denna hjälp. Listan skulle vi kunna ge till alla utredande enheter och säga att de ska ge den till alla vårdnadshavare vars barn och ungdomar får en diagnos. Det duger inte att hänvisa till en kartläggning, för vi vet att denna hjälp behövs.

Jag föreslog vidare att vi ska utreda om det finns fler patientgrupper som har detta behov. Men då hänvisades det till bedömningen att det inte behövs och att *om* det skulle behövas är det patientorganisationerna och patientnämnden som ska larma. Borde det inte vara vårt ansvar att säkerställa att alla patientgrupper får det stöd och den hjälp och information som de behöver?

#### Anförande nr 124

R e g i o n r å d e t S t a r b r i n k (L): Ordförande, fullmäktige! Alla barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och deras föräldrar behöver förstås en trygg vård, bra information och ett gott stöd. Inom den somatiska och den psykiatriska barnsjukvården finns fungerande vårdkedjor, ofta med en samlad och överskådlig information. Detta finns som sagt både inom barnmedicin och barnpsykiatri.

När det däremot gäller exempelvis adhd ser vi att det finns all anledning att gå lite djupare än vad Tove Sander skisserar när hon säger att det egentligen bara är att samla lite information. Det är inte förvaltningens och inte heller min bedömning att det sistnämnda räcker. Här behövs en större tydlighet, och därför pågår en kartläggning.

Det är tråkigt att du viftar bort denna kartläggning, men jag tycker att det här arbetet ska göras gediget så att vi kan ge en samlad, korrekt och bra information till föräldrarna och barnen. Vi behöver också titta på om vi behöver förändra något i vårdkedjan för att vården ska kunna fungera så bra som möjligt. Jag tycker att vi ska ta seriöst på frågan, för den är stor och berör många personer. Det är viktigt att vi får fullfölja detta, och det är därför vi anser motionen besvarad. Jag hade uppfattat att ni också ville ha en fördjupning, men vi i den styrande majoriteten har kanske gjort det här lite mer ambitiöst än vad ni hade hoppats på. Vi kanske kan glädjas åt att det finns ett stort engagemang i frågan. Jag vill därför yrka bifall till regionstyrelsens förslag.

#### Anförande nr 125

**Tove Sander (S):** Jag har inte på något sätt viftat bort kartläggningen, utan tycker att den är jättebra. Jag tycker absolut att vi behöver ta ett helhetsgrepp. Men det finns en massa barn och föräldrar som behöver hjälp under tiden. Jag menar att det finns en ganska enkel åtgärd som vi kan vidta för att hjälpa dem medan vi väntar på större förändringar. Med det vill jag yrka bifall till motionen.

#### Anförande nr 126

**Marit Normasdotter (V):** Ordförande, ledamöter, webbtittare! Tack, Tove, för en väldigt bra motion! Att söka och få rätt vård för sitt barn efter att det har fått en neuropsykiatrisk diagnos är i mångt och mycket i dag en klassfråga. Det krävs föräldrar med god kunskap, beredskap, tid och möjlighet för att man ska få den vård som behövs. Det är inte lika lätt för en ensamstående flerbarnsförälder, för utlandsfödda föräldrar eller för nyanlända. Det är inte acceptabelt att vi har det så här i vårt moderna vårdsamhälle.

Det är därför glädjande att en kartläggning av vårdkedjan nu pågår. Jag hoppas att syftet är att det ska bli lättare att få vård och att kunna söka en samlad information om vården. Därför kan jag inte förstå varför motionen inte kan bifallas. Motionens syfte är ju redan på gång.

Sammanhållna vårdkedjor och samlad information är av största vikt för att man ska kunna få god, kvalitativ hjälp när den behövs. Att få denna hjälp utan fördröjning är av stor vikt för dessa barn, för att de till exempel inte ska halka efter i skolan eller rent av bli hemmasittare. Halkar man efter i skolgången kan det leda till stora konsekvenser längre fram i livet. Det ska vara enkelt att söka och få den hjälp man behöver. Därför yrkar jag bifall till motionen.

#### Anförande nr 127

**Susanne Nordling (MP):** Ordförande, fullmäktigeledamöter, åhörare! Vi har ett väldigt stort utbud inom psykiatrin här i Stockholmsregionen, och det kan göra många förvirrade. Faktum är att detta är en av orsakerna till att vi behöver kartläggningen för just adhd. Utöver det pågår ett parallellt arbete med att göra processkartor för många olika diagnoser. På vuxensidan är vi klara med tolv stycken. På barnsidan skulle de vara klara i maj månad, men jag har ännu inte fått klartecken om att de är hundraprocentigt klara. Det handlar om adhd, ASD, beroende, EIPS, självskadebeteende, förstämningssyndrom, OCD, ångest, PTSD, ätstörning, psykos, små barn, trots och heldygnsvård. Med detta som grund kommer man att kunna ge information till föräldrar och barn om vilken vård, vilka olika möjligheter och vilka alternativ som finns.

Någon av föregående talare lyfte också upp psykiatriskt stöd vid psykisk ohälsa. Om man har adhd ska man givetvis få stöd inom ramen för BUP. Men om man får psykisk ohälsa av andra orsaker och har en fungerande behandling för adhd, till exempel medicinering, kan också första linjen finnas till hands för att ge snabbt stöd och hjälp när man mår dåligt. Det kan exempelvis behövas när något händer i livet.

Anförande nr 128

Linda Ålegård (S): Jag hör till de föräldrar som har ett barn med problem, som har gått igenom en utredning och som har fått en diagnos inom autismspektrumet. Jag *vet* hur det fungerar efteråt. Man får söka jättemycket själv för att få hjälp. Otroligt mycket tid läggs ned, bland annat på alla konflikter. Det finns så dåliga kunskaper ute i samhället. Man får slåss för varenda millimeter.

Detta förslag är fantastiskt på så sätt att det också innefattar ett förslag om psykiatriskt stöd, för något sådant finns inte. Det finns ingenting för barnet eller för mig som förälder efter att diagnosen har gjorts. Då får man söka sig till habiliteringen, som kanske kan komma till skolan för att ge stöd där. Men det finns inget självklart som säger att om man vill veta mer kan man exempelvis söka sig till BUP. På BUP är det nämligen fullt, och det finns inget utrymme för sådant. Har man ett självskadebeteende kan man få hjälp där, men inte för något annat.

Vi behöver definitivt bifalla denna motion, för den är mycket viktig.

### **§ 111 Motion 2018:31 av Talla Alkurdi (S) om att kartlägga vårdbehovet i länet**

Anförande nr 129

Regionrådet Alkurdi (S): Ledamöter! Hälsoklyftorna i Stockholms län är enorma. En högutbildad Danderydsbo lever i genomsnitt 18 år längre än en lågutbildad i Vårby. Dubbelt så många kvinnor får hjärtinfarkt i Rinkeby som i Vaxholm. Medellivslängden ökar för alla grupper i länet, förutom för lågutbildade kvinnor.

För mig är denna statistik över hur hälsoklyftorna ser ut i vår region ganska skrämmande. Tyvärr är statistiken samstämmig med SCB:s rapport om de stora hälsoklyftor vi har i vårt samhälle. Rapporten heter *Skilda världar?*, och jag rekommenderar rent allmänt en läsning av den.

På grund av just detta har regionen tidigare gjort kartläggningar över hur vårdbehovet ser ut och kopplat det till vårdkonsumtionen. Man har haft en medvetenhet om de hälsoklyftor som finns i vår region. Den senaste gången som regionen gav hälso- och sjukvårdsförvaltningen i uppdrag att göra en sådan kartläggning var 2011. Sedan slutade man med det, vilket är beklagligt. Jag hoppas innerligt att man har som ambition att motarbeta de hälsoklyftor som finns i regionen, så som man gjorde 2011. Mycket tyder på att man har det även i dag.

Om man vill skapa jämlik vård och bygga upp en bra och jämlik vårdkedja yrkar man också bifall till denna motion, vars att-sats handlar om att kartlägga vårdbehoven och koppla dem till vårdkonsumtionen.

Varför just till vårdkonsumtionen? Jo, vi ser att i södra delen av länet är vårdkonsumtionen lägre än det beräknade vårdbehovet. I andra delar i vår region är vårdkonsumtionen högre än det förväntade vårdbehovet. Detta har naturligtvis med ålder att göra men det finns även en stark koppling till socioekonomi. Om vi vill säkerställa att vi för in rätt verktyg och vidtar rätt åtgärder – det kan vara alltifrån en primärvårdsstrategi till hur man skulle kunna tillämpa framtidens hälso- och sjukvårdsplan bra och på rätt sätt – behöver vi denna statistik. Så enkelt är det.

Det är av denna anledning som jag har lämnat in min motion. Bifall till motionen!

Anförande nr 130

Regionrådet Starbrink (L): Ordförande, fullmäktige! Tack, Talla Alkurdi, för en intressant motion! Jag tycker att den tar upp viktiga frågor som handlar om skillnaderna i hälsa i vårt län.

Att ha en jämlik vård och en jämlik hälsa tycker nog alla i den här församlingen är en prioriterad uppgift för både vår region och andra regioner i landet, tror jag. När vi talar om jämlik hälsa och vilka geografiska skillnader som kan finnas tar vi ofta upp skillnader mellan olika regioner i landet, men vi vet att skillnaderna inom en region som Stockholm är minst lika stora som mellan olika regioner. Det finns all anledning att ta tag i denna fråga.

Det har förstås gjorts över tid. Oavsett majoritet har frågan om jämlik vård varit viktig. Vi behöver arbeta vidare med detta, men vi måste göra det med rätt verktyg. Det är där min kritik mot motionärens förslag kommer. Man träffar nämligen inte rätt med den metod som föreslås i motionen.

Det geografiska behovsindex som tidigare har beräknats i Stockholms läns landsting, när det hette så, fyller inte längre samma funktion som det gjorde då. Vår sjukvårdsstruktur ser ju nu annorlunda ut. I dag har vi som patienter möjlighet att välja vård i hela länet genom en stor flora av privata vårdgivare inom vårdval. Tidigare hade vi den geografiska indelningen där landstinget också organisatoriskt var indelat i olika geografiska områden som hade till uppgift att tillförsäkra invånarna i just det området ett helt vårdutbud. Så ser modellen i vår region inte längre ut. Jag tror att det är till det bättre. Det ger ju en ökad tillgänglighet och möjlighet för oss som patienter att välja vård där det passar oss själva.

Därför är det inte så lätt att jämföra hälsan med vårdkonsumtionen inom ett område. Vi vet att individer rör sig mellan områdena. Vi måste alltså hitta andra sätt att fånga bilden av hälsan och vårdkonsumtionen och att styra vårdutbudet, så att det når de patienter som har de största behoven. Det är därför vi har infört Care Need Index, CNI, i våra ersättnings-modeller. Vi har även infört ACG, som är ett mått som handlar om diagnoser, där de som har större behov också genererar att mer resurser ges till sådana vårdgivare och till vårdcentraler. Jag tror att detta är rätt inriktning

Vi ser förstås, precis som motionären var inne på, att hälsan i en del områden i Stockholmsregionen är betydligt sämre än i andra. Då ska vi förstås rikta uppsökande insatser där och finnas nära. Där hälsan är som sämst måste vårdutbudet vara som allra bäst.

Låt mig till exempel nämna det så kallade Rinkebyprojektet, som inte alls är ett projekt längre utan en verksamhet som ska fortsätta och utvecklas och även utökas till fler delar av regionen. Här handlar det om de allra minsta barnen och hur vi kan förebygga ohälsa hos dem. Det finns också många andra exempel på hur vi kan arbeta.

Att försöka fånga in detta med en gammal metod som var skapad för ett gammalt sjukvårdssystem kommer inte att lösa frågan om att säkerställa att vi har ett gott vårdutbud för alla invånare i länet utifrån deras behov. Därför yrkar jag bifall till regionstyrelsens förslag.

#### Anförande nr 131

Jonas Carlsson (V): Ordförande, fullmäktige! Som församlingen säkert vet är Vänsterpartiet generellt kritiskt till vårdval och helt enkelt till hur specialistsjukvården drivs i den formen. Om man bevakar vårdvalen och hur verksamheterna inom vårdvalen rent geografiskt är förlagda över Stockholms region kan man se att det finns en stark koncentration till centrala och norra Stockholm. Vi i Vänsterpartiet ser ett behov av att etablera vård nära Stockholms medborgare och i de geografiska områden där det behövs. Det har vårdvalet inte löst.

Det här är inte fråga om att avveckla vårdval, men vi ser att det finns ett behov av att identifiera var behoven finns för att man ska kunna styra sjukvården dit, oavsett om det är vi själva som etablerar den eller om den finns i vårdvalssystemet. Vi i Vänsterpartiet yrkar därför bifall till motionen.

#### Anförande nr 132

Galina Monsalves Leal (S): Ordförande, åhörare! Jag kommer själv från Järvaområdet, där jag är uppväxt, och jag är aktiv i Järva som socialdemokrat. Vi socialdemokrater värnar om och vill ha en jämlik och tillgänglig hälsa i hela Stockholm. Det ska inte ha någon betydelse var vi bor eller varifrån vi kommer, utan det ska finnas en tillgänglig hälsovård som tar hand om oss när vi blir sjuka.

I dag finns dessa hälsoklyftor, som är mycket stora. De leder faktiskt till en väldigt orättvis behandling av våra invånare, särskilt i Järva. Det handlar dock inte bara om Järva utan också om Farsta, Skärholmen och så vidare. Den överkonsumtion som Talla tidigare talade om finns här på Kungsholmen. Här är befolkningen som friskast. Men vi som bor 18 minuter härifrån är de sjukaste. Behandlingen av invånare över hela Stockholm är alltså väldigt orättvis, anser jag.

Samtidigt har ni i Alliansen infört 39 vårdvalsmodeller. Inom dem bestämmer vårdbolagen var de ska etablera sig, och vården styrs mest av efterfrågan i stället för av behovet. Vi har väldigt stora behov ute i Järva. Varför kan då inte denna motion bifallas så att vi kan se till att invånarna, även i Järva, får en jämlik hälsa och har rätt till en tillgänglig hälsa i alla våra områden?

#### Anförande nr 133

Regionrådet Alkurdi (S): Nu, mer än på väldigt länge, är vi i stort behov av en kartläggning, menar jag. Den kallas gammal. Men efter att vi har fått alla dessa vårdval är det desto viktigare att se på hur konsumtionen ser ut i förhållande till behoven. Det kanske blir en svårare kartläggning än vad det var tidigare, men behovet av den är desto större. Så är det.

Av detta skäl och av det Galina tog upp måste vi hitta verktyg och leverera de verktyg som behövs för att kunna säkerställa att vi har jämlik hälsa i vår region, och då behöver vi ha sådan statistik. Så enkelt är det.

När det gäller CNI-viktning har vi socialdemokrater påtalat att den behöver utökas, och vi fortsätter att driva att man behöver fortsätta med viktningen i ersättningsmodellerna avseende socioekonomi. Det finns ingen tvekan om det.

Vikten av regelbundna hälsosamtal är något som vi har debatterat i tidigare fullmäktigesammanträden.

Jag tror att det finns fler verktyg som vi kan använda oss av för att säkerställa att vi levererar vård efter behov. Att använda vårdvalen som argument för att inte göra den här kartläggningen tycker jag är märkligt. Snarare är det tvärtom. Vi bör göra det av precis de argument som Galina tog upp. Vi ser att etableringen är större i Stockholms innerstad, medan den i andra delar av regionen är underdimensionerad, särskilt vad gäller specialistvården, i förhållande till vårdbehov och hur många som bor i andra delar av regionen.

Återigen: Bifall till att kartlägga vårdbehoven i förhållande till vårdkonsumtionen!

#### Anförande nr 134

Robert Johansson (S): Fru ordförande! Tack, Talla Alkurdi, för det jag skulle vilja kalla mandatperiodens hittills viktigaste motion!

Nu, kära församling, finns det risk att ni kommer att tröttnas ut av meteorologiska avvägningar. Men det här är otroligt viktigt, så jag ber er att lyssna. Det finns ingenting i Talla Alkurdis motion som säger att mätningen av konsumtionen ska ske på det sätt som den blågröna majoriteten har skrivit om i sitt motionssvar och som Anna också tog upp i talarstolen. Ingenting! Motionen säger inte att det ska mätas var vård ska produceras, utan om vissa områden och de boende i dessa områden får vård utifrån det behov som finns i området. Var vården under mätningen produceras är irrelevant. Data finns redan. Det är bara att ta bort personuppgifterna förutom kön, ålder och ort, och kanske något mer som någon som är bättre på sådant här än jag vill ha med.

När vi mäter spelar det ingen roll var personen i fråga har fått sin vård. Det spelar ingen roll om vården har producerats i Rinkeby, Hässelby eller Mörby, utan det viktiga är var personen bor i relation till vårdtyngden i området där hen bor. Kanske visar datauppgifterna att allting är bra, då folk har valt en vårdgivare i ett annat område än där de bor, men det vet vi inte. Det är därför denna undersökning måste göras, och det är därför den är viktigare nu än någonsin.

Data finns. Detta är inte svårt. Tack, Talla! Bifall motionen!

## **§ 112 Motion 2018:12 av Sven-Inge Nylund (S) om färdtjänst till Bålsta**

Anförande nr 135

Sven-Inge Nylund (S): Det är viktigt att det går bra att åka kollektivt över länsgränserna. Vi får inte göra länsgränserna för skarpa. Vi har tagit steg i den riktningen i och med Mälardalstrafik, Movingobiljett, med vilka man kan åka både med SL och på regionala resor, och så vidare. Ett steg var när vi införde pendeltågstrafik till Bro och Bålsta och kom överens med Uppsala län om att kunna använda pendeltågen över länsgränsen.

Ytterligare ett steg var när vi tog bort det särskilda Bålstatillägget så att Bålstaborna och vi som ville till Bålsta kunde åka på samma biljett och till samma pris som inom Stockholms län. Men Sven Aivert, som är funktionshindrad och bor i Upplands-Bro, uppmärksammade mig i början av förra året på att man hade glömt att ordna detta för funktionshindrade. De fick inte åka över länsgränsen. Då skrev jag omedelbarts en motion om att det är klart att de som bor i Upplands-Bro och är funktionshindrade måste kunna få åka till Bålsta. Där finns nämligen ett inomhuscentrum, och man är sedan alla år van vid att besöka det om man bor i närheten.

I samband med detta tog jag kontakt med förvaltningen för att reda ut det tekniska kring det hela. Genom att det fanns en motsvarande grej i Gnesta visade det sig att det kanske skulle gå att genomföra det på ett ganska enkelt sätt. Mycket riktigt genomfördes detta i juni förra året, efter att man tagit upp frågan i färdtjänstutskottet.

Däremot har man inte behagat att behandla min motion förrän nu, och då kan man säga att motionen är besvarad. Man slipper därför att bifalla en motion från oppositionen. Dessutom kom frågan att tas upp efter valet i stället för före valet. Men det gör ingenting. Tack, Sven Aivert, för att frågan kom upp! Tack, förvaltningen, för att man förstod att detta var en bra grej som kunde genomföras på ett enkelt sätt!

Jag vill dock säga att vi behöver ta fler steg. I vår del av Sverige behöver vi fundera över hur färdtjänstresenärer kan åka över länsgräns, och kanske inte bara till just Bålsta centrum utan även till anhöriga och vänner som finns i den trakten eller över huvud taget till människor som bor nära länsgränsen. Detta behöver vi tala om med de andra länen. Sådana diskussioner pågår, och vi gör sådana saker i kollektivtrafiken. Men vi måste också göra det för funktionshindrade.

Anförande nr 136

Fredrik Wallén (KD): Fru ordförande, fullmäktigeledamöter, åhörare! Till att börja med vill jag yrka bifall till regionstyrelsens förslag till beslut, det vill säga att den här motionen ska anses besvarad. Under förra mandatperioden var jag ju ordförande i det dåvarande färdtjänstutskottet, då vi inom ramen för vår delegation från trafiknämnden beslutade om denna förändring.

Vi är många som kan ta varandra i hand för att vi uppmärksammade den här frågan. Bland annat jag hade tidigare under mandatperioden reflekterat över att vi ju försöker, så långt det är möjligt och utifrån perspektivet ekonomisk hållbarhet, att spegla färdtjänstens utbud i vårt stora län med kollektivtrafikens utbud, åtminstone inom den ordinarie trafiktaxan. Det innebär att dit jag kan åka på mitt ordinarie månadskort dit ska jag också kunna åka med färdtjänst. Vi hade exemplet Gnesta och konstaterade att eftersom det är rimligt med en färdtjänstresa, inom ramen för Region Stockholms ansvar, till Gnesta ska en sådan också kunna göras till Bålsta. Detta fattade vi beslut om i färdtjänstutskottet.

Det här är ett kontinuerligt arbete. Hur kollektivtrafiken utvecklas även utanför Stockholms läns regionala gränser återstår att se. Ofta talar vi om Mälardalsperspektiv och sådant. Som färdtjänstnämndens ordförande den här mandatperioden vill jag i synnerhet framhålla att den färdtjänst vi ska ha ska vara av god kvalitet, ska framför allt gå i tid och ska inte kunna missbrukas, men den måste också vara ekonomiskt hållbar. Då måste vi hela tiden tänka oss för. I den

lagstiftning som all vår färdtjänst utgår ifrån är detta trots allt ett kommunalt ansvar. Sedan har de gemensamma kommunerna i vårt stora län – alla 26 – enats om att det är den regionala kollektivtrafikmyndigheten som ska sköta färdtjänsten.

Nu gör vi det. Vi har ett väldigt stort färdtjänstansvarsområde. Det innebär naturligtvis att vi verkligen måste tänka oss för när vi börjar titta på huruvida man kan resa utanför länet på det regionala färdtjänstansvaret. Jag tycker själv att det är en rimlig ordning att ha som någon form av riktmärke att dit vi kan åka på ordinarie taxa med den allmänna kollektivtrafiken som vi ansvarar för här i regionfullmäktige dit ska vi också kunna åka med den färdtjänst som vi ansvarar för här i regionfullmäktige. Ungefär där går ramarna för mig.

Detta är dock ett pågående arbete, och allt kollektivtrafikarbete är som sagt under utveckling. Vem vet hur kollektivtrafiken kommer att se ut i hela vårt avlånga land om 10, 15 eller 20 år? Just nu pågår världens största kollektivtrafikmässa här i Stockholm. Där får man se väldigt många innovationer för till exempel hur hela länder kan byggas samman med gemensamma kollektivtrafiksystem. Vem vet hur saker kommer att se ut i framtiden?

Rent lagstiftningsmässigt förhåller det sig dock så att lagen om färdtjänst stadgar att det är ett kommunalt ansvar. Kommuner kan överlåta det på en regional kollektivtrafikmyndighet, vilket innebär att vi hela tiden måste bära med oss att vi absolut inte har något lagligt ansvar eller någon laglig skyldighet att erbjuda färdtjänstresor utanför våra länsgränser. Trosa, Strängnäs, Uppsala, Gnesta och även Bålsta är delar som ligger utanför våra länsgränser, och det innebär att det är ett medvetet avsteg inom ramen för vår allmänna kollektivtrafik när vi utökar resmöjligheterna med färdtjänst till dessa orter.

Vi får se hur detta utvecklas under mandatperioden. Det här är som sagt ett pågående arbete, men inom ramen för en ekonomiskt hållbar färdtjänst är det oerhört viktigt att vi är återhållsamma och tänker efter före, det vill säga innan vi börjar tala om resor utanför länsgränserna.

Detta är ett pågående arbete. Vi får se hur det utvecklas. Jag vill sluta där jag började i detta eventuellt första inlägg i denna debatt med att yrka bifall till regionstyrelsens förslag till beslut om att denna motion ska anses besvarad.

#### Anförande nr 137

Per Carlberg (SD): Ordförande, ledamöter, åhörare! Motionären Sven-Inge Nylunds önskemål om att regionens färdtjänst även ska inkludera resor till Bålsta anses vara besvarad. Vi anser att det finns en viss problematik med att bara godkänna resor till Bålsta pendelstation. De flesta är nog på väg till Bålsta centrum. Men i och med att även Socialdemokraterna anser att motionen är besvarad tänker vi inte lägga ned någon större energi på att försöka få igenom den.

Däremot tycker vi att det ur ett tillgänglighetsperspektiv är lite problematiskt med tanke på att Stockholmsvägen skiljer Bålsta station från centrumet. Vi har dock inget annat yrkande eftersom det blev som det blev.

#### Anförande nr 138

Conny Fogelström (S): Fru ordförande! Tack, Sven-Inge, för en angelägen motion! Jag sitter ju med i färdtjänstnämnden nu och satt med i dåvarande färdtjänstutskottet, som redan förra sommaren hade denna motion på dagordningen. Man beslutade då att tillstyrka den.

Per Carlberg tog precis upp det här: Det finns en distinktion som man ändå ska ta i beaktande när man tolkar detta i fortsättningen. Skillnaden mellan Gnesta och Bålsta är att pendeltågstationen i Gnesta ligger mitt i byn. När man kommer ut från pendeltågstationen ligger Konsum rakt fram. Där ligger även vårdcentralen och annan samhällsservice. Men om man åker till Bålsta station har man drygt 300 meter ned till centrum, där motsvarande serviceinstitutioner finns.

Om man tolkar detta alltför strikt så att chaufförerna kör till stationen måste man rimligtvis som synskadad eller om man har någon form av annat handikapp beställa en resa mellan stationen och centrum. Jag tycker inte att vi av administrativa skäl eller kostnadsskäl ska hamna i detta. Detta kan ses som en vädjan till Fredrik i hans egenskap av ordförande i färdtjänstnämnden att ha koll på detta och se till att tillämpningen inte blir alltför rigid. Oftast vill man ju åka till centrum. Det är också det som tas upp i motionen. Men om Sven-Inge är nöjd är jag nöjd.

#### Anförande nr 139

Fredrik Wallén (KD): Fru ordförande! Om jag får vara lite jovialisk känner jag mig medhjälplig med att alla nu är nöjda. Det kan man leva på en liten stund denna vackra junieftermiddag.

Inom ramen för färdtjänstnämndens uppdrag följer vi som sagt hela tiden upp den praktiska färdtjänsten. På vårt uppdrag gör förvaltningen detta varje dag. Det handlar om att få en smidighet i hanteringen, det vill säga att man på väg till stationen inte åker förbi den plats som man ska till. Men det är ett praktiskt arbete som måste utföras noggrant så att det inte blir så att man till exempel i en geografiskt jättestor kommun, dit vi har sagt att det är rimligt att man kan få färdtjänst fram till pendeltågstationen, automatiskt även får färdtjänst till hela denna stora kommun.

Detta är något som vi hela tiden tittar på, och i det praktiska och på vårt uppdrag tittar vår förvaltning på detta dagligen. Jag ber att få tacka för en god debatt.

#### Anförande nr 140

Sven-Inge Nyland (S): Jag är nöjd med att det blev en förändring ganska snabbt efter att jag lämnat in motionen. Däremot är jag inte riktigt nöjd med Fredrik Walléns approach till dessa frågor. Det är klart att vi måste vara noggranna med hur vi använder pengar. Det måste vi i den vanliga kollektivtrafiken också. Men vi måste hela tiden underlätta för medborgarna.

Jag jobbar inte med färdtjänstfrågor annars men fick för en stund sedan för mig att googla lite grann på Västra Götaland. Jag undrade hur de gör. Då visade det sig att de har flera steg. De har ett antal kommuner inom vilka man får åka i första hand. Sedan finns det en möjlighet att göra regionresor inom ett större geografiskt område innan man kommer till riksfärdtjänst och sådant. Vi måste såklart hela tiden hitta bättre lösningar, som är ekonomiskt hållbara men som också känns rimliga för den resande och som ger även funktionshindrade möjlighet att åka på ett sätt som liknar de sätt som vi andra har. Jag är stolt men inte nöjd, får jag kanske säga.

#### Anförande nr 141

Fredrik Wallén (KD): Jag tror att vi ur en rad olika perspektiv – i alla fall i inställningen till det ekonomiskt hållbara – kan mötas på olika sätt. Det finns som sagt stora geografiska skillnader inom vårt avlånga land när det gäller färdtjänst. Även jag har både googlat och ringt och pratat om bland annat Västra Götaland.

Jag ska inte ge mig in i en fördjupad debatt om de brister och tillkortakommanden som kan finnas inom färdtjänsten i andra delar av vårt stora land. Utan jag vill bara återigen, och i synnerhet i min roll som färdtjänstnämndens ordförande, tala om att jag är väldigt glad över att färdtjänsten då och då i vårt oerhört stora ansvarsområde får en liten stund för debatt så här på fullmäktiges möte. Vem vet, vi kan kanske lite övergripande och över partigränser här i fullmäktige ses i olika sammanhang både över en kopp kaffe och mer formellt för att diskutera denna viktiga fråga.



## **§ 117 Bordlagd interpellation 2019:14 av Jonas Lindberg (V) om privata sjukförsäkringar inom sjukvården i Stockholmsregionen**

Anförande nr 142

Jonas Lindberg (V): Ordförande, ledamöter! Jag skrev denna interpellation eftersom jag är bekymrad över att vi tycks få ett alltmer tudelat kösystem till vår hälso- och sjukvård: de som omfattas av vårt gemensamma trygghetssystem och står i kö utifrån en medicinsk prioriteringsordning och de som har privata sjukvårdsförsäkringar, som faktiskt får snabbare tillgång till specialistsjukvård trots att deras behov inte är de som är mest alarmerande eller störst. Denna marknad växer inte helt omedvetet eller slumpmässigt. Att det blir vanligare beror på att vi har skapat och släppt in många vårdbolag i vår skattefinansierade sjukvårdsmodell som kan tillåtas att parallellt ha patienter som står i landstingsfinansierad kö samtidigt som man har en kö för patienter som har vård finansierad av privata försäkringar.

Försäkringarna säljs in med argument som att man ska få snabbare tillgång till vården och slippa vänta i köer. När man som i dag har en utveckling med bristande tillgänglighet inom vårt hälso- och sjukvårdssystem och det är svårt att få vårdplatser tror jag att det lätt blir så att man ser om sitt eget hus och vill armbåga sig fram. Det är i sig en sorglig utveckling.

I interpellationen frågade jag hur många av våra utförare av sjukvård som tar emot patienter vars vård finansieras med privata sjukvårdsförsäkringar. Det vill man inte svara på. Det är klart, tänkte jag, att vi som beställare av vård kan ställa en fråga till samtliga av våra upphandlade verksamheter och de som finns inom lagen om valfrihet för att höra om de har eller inte har verksamhet som riktar sig till patienter vars vård finansieras med privata försäkringar.

Jag har därför tittat runt lite på olika hemsidor. Så här står det till exempel på hemsidan för en mottagning som verkar inom vårdval neurologi: Väntetiden för våra landstingspatienter är för närvarande 24 veckor för besök till neurolog och ca 3–6 veckor för neurofysiologisk undersökning. Neurologmottagningen tar även emot patienter via något av de försäkringsbolag vi har avtal med. Läkartid bokas i försäkringsbolaget.

När jag själv har ringt till denna mottagning har man först varit ganska undflyende när jag ställt min fråga, men sedan har man medgett att väntetiderna för patienter med privata sjukvårdsförsäkringar är markant kortare än de 24 veckor som alla andra får vänta. Är det så här vi ska organisera vår hälso- och sjukvård så att några går före i kön och där vi använder vårdverksamheter som i huvudsak får sin verksamhet finansierad med skattemedel samtidigt som de ägnar sig åt att ta emot vissa patienter före alla andra?

Anförande nr 143

Regionrådet Starbrink (L): Ordförande, fullmäktige! Tack för interpellationen! Den har ju blivit liggande ett tag eftersom vi var tvungna att bordlägga den, men nu tar vi en diskussion om den.

Att några väljer att helt privat eller via sin arbetsgivare teckna en sjukvårdsförsäkring är vars och ens fria val. Ca 643 000 människor i Sverige har en privat sjukförsäkring, och ungefär 70 procent av försäkringarna betalas av arbetsgivaren efter kollektivavtal mellan arbetsgivare och fack. En stor del av försäkringarna är alltså gruppförsäkringar mellan fackförbunden och arbetsgivarna.

HSN beställer hälso- och sjukvård för Region Stockholms räkning för att tillförsäkra invånarna i vårt län en god hälso- och sjukvård utan onödig väntan. Vi har också kortare köer här än i landet i stort. Detta har vi diskuterat många gånger förut. Region Stockholm har ingen uppfattning om hur många privata företag som har patienter från andra regioner eller patienter som finansierar sin vård genom försäkringslösningar eller på andra sätt. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har enbart insyn i den vård som vårdgivarna utför på Region Stockholms uppdrag. Det är en ganska märklig tanke att vi ska hålla på och snoka i privata företags kundlistor i övrigt när det gäller andra kunder än Region Stockholm. Jag tycker inte att vi ska lägga vår utredningskraft eller skattepengar på att kontrollera detta.

Vi ska däremot se till att patienterna i vår region ska få vård i tid och utan onödig väntan. Att korta köerna och sedan hålla dem korta är en av våra viktigaste uppgifter. Om några sedan väljer att trots korta köer och en väl fungerande sjukvård finansiera och ordna sin vård på andra sätt må vara upp till dem.

Min inställning är att hälso- och sjukvården i Sverige i huvudsak ska vara offentligt och solidariskt finansierad, men det betyder inte att jag vill förbjuda andra lösningar. Jag vill inte tvinga invånarna att bara vända sig till Region Stockholm och till de lösningar som vi erbjuder. I första hand betalas ju vården i dag med skattemedel, och så tycker jag att det ska vara. Det bästa sättet att utmana försäkringslösningarna är att se till att vi har korta köer och god kvalitet.

Det är dessutom viktigt att påpeka att det i våra egna verksamheter inte finns någon möjlighet att med försäkringslösningar gå före i någon kö, om man till exempel behöver komma till ett akutsjukhus i regionens regi. Där är det viktigt att vi säkerställer att köerna hålls så korta som möjligt och att alla får vård i tid.

#### Anförande nr 144

Karin Fälldin (C): Ordförande, ledamöter, åhörare! Vårt uppdrag är, precis som interpellanten skriver och som Anna också var tydlig med, att erbjuda en god vård på lika villkor till hela befolkningen. Vi är alltså inte ålagda att förbjuda eller begränsa privata initiativ till mer vård. Att göra det vore snarare kontraproduktivt. Våra avtal med vårdgivare har samma högt ställda krav, oavsett om privata sjukförsäkringar finns eller inte. De konkurrerar inte med oss, utan de är en tillgång.

Delvis innebär det mer resurser till den allmänna hälso- och sjukvården, då vissa patienter i stället tas om hand helt privat. Den största tillgången är dock den förebyggande vård som ges i och med alla företag som erbjuder sina anställda sjukförsäkringar för både hälsokontroller och behandlingar. De upptäcker högt blodtryck mycket tidigare än vad som annars hade varit fallet. De får genom samtal och information många att ställa om både kost och motion till en hälsosammare livsstil. Många hälsoeffekter skulle alltså försvinna om vi försökte förbjuda den privata marknaden på hälsoområdet.

För vissa privata vårdgivare innebär också försäkringspatienter en möjlighet att bygga upp en större organisation som ger skalfördelar. Organisationen och bemanningen för den allmänna hälso- och sjukvården blir på så sätt också mer stabilt. Vi är helt enkelt en region med en mångfald av stabila vårdgivare och med ett stort vårdutbud för våra medborgare.

I stället för att försöka förbjuda vård tycker jag att det är intressant att fundera på varför behovet av privata lösningar efterfrågas. Vi måste självklart fortsätta att utveckla den allmänna hälso- och sjukvården för att möta ett växande behov. Att vi införde avtalsformen med vårdval tror jag är det största vi har gjort för att göra något åt det behov som finns av privata försäkringar. Om vi inte hade gjort det hade vi haft många fler sådana. Detta tycker jag vore intressant för Vänsterpartiet att fundera över.

#### Anförande nr 145

Jonas Lindberg (V): Det största som vårdvalen gjort är att driva på utvecklingen av fler privata sjukförsäkringar, inte färre. Om vi inte hade haft ett utbyggt vårdnätverk med bolag som tar emot patienter med privat sjukvårdsförsäkring hade den här utvecklingen inte kunnat ske. Det är det som är konsekvensen, och det har ökat i takt med att ni etablerat fler och fler vårdval.

Problemet är inte att en individ tänker att han eller hon vill skydda sig själv, se till att få vård snabbt, utan det handlar om att patienter med vissa typer av försäkringar prioriteras och kommer in till vården före andra patienter som inte har förmånen att ha en försäkring. Om vi vill ha ett väldigt uppdelat hälso- och sjukvårdssystem som är dyrare och mer ojämnt, ja då ska vi ha mer försäkringar. Det finns inget land som kan motbevisa den utvecklingen. Vi har USA som det värsta exemplet, som bygger hela sin hälso- och sjukvård på privata sjukvårdsförsäkringar. Det finns inget

mer uppdelat sjukvårdssystem i världen än det i USA. Därför undrar jag: Kan inte alla skaffa sig en försäkring så är problemet ur världen?

År 2017 deltog Skandias vd Frans Lindelöw i ett panelsamtal i Almedalen där han sade så här: Jamen, det är ju hela idén med försäkringen. Det är ett kollektiv som går ihop va', och skulle du ta in en svårt cancersjuk skulle det kosta kollektivet och höja deras premier.

Det handlar alltså om citroner och persikor. Om ett försäkringsbolag tar in sjuka individer, det vill säga citroner, så kommer premierna att stiga. Då vill friska individer, persikor, inte vara med längre. Citronerna skapar ett snedvridet urval som försurar marknaden för privata försäkringar. Enda sättet att undvika försurning är att minska antalet citroner. Du måste därför bevisa att du är en persika och frisk om du vill teckna en försäkring. Det är väldigt tydligt att detta är vanligare bland patienter med hög inkomst och lång utbildning, och framför allt är det män under 50 år som får dessa försäkringar.

Vi har en tydlig behovs- och prioriteringsordning för vår hälso- och sjukvård. Genom att blanda patienter med privata sjukvårdsförsäkringar in i den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården, som bygger på en tydlig behovsprioritering, sätter vi hela fundamentet för vården ur spel. Vi har inte oändligt med sjukvårdsresurser i det här landet, långt därifrån, och det är en tydlig prioritering bort från behovsstyrning om ett team av vårdpersonal på en mottagning ägnar tid åt att ta emot patienter med privat försäkring i stället för att jobba av den regionfinansierade kön. Då får vi växande köer och patienter som får vänta mycket längre än vad de egentligen skulle behöva vänta.

Jag tycker att det borde få konsekvenser att bryta mot den turordningsregeln i hälso- och sjukvårdslagen. Den lagen är i dag tandlös. Man kan organisera vården på det sättet utan att det får konsekvenser. Jag menar att en konsekvens skulle kunna vara att man inte fick skattestöd.

Anförande nr 146

**Bengt Larsson (V):** När jag läser svaret får jag en upplevelse påminnande om Joseph Hellers bok *Moment 22*, ni vet den som kom någon gång på 1970-talet. Jag läser ur boken: Man blir tokig om man utför fler bombflygningar och normal om man inte gör det, men om man är normal måste man utföra dem och om man utför dem är man tokig och behöver inte göra det.

Ungefär så menar jag att svaret är på den här interpellationen. Så här skriver man i svaret: "Region Stockholm ställer krav på att vårdgivare ska särskilja sina verksamheter om de bedriver både offentligt finansierad vård och helprivat vård." Man skriver också: "Region Stockholm har ingen uppfattning om hur många privata företag som har patienter från andra regioner eller som finansieras genom försäkringslösningar eller på andra sätt."

För mig går det inte ihop. Om man ska ställa krav på vårdgivarna att särskilja sina verksamheter men sedan inte vet vad som ska särskiljas tycker jag att det är mycket märkligt.

Anförande nr 147

**Regionrådet Starbrink (L):** Ordförande! Jonas Lindberg säger att vårdvalen framför allt lett till att försäkringsmarknaden har exploderat. Nej, mina vänner! Vårdvalen har lett till kortare köer, ett kraftigt utökat vårdutbud i vår region och en utveckling av vårdverksamheterna som vi inte sett maken till tidigare. Under kort tid, under bara ett decennium, har vi haft en fantastisk utveckling. Den tycker jag att vi ska bejaka.

Hälso- och sjukvården ska i första hand vara offentligt finansierad via skattemedel, precis som den är i dag, men jag vill inte förbjuda den som vill göra någonting annat, den som vill skaffa sig en privat försäkring. Jag vill vässa vår sjukvård så att det inte ska vara lönt att ha en privat försäkring. Det är så vi kan göra vårt eget hälso- och sjukvårdssystem i Region Stockholm robust.

Jag vill bekämpa ohälsa och sjukdom och främja hälsa. Du vill bekämpa privata aktörer i välfärden, och det kommer bara att leda till ett sämre vårdutbud oavsett vem det är som betalar fakturan från vårdgivarna.

Anförande nr 148

Karin Fällidin (C): Jag vill vara tydlig med att vi med våra offentliga medel ger allmän hälso- och sjukvård till alla våra medborgare på lika villkor. Där finns ingen motsättning. Om man, som interpellanten vill, tar bort den helt privata marknaden innebär det att förutom att valfriheten försämrats säger vi till alla dem som sjukvårdsutbildar sig i det här landet att de bara har en arbetsgivare och det är offentlig sektor. Det är enda alternativet för att Jonas lösning ska fungera, och det är jag verkligen inte beredd att stödja.

Anförande nr 149

Jonas Lindberg (V): Nu är det inte det som står i interpellationen, utan interpellationen handlar om varför man ska ha två köer in till sin mottagning där man blandar skattefinansierade patienter med dem med privat sjukförsäkring. Det är vad det handlar om. Det handlar inte om att man ska stänga ned varenda privat vårdcentral i vartenda gathörn. Det finns inte någon sådan andemening i interpellationen.

Ni svarar inte på frågan. Nog är det väl märkligt att en mottagning skriver på sin hemsida att väntetiden är 20 veckor och när man sedan ringer dit och frågar hur lång väntetiden är för de patienter som har en privat sjukvårdsförsäkring är svaret två veckor. Är inte den slutsats man kan dra av hur dessa privata sjukvårdsförsäkringar slår att man kan gå före alla andra för att man har förmånen att kunna teckna en försäkring? Det strider mot det fundament som vi bygger vår hälso- och sjukvård på, och ni har inte svarat på varför man ska fortsätta att bryta mot det.

Anförande nr 150

Lisa Rasmussen (V): Ordförande! Som Jonas säger har de inom majoriteten inte svarat på frågan. Det finns alltså en undanträngning av den offentligt finansierade verksamheten när man får blanda verksamheterna. Mig veterligen är det så i de flesta länder där man har båda delarna, både privatfinansierad vård genom försäkringar och annat och offentligt finansierad, att man inte får ha dem inom samma verksamhet utan man måste göra tydlig åtskillnad mellan dem. Ni svarar inte på det.

Om det är så att man kan blanda dessa verksamheter så nyttjar man också kapaciteten hos den offentligt finansierade verksamheten för det privata. Frågan är om de privata vårdgivarna skulle ha det stora underlaget och möjligheterna till de stora resurserna om det inte vore så att mycket av det är offentligt finansierat i form av apparatur och andra resurser som behövs.

Anförande nr 151

Stellan Hamrin (V): Ordförande! Mina kamrater har tydligt redogjort för problemet och vi har, som det händer ibland, inte fått något svar. Därför kan jag inte låta bli att tydliggöra det hela ytterligare även om det inte borde behövas.

Majoriteten har förklarat att vi ska ha en god vård på lika villkor. Privat finansiering ger snabbare vård. Är det vård på lika villkor, tycker ni? Om inte, vad vill ni göra åt det?

## **§ 118 Bordlagd interpellation 2019:15 av Catarina Wahlgren (V) om barn- och ungas psykiska hälsa**

Anförande nr 152

Marit Normasdotter (V): Ordförande, ledamöter och webbtittare! Vi ska prata mycket psykisk ohälsa vid detta fullmäktige, och det är bra. Vi behöver prata mycket mer om psykisk

ohälsa. Det är enda sättet att få bort stigmat kring det. Men framför allt behöver vi i den här salen gå till handling. Det är dags för den blågröna majoriteten att prioritera hälso- och sjukvårdslagen före aktiebolagslagen.

Att det finns vita fläckar i vårdutbudet när det kommer till första linjens psykiatri för barn och unga är en skam. Ni som styr sviker vår framtid. Det är naivt att tro att marknaden ska lösa problemen. Köerna växer då fler och fler behöver hjälp. När BUMM läggs ned, till exempel i Järfälla, ökar avståndet för barn och unga att få adekvat hjälp. Att den mottagningen inte har första linjens psykiatri är anmärkningsvärt. Och som lök på laxen flyttar BUP från Järfälla till Sundbyberg. Det är en skam att det ser ut så i vårt län. Det är ett svek mot de unga i bland annat de socioekonomiskt utsatta områdena.

Det är dags för den blågröna majoriteten att göra om och göra rätt. Jag hoppas att den pågående förstudien ska ge svar på detta. Det är mycket glädjande att den blågröna majoriteten har med geografisk spridning av mottagningar i den pågående förstudien om utbudet av vård och stöd för barn och unga med psykisk ohälsa. Det ska bli intressant att se vad förstudien kommer att visa när det gäller samordningsansvar och styrmodeller, som Anna Starbrink nämner i sitt svar. Från Vänsterpartiets sida hävdar vi ofta att vårdvalsmodellen med etableringsfrihet inte är optimal för att möta behovet hos våra invånare. Det handlar om just geografisk spridning.

Av svaret får man uppfattningen att första linjens psykiatri för barn och unga är någonting som kommer att startas i januari 2020 i form av ett uppdrag hos vårdcentraler och husläkarmottagningar. Det gör mig lite förvirrad. Är det inte redan i dag ett tilläggsuppdrag som ett antal BUMM i regionen har? Är den strukturen tänkt att förändras? Blir det ett uppdrag som samtliga vårdcentraler kommer att få? Utifrån svaret uppfattar jag det som att det rör sig om en helt ny verksamhet som ska ha ett stort samarbetsansvar med bland annat BUP, elevhälsan, socialtjänsten, ungdomsmottagningen och beroendevården.

Anförande nr 153

Regionrådet Starbrink (L): Ordförande, fullmäktige! Jag tyckte att interpellationen var intressant. Däremot tycker jag att inlägget nu var fullt av fluffiga ord om skam och skandal och saker som har flyttat. Ja, en verksamhet har flyttat av lokalskäl. Det som jag tycker är lite skam och skandal är om man tror att måttet på en verksamhets vikt är hur många gånger man kan hitta det i dokument om man använder söka-ord-funktionen på datorn, vilket interpellanten gjort när det gäller ungdomsmottagningar. Att söka sådana ord är naturligtvis inget mått på hur väl frågan är omhändertagen. Det är rent trams. Däremot är det givetvis viktigt att vi har ungdomsmottagningar i hela länet, och arbetet med att utveckla det pågår för fullt.

Du tar upp många frågor, Marit, och kritiserar som om det var fråga om katastrof. Man undrar vilka ord du skulle ta till om det uppstod en katastrof på riktigt. I själva verket har barn- och ungdomspsykiatri i vår region utvecklats kraftigt. Vi har fått ett betydligt större utbud riktat till våra patienter, våra barn och ungdomar i regionen. Det är en metodutveckling som gynnat många, inte minst genom digitala lösningar. Det är en kraftig utbyggnad, och dessutom har vi kraftigt förkortade köer. Det är jag stolt över, men jag är inte nöjd.

Vi behöver arbeta vidare, och därför pågår ett utvecklingsarbete, inte minst kring första linjens psykiatri, där ungefär 40 vårdcentraler och barn- och ungdomsmedicinska mottagningar inkluderas i dag. Men det måste nå ut till fler. Det är början på ett stort utvecklingsarbete som behöver pågå under lång tid, för vi måste nå ut till fler. Jag hoppas verkligen att det arbetet kan göras mer seriöst än genom att tala om skam. Jag skäms inte över Stockholms sjukvård. Jag är stolt över den.

Anförande nr 154

Marit Normasdotter (V): Att svika våra sjuka barn och unga är att svika vår framtid, vilket man gör när man lägger ned fungerande mottagningar. Det vi hittills sett av vårdvalssystemet är att det finns vita fläckar speciellt i den södra delen av länet där det finns socioekonomiskt utsatta

områden. Jag kan inte tolka det på annat sätt än att det är en skam. Det är vårt ansvar här i salen att täcka upp för de unga som behöver den hjälp som finns vid BUMM.

Det är ett stort uppdrag, och vi måste också tillföra resurser till arenan för möten. Erfarenheter från till exempel Norrtälje visar att samlokalisering är en viktig förutsättning för samarbete av det slaget. Frågan infinner sig om vårdcentralerna verkligen är rätt hemvist för den här verksamheten. De ska enligt svaret kunna ta emot grupper som tidigare inte nåtts av insatser.

Vad beträffar BUP-mottagningarnas utveckling blir jag inte riktigt klar över om det går mot färre antal mottagningar som är mer specialiserade eller om strukturen kommer att se ut ungefär som i dag med tillägget att mottagningarna måste få uppdraget mellanvård. Det är även oklart om det är ett uppdrag som samtliga mottagningar kommer att få eller om det kommer att vara ett tilläggsuppdrag. Formuleringen att detta ska bidra till mer jämlik vård ger uppfattningen att uppdraget gäller samtliga mottagningar. Min förhoppning är att det ska kunna innebära samarbete med organisationer, till exempel terapikolonier, vilkas verksamhet kan betraktas som just mellanvård.

Det är glädjande att även Anna Starbrink anser att ungdomsmottagningarna utför ett viktigt arbete när det gäller ungas psykiska hälsa. Alltför ofta ramlar man fortfarande över uppfattningen att ungdomsmottagningarnas verksamhet bara handlar om sexuell hälsa, om barnmorskor och om tjejer. Även om en majoritet av dem som besöker en ungdomsmottagning fortfarande är flickor är det en verksamhet som vänder sig till alla unga människor. Förutom barnmorskor finns där också kuratorer och läkare att tillgå. Ungdomsmottagningarna är viktiga i synnerhet ur ett geografiskt perspektiv.

Anförande nr 155

S u s a n n e N o r d l i n g (MP): Du sitter själv med i Psykiatriberedningen, och den här frågan har vi berett så långt som förvaltningen är klar med de utredningar som vi bett dem göra för oss. Men jag ska förklara det ytterligare en gång utifrån att det är fråga om en pyramid.

Den stora basen är en strategi för främjande av psykisk hälsa 2020–2026. Det är ett samarbete som vi måste göra med företag, civilsamhället, kommunerna, för när vi ska främja psykisk hälsa måste vi jobba tillsammans. Det är inte bara vårt.

Nästa steg, när vi kommer in på vård, är vårt ansvar. Där finns första linjen som vi håller på att stärka upp och som ska omfatta alla 209 vårdcentraler. De har ett tydligt uppdrag, 0–100 år, men eftersom flera vårdcentraler är små kommer de inte att själva kunna ha en robust verksamhet ur arbetsgivar-, arbetstagar- och patientperspektiv. Det betyder att jag som patient ska kunna välja en terapeut både om jag är barn och om jag är vuxen. Det i sin tur betyder att flera vårdcentraler måste börja samverka, men uppdraget kommer att ligga hos alla vårdcentraler. Så är uppdraget till förvaltningen.

Hur exakt det hela ska organiseras, hur många det blir, har vi inte på bordet ännu eftersom vi inte fått tillbaka det. Det pågår samtal med *stakeholders*, med dem som verkligen berörs av förändringen. Det gäller såväl patientorganisationer som verksamheter. Det arbetet är alltså pågående och finns tydligt beskrivet i svaret som du fått på interpellationen.

Nästa nivå är BUP, som är en specialistnivå. De ska inte ta hand om första linjen, som är en måttlig och lindrig psykisk ohälsa. De ska ha specialistkompetens på toppen och därför ska de ta hand om neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, svårare diagnoser och svårare behandlingar. De behöver inte ha lika tydlig geografisk spridning som första linjen behöver ha. Närheten och den geografiska spridningen behöver finnas inom ramen för första linjen och vårdcentralerna. Det finns inget uppdrag till BUP att de ska lägga ned, slå ihop eller liknande, utan de ska få förutsättningar att kunna jobba på toppen av sin kompetens.

När Socialstyrelsen gjorde en ny utredning, den kom för bara ett par veckor sedan, visade den att när det gäller BUP-tillgänglighet ligger vi trea i landet. När det däremot gäller första linjenverksamheten ligger vi femma nerifrån, och därför behöver vi skärpa upp första linjen.

Vad beträffar ungdomsmottagningarna ligger också de utanför vårddelen, så att säga, eftersom du har rätt att vara anonym när du vänder dig till ungdomsmottagningen. Du ska kunna få psykosociala samtal och stöd där, men det är fortfarande möjligt för dig som ung att vara anonym.

Anförande nr 156

Elinor Odeberg (S): Presidiet, fullmäktigeledamöter och åhörare! Jag hade inte tänkt gå upp i det här ärendet, men jag tycker att temat är så pass viktigt att vi behöver ha en värdig debatt.

Jag skulle vilja återgå till den viktiga fråga som interpellanten ställer om hur vi säkerställer att vi inte har några vikta fläckar inom första linjen, att vi har jämlik tillgång till första linjen. Jag delar helt den beskrivning som Susanne ger av pyramiden. Vi ska också se till att vi verkligen låter förvaltningen arbeta fram ett bra förslag.

Det jag vill veta av dig, Anna Starbrink, som ansvarigt regionråd för dessa frågor, är hur du ser på de eventuella förslag som läggs fram, om det är ett förutsättningslöst angreppssätt på de vita fläckar som vi har till följd av den ojämlika etableringen. Som exempel kan nämnas att 0,5 procent av barnen i Rinkeby/Kista får hjälp inom första linjen i dag medan det är 4 procent i Lidingö. Det är alltså åtta gånger mer troligt att barnen i Lidingö får hjälp för lättare psykisk ohälsa än barnen i Rinkeby/Kista. Om vi tar första linjen i västerort som exempel har de två psykologer på 45 000 barn. Det är, milt uttryckt, ett underutbyggt område och också ett viktigt område.

Jag vill återigen be dig berätta, Anna, eftersom du tar debatten, hur du ser på de eventuella förslag som förvaltningen lägger fram och hur förutsättningslös du är i synen på de förslagen.

Anförande nr 157

Regionrådet Starbrink (L): Ordförande! Tack för frågan! Det är svårt att nu säga vad jag har för syn på eventuella förslag från förvaltningen, men mitt sinne är öppet och jag tar gärna del av intressanta förslag på hur vi kan utveckla psykiatrin. Att mota bort den psykiska ohälsan hos dem som drabbas av psykisk sjukdom är naturligtvis helt centralt. Vi får återkomma till det när vi har mer konkreta förslag.

Anförande nr 158

Elinor Odeberg (S): Det gläder mig naturligtvis att höra. Det vore verkligen synd om den här frågan fastnade i en ideologisk läsning kring vissa styrmodeller vad gäller barns och ungas psykiska ohälsa.

## **§ 120 Bordlagd interpellation 2019:17 av Marit Normasdotter (V) om den minskade produktionen inom psykiatrin trots ökad psykisk ohälsa i länet**

Anförande nr 159

Marit Normasdotter (V): Ordförande! Det är några månader sedan jag skrev interpellationen. Orsaken till det var att vi fick en årsredovisning presenterad i hälso- och sjukvårdsnämnden vid februarimötet. Där kunde vi läsa att både antalet läkarbesök och antalet vårdtillfällen hade minskat med 2 ½ procent inom psykiatrin och att psykiatrin visar på ett överskott på 60 miljoner kronor. Det hade varit väldigt bra om det hade stått att det var i förhållande till minskad psykisk ohälsa, men det gör det inte.

Vi får gång på gång larmrapporter om ökad psykisk ohälsa. Dessutom får vi rapporter om långa väntetider till olika psykiatriska specialismottagningar. Inom den allmänpsykiatriska vården har produktionen inte nått upp till den beställda volymen trots ökad verksamhet. Orsaken till det står

svart på vitt i redovisningen, nämligen att det handlar om bemanningsproblem. Det slår mot det faktum att vi inom den rättspsykiatriska vården går med stora underskott. Det är det stora slukhållet. Överskottet inom allmänpsykiatrin skulle alltså ha varit ännu större om vi inte hade haft en rättspsykiatrisk vård dit massvis med pengar försvinner för att täcka upp underskottet där.

Såväl inom barn- och ungdomspsykiatrin som inom beroendevården visar redovisningen på ett mindre överskott; inom den slutna beroendevården har överskottet inte varit så stort. Där är, står det, bemanningsläget något bättre. Jag har också fått höra att vi i år inte kommer att stänga ned en avdelning på S:t Göran, vilket varit fallet sex år i rad. Många beroendepatienter hamnar i allmänpsykiatrisk vård eftersom samsjukligheten inom den gruppen är stor. Därför undrar jag hur den blågröna majoriteten tänker agera för att undvika en liknande redovisning nästa år.

I svaret från Anna Starbrink tycker jag att det finns några märkliga bortförklaringar. Jag vet att man inte kan flytta över pengar från ett år till ett annat, men man kan förhindra att psykiatrin inte går med överskott år efter år. Även om 60 miljoner bara är 1 procent av årskostnaden skulle det vara ett mycket välbehövligt tillskott för att minska köerna till specialistbehandling.

#### Anförande nr 160

Regionrådet **Starbrink (L)**: Ordförande, fullmäktige! Tack för interpellationen som handlar om psykiatrin. Det är naturligtvis bättre med ett överskott än ett underskott. Allra bäst är det förstas om vi har budgeterat alldeles rätt från början, så att det stämmer på kronan. Men här är det en avvikelse från budgeten på 1 procent, detta sagt så att vi har storleken på avvikelsen klar för oss. Det är inte så att pengarna försvinner i något svart hål utan de går till regionens kassa och kan förstås användas till andra nyttiga saker. Det är mycket bättre att det kommer tillbaka lite pengar än att vi gör av med mer än vi har. Allra bäst är om vi träffar rätt.

Jag tycker att det gjorts ett gott arbete med att erbjuda psykiatrisk vård där behoven finns. Därmed inte sagt att inte även detta område behöver utvecklas ännu mer. Självklart behövs det. Det pågår ett stort utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen och i hälso- och sjukvårdsnämnden. Jag tror att ni som sitter i den beredning som Susanne Nordling leder har mycket insyn i det.

För övriga kan jag berätta om den utveckling som hittills skett under 2019 och som egentligen bara är en fullföljning av förra mandatperiodens utvecklingsväg inom psykiatrin. Det har blivit åtta nya vårdplatser i beroendevården inom SLSO, tio platser i barn- och ungdomspsykiatrin, också det inom SLSO, och ätstörningsvården har fått tre nya vårdplatser. Så småningom kommer en kraftig utbyggnad med 22 nya platser vid Psykiatri Sydväst; ombyggnad pågår på Huddinge sjukhus. Därtill kommer 65 nya vårdplatser vid Psykiatri Södra. Det är alltså en kraftig utbyggnad.

Jag kan oroa mig lite grann för huruvida man kommer att hålla budgeten i framtiden. Jag hoppas verkligen det, annars skapar vi stora problem. Men 1 procents överskott oroar mig inte så mycket.

#### Anförande nr 161

**Alfonso Morales Barrera (S)**: Ordförande, ledamöter! Tack, Marit Normasdotter, för en intressant motion! I dag diskuterar vi den psykiatriska vården i vår region, vilket är mycket positivt, för psykiatrin har stora utmaningar. Precis som regionrådet Anna Starbrink nämnde pågår en hel del nya saker. Det händer mycket positivt, men vi kan inte blunda för de brister som uppstår.

Att göra ett överskott kan låta trevligt. Det handlar om 1 procent, men om vi ser det i förhållande till annat är frågan vad det är som egentligen händer. Vi har i dag diskuterat jämlik vård. Vissa delar av regionen får inte riktigt den tillgång till psykiatrisk vård som andra delar får. Det i sig är ett problem. Ibland pratar man med specialister, läkare och psykiatrer, som säger: Tyvärr måste jag skriva ut patienten i förtid från en psykiatrisk klinik, trots att patienten inte är färdigbehandlad, på grund av att trycket på heltidsvårdplatser är så stort. Man måste skriva ut någon patient för att kunna skriva in någon annan som mår akut dåligt. Det är klart att det i sig är ett problem.



Jag pratar om bristen på personal, jag upprepar det, och jag tror att vi kan göra mer. Vi fokuserar väldigt mycket på sjuksköterskor, och det är jättebra att vidareutbilda sjuksköterskor till specialister inom psykiatrin, men det finns andra yrkesgrupper, till exempel skötare, som också behöver vidareutbildning. Den gruppen halkar efter. Jag tycker att vi alla, och särskilt den styrande koalitionen, ska se över den gruppen.

Vi har tagit upp rättspsykiatrisk vård och underskottet på 137 miljoner för det som kallas utomlänsplaceringar där patienter skickas till Norrbotten för behandling. Det medför naturligtvis stora kostnader, inte minst från ett samhällsekonomiskt perspektiv men också från ett individperspektiv. Det är inte värdigt att bli skickad så pass långt bort. Det medför problem för både patienter och anhöriga. Hur ska anhöriga kunna besöka sina nära när de är placerade så långt bort? Det kan man dock inte göra så mycket åt eftersom det är domstolarna som bestämmer det. Det gäller för psykiatriska kliniker att hitta vårdplatser för sådana patienter.

Som sagt, det görs mycket som är bra, men en hel del mer måste göras. Jag tror att vi behöver göra det tillsammans.

#### Anförande nr 162

**A n n e - M a r i e S t r ö m b e r g (V):** Jag tänkte uppehålla mig vid den tredje frågan i denna interpellation, nämligen samsjuklighet. Där skulle jag vilja veta lite mer om vad regionrådet planerar för den grupp som blivit mer och mer svårarbetad, nämligen de som har både en missbruksproblematik och psykisk ohälsa samtidigt. Här verkar det som att man bara får ha ett problem i taget.

Socialtjänsten har väldigt svårt att få hjälp med den gruppen, och vi ska veta att de blir fler och fler. Inom socialtjänstens missbruksenheter tycker man snart att det är mer regel än undantag att någon har båda problemen. Jag märker det själv när jag som nämndeman i förvaltningsrätten åker på psykrundor, alltså inom den psykiatriska tvångsvården. Majoriteten har båda problemen, det vill säga både psykisk ohälsa och missbruk. Det är där det blir svårt om man från psykiatrins sida kräver en längre sammanhängande tid av nykterhet och drogfrihet för att kunna komma in.

Nu är det så att många självmedicinerar. Man mår dåligt och missbrukar. Då blir man onykter och bråkig, mår ännu sämre och tar sig ett återfall innan den längre sammanhängande perioden har hunnit bli av. Den här gruppen måste vi på ett bättre sätt kunna ta hand om inom psykiatrin. Jag blev väldigt förvånad när jag såg att det var ekonomiskt överskott inom psykiatrin. Ja, det beror då definitivt inte på att det inte finns människor som behöver hjälp inom psykiatrin. Mina tidigare kollegor, uppsökande inom socialtjänsten i Stockholms stad, skulle kunna leverera hur många patienter som helst som har båda problemen. Att de har svårt att passa tider — no problem, uppsökarna vet hur man fångar upp dem och kommer gärna tillsammans med patienten.

Det jag också upplevde ibland när jag tidigare var aktiv inom socialtjänsten var att det krävs oerhört mycket för att dessa trasiga patienter själva ska söka vård. Det gör de inte alltid. Ibland klarar de inte av det, ibland har de inte sjukdomsinsikt och ibland behövs det någon som följer med.

Så snälla ni, öppna upp lite mer för dessa möjligheter! Det finns många människor som har denna samsjuklighet med både missbruk och psykisk ohälsa. Vi måste kunna jobba med mer än ett problem i taget inom psykiatrin.

Jag skulle gärna vilja veta vad regionrådet har för tankar om denna patientgrupp som är stor och som far väldigt illa.

#### Anförande nr 163

**S u s a n n e N o r d l i n g (MP):** Du får inte svar av regionrådet. Du får det av ordföranden i stället. Vi har inga stängda vårdplatser. Inom ramen för till exempel ätstörningsavtalen, som är nya för i år, har vi inte ens satt ett tak för antalet slutenvårdsplatser, utan det finns möjlighet att öppna

ytterligare platser när behov finns. Vi ser heller inte att vi kommer att behöva stänga vårdplatser i sommar på grund av personalbrist inom psykiatrin. Vi kommer att stänga en enhet för att vi samordnar oss, men det beror också på ett minskat söktryck. Det är alltså inte något som kommer att drabba patienterna.

När det gäller processkartor, som också finns med i interpellationssvaret, är det just för att man som patient ska kunna förstå vilken vård som ges, vilken tid och på vilken nivå och vad jag som patient har att förvänta mig. De processkartor som jag räknade upp tidigare, det vill säga tolv diagnoser för vuxna och barn, jag hann inte räkna upp dem alla, är minimistandard den vård du ska erbjudas när det gäller specialistpsykiatri.

Beträffande samsjuklighet har jag full förståelse för att vi måste göra mer. Där är jag väldigt glad för det beslut som socialutskottet på nationell nivå fattat enhälligt om att det ska vara en huvudman. Hur snabbt det går det vet inte jag, men det ska vara en huvudman så att vi inte har problemet med människor som hamnar mellan stolarna.

Jag hade i går förmånen att få träffa en föräldra-, anhörig- och berördgrupp om åtta personer som besökte mig för att diskutera samsjuklighet. Just vid samsjuklighet, det vill säga att du har psykisk ohälsa, en diagnos, och missbruk samtidigt, är det 30–50 procent som har båda problemen. Du har dubbelt så stor risk att hamna i missbruk när du har en diagnos. 23 procent av dem med alkohol- och drogproblem har också adhd. Det finns en mängd siffror som visar att det finns stor samsjuklighet, och många av dem har problem.

Vi har tittat på det i Stockholm, och man kan säga att det är strax under 300 personer som har riktigt stora problem. En del av dem har också hemlöshetsproblem. Den gruppen kommer vi nog att behöva titta extra på under den kommande mandatperioden för att på något sätt hitta en lösning för dem. Här har vi startat en dialog med Stockholms stad eftersom många av dem finns inom staden.

#### Anförande nr 164

**Marit Normasdotter (V):** Jag har några reflexioner kring det som Susanne Nordling pratade om, bland annat siffrorna som rör samsjuklighet. Jag tror att här finns ett stort mörkertal, för det är många i den gruppen som inte söker vare sig psykiatrisk hjälp eller missbrukshjälp. Det finns ett stort mörkertal vad gäller den gruppen.

Jag har jobbat inom missbruksvården med vuxna missbrukare sedan 2006, och jag har till dags dato ännu inte träffat på en patient med enkel diagnos. Samtliga som jag träffat i dessa sammanhang, och det är rätt många genom åren, har haft någon form av psykiatrisk diagnos eller ohälsa samt missbruk. Jag tror att det finns mycket att göra i den gruppen.

Sedan blir jag lite förbryllad över det som sades om att stänga en enhet för att minska söktrycket. Det förstår jag inte riktigt. Det låter som att man stänger en enhet för då är det färre som söker sig dit. Jag blir bara förvirrad över det.

Det är inte bra att vi går med överskott även om det bara rör sig om 1 procent av budgeten, för behovet ökar. Det vet vi. Vi får larmrapport på larmrapport om det.

När det gäller detta med att beroendevården ökat antalet platser med åtta är det nog väldigt bra, men samtidigt har polisen ändrat sitt arbetssätt, vilket innebär att ungefär 3 000 fler kommer till beroendevården i stället för att sättas i fyllecell. Det är mycket bra, missförstå mig inte, att de får behandling och vård i stället för att bli straffad för att de har en beroendesjukdom. Men det måste sättas i relation till att man byggt ut med åtta platser. Det kommer att komma fler patienter till beroendevården.

Det är svårt med sammanhållen vård för rättspsykiatriska patienter med utomlänsplacering med tanke på de långa avstånden, det vet jag. När vi ska ta emot dem i öppenvården efter att de varit placerade långt bort blir det jättesvårt att få ihop det. Vi behöver ta tillbaka dem till vårt eget län,

och då får vi ned kostnaden för rättspsykiatrisk vård.

#### Anförande nr 165

**Anne-Marie Strömberg (V):** Jag känner väl till att socialutskottet har fattat beslut om att sammanföra missbruksvården under en och samma huvudman, men det kommer att ta mycket lång tid innan det genomförs. Det är en väldigt stor apparat, det kräver lagändring och jag är rädd för att det kan sluta med att man bara flyttar mellanrummet mellan stolarna om man inte tänker sig för.

De samsjukliga är en mycket stor grupp. Det finns ett stort mörkertal eftersom människor som har ett omfattande och närmast ständigt pågående missbruk inte får några psykiatriska diagnoser. Det går inte att ställa diagnos för de tas inte emot om de inte är nyktra. Jag tror därför att andelen samsjukliga inom missbruksgruppen är mycket stor.

Det är en enorm apparat att ändra på lagen, och fram till dess måste vi se till att dessa människor får den vård de behöver. Då måste det finnas en öppenhet för att ta emot dem inom psykiatrin även om de inte har en längre sammanhängande tid av nykterhet och drogfrihet bakom sig. Så samarbeta med socialtjänsten! Det går om man vill!

#### Anförande nr 166

**Ella Tegsten (S):** Ordförande, ledamöter, åhörare! En av interpellantens frågor var vad regionrådet tänker göra för att säkerställa att bemanningsproblemet inte blir ett hinder för patienterna. I svaret från Starbrink sägs att det geografiska läget har haft betydelse för bemanningssvårigheterna. Tidigare talade vi om att göra en geografisk kartläggning av vårdbehovet i hela Stockholmsregionen, men det röstades ned.

Eftersom man hela tiden erkänner att det geografiska läget är ett problem men säger nej till alla försök att ta reda på hur stort problemet är blir min fråga: Hur kan du veta om vi har ett bemanningsproblem eller inte? Jag vet inte, det kanske bara är jag som inte hänger med.

#### Anförande nr 167

**Susanne Nordling (MP):** Låt mig börja med sommarsituationen. Man söker mindre psykiatri under sommaren. Det är alltså inte så att vi stänger för att minska söktrycket utan tvärtom, söktrycket är lägre under sommaren. Dessutom handlar det bara om att samordna. Är det så att det kommer fler patienter öppnar vi upp igen. Det är inte det som är problemet. Vi har inte personalbrist inom psykiatrin.

När det gäller utomlänspatienter håller jag med om att de rättspsykiatriska patienter som vi behöver behandla utomlänns är dyra både utifrån sammanhållen vård för dem och utifrån deras möjlighet att träffa sina anhöriga men också för att vi måste dammsuga Sverige på den typen av platser eftersom det inte är något som vi själva bestämmer. Det är ett rättsmedicinskt beslut fattat av domstol, och vi har att ta hand om dem som finns inom ramen för vår vård. Det är en problematik som gäller hela landet att vi har väldigt få platser inom rättspsykiatri.

Vad beträffar samverkan med socialtjänsten håller jag med. Det handlar om att vi har ett arbete att göra här och nu. Vi kan inte vänta på den förändrade lagstiftningen. Den kommer, men det tar tid.

#### Anförande nr 168

**Regionrådet Starbrink (L):** Ordförande! Jag fick en fråga om hur vi kan veta att det finns bemanningsproblem. Naturligtvis genom en dialog med arbetsgivarna, vårdgivarna. De beskriver en situation i en del av våra geografiska områden där det är svårare än på andra ställen att hitta bemanning.

Jag är inte säker på att jag förstår din koppling till den utredning som Talla Alkurdi har föreslagit tidigare och som handlar om vårdkonsumtion. Bemanningsfrågan var nog inte tänkt att ingå i den utredningen, som jag förstod det tidigare förslaget. Det viktiga tycker jag är att vi förstår att vi behöver arbeta med och utveckla bemanningen och se till att vi har en kompetensförsörjning som fungerar. I det ingår både att utbilda fler och att inse att olika geografiska områden har olika lätt att rekrytera folk – av olika skäl. Ibland är det av säkerhetsskäl, vilket känns extra dystert, ibland är det av andra orsaker.

Jag vet inte riktigt vad det var du ifrågasatte, men vi kan konstatera att det naturligtvis förs en dialog med arbetsgivarna om hur bemanningen fungerar.

Anförande nr 169

Marit Normasdotter (V): Jag tänkte bara kommentera detta med söktrycket. På min arbetsplats, Botkyrka socialtjänst, vet vi om att enheter inom slutna beroendevård varit sommarstängda. Mina kollegor har därför valt att inte skicka patienter till beroendevården eftersom de blir avvisade. Det har hänt massor av gånger. Du kan skaka på huvudet, men jag har själv suttit på avgiftningen med patienter som blivit avvisade för att det inte funnits plats. Man ger upp. Man gör inte någon planering till ett behandlingshem på sommaren eftersom man vet att det är jättesvårt att få igenom en avgiftning. Det är en av orsakerna till att söktrycket sjunker.

Anförande nr 170

Ella Tegsten (S): Med vårdkonsumtion menar jag medborgare som konsumerar tillhandahållen vård, och där borde väl psykiatrin ingå som något som man konsumerar.

Jag förstår inte vad det är du inte förstår, men om jag ska försöka förstå dig menar du alltså att ni vet att det finns ett geografiskt behov, att det finns en brist på bemanning och att en av förklaringarna är geografisk. Ni vet det för att ni för en dialog med vårdgivarna. Men då utgår ni från att det är vårdgivarna som står i fokus. Det viktigaste måste väl ändå vara patienten, den som man först utgår ifrån.

För att vi ska ha en god patientsäkerhet måste bemanningen säkerställas. I den bemärkelsen kan jag fortfarande inte förstå det, för ni erkänner att den geografiska placeringen, var verksamheten är placerad, är en faktor i bemanningen men ni säger inte vad ni ska göra åt saken.

## **§ 121 Interpellation 2019:18 av Talla Alkurdi (S) om vårdens beredskap inför sommaren 2019**

Anförande nr 171

Regionrådet Alkurdi (S): Vi socialdemokrater har vid många tillfällen ställt frågan hur sommarsituationen ser ut för regionens sjukvård. Det är inte utan anledning vi ställer frågan gång på gång. Vi har nämligen fortfarande i färskt minne hur 20 akuta canceroperationer ställdes in 2017 på grund av brist på operationssjuksköterskor på Karolinska, hur vårdplatsbristen innebar att ett flertal av patienterna senare avled, bland annat Bertil Gustafsson, som vände sig till Dagen Nyheter med vad han bedömde var ett systemfel och som han hoppades inte skulle upprepas.

Det är av den anledningen jag väcker interpellationen. Sommaren är runt hörnet, och när man tittar på de vådrapporter som vi får från förvaltningen, de som skickas ut till politikerna i regionen, visar det sig att förvaltningen bedömer att läget är så som det var förra sommaren och att det skulle behövas minst 150 fler vårdplatser. Låt oss komma ihåg att 2018 ställdes ungefär 7 900 operationer in. De flesta av dem, ungefär 3 000, ställdes in på Karolinska, vilket motsvarar ungefär 6 procent av samtliga operationer på Karolinska.

Låt oss också komma ihåg att vårdköerna vid länets akutmottagningar stadigt ökat de senaste åren, så även under 2018. Egentligen är det inte en sommarsituation vi har utan det är permanent kris på våra akutsjukhus. Krisnivåer blir normalnivåer, nya krisnivåer blir nya normalnivåer. Nu ser vi

att 2018 års sommarsituation är en normalnivå för 2019.

Det kräver såklart åtgärder, för det drabbar inte bara operationsköerna. Nyligen kom en larmrapport som P4 rapporterade om, nämligen att det kommer att bli listningsstopp på flertalet av länets förlossningskliniker. Det blir på grund av bristande personalpolitik en kedjereaktion då man inte kan upprätthålla öppna vårdplatser.

Mot bakgrund av det sagda ställer jag frågan: Hur ser beredskapen ut för sommaren 2019 och vad händer med köerna?

Anförande nr 172

Regionrådet Starbrink (L): Ordförande, fullmäktige! Tack för din interpellation, Talla Alkurdi, som handlar om sommarsituationen. Det är som du säger ett återkommande ämne, och det inte utan orsak. Det är alltid en tuff situation på sommaren. Vi har diskuterat det tidigare i dag, vi har diskuterat det många gånger förr och jag tror att vi kommer att ha anledning att återkomma även framöver eftersom sommaren lär återkomma.

Inför varje sommar måste vi tillförsäkra våra medarbetare i hälso- och sjukvården semester. Effekten av det blir förstås att vi får det ännu svårare med bemanningen eftersom vi inte har ett lager av extra medarbetare att plocka fram i semestertider. Därför pågår sedan lång tid ett intensivt förberedelsearbete för sommaren, ett planeringsarbete och ett samordningsarbete. Min uppfattning är att de lärdomar man dragit bland annat av 2017 och de tragiska händelserna då patienter inte fick tillräcklig vård har lett fram till att våra sjukhus är bättre samordnade i dag, samarbetar mer med varandra.

Vi har också byggt ut vården på flera viktiga områden för att göra vården mer tillgänglig även utanför akutsjukhusen. Jag syftar förstås på ASIH, den avancerade sjukvården i hemmet, men också på närakuterna som sedan förra sommaren tillkommit ytterligare. Dessutom ser vi att allt fler kan få vård i den öppna specialistvården. Det är viktigt och bra inte bara för sommaren utan för vården året om. Det blir ett mer robust system.

Det är ingen som tror att det blir enkelt. Jag vet att man på sjukhusen, men också hos andra vårdgivare, arbetar hårt för att den här sommaren ska bli så välförbered och så bra som det bara är möjligt. Jag tror inte att jag ska gå in på detaljer kring olika enheter i vården, det blir lite väl detaljerat, men det finns alla möjligheter att följa sommarsituationen, det har ni säkert noterat, på vår hemsida. Där kan man också se vad gäller förlossningsvården specifikt, som Talla Alkurdi nämnde, att det går att lista sig fortfarande för förlossningar under sommaren. Även där arbetar man intensivt med att förbereda, planera och samordna verksamheterna så att Stockholms födande kvinnor ska kunna känna sig trygga med att det finns en förlossningsplats när det är dags.

Anförande nr 173

Henrik Åkerlund (SD): Ordförande, fullmäktige, ledamöter! Vi sverigedemokrater ser mycket positivt på det initiativ som väcks och delar den problematik som beskrivs i interpellationen. Hälso- och sjukvårdens beredskap är ett ständigt återkommande problem inför sommaren, vilket i allra högsta grad drabbar Region Stockholm men även landets övriga regioner. Vi instämmer i den bild som interpellanten Talla Alkurdi ger när vi ser att vi har patienter som riskerar att dö inom slutenvården på grund av att de inte ges vård eller behandling i tid under sommaren. Det tyder på att någonting fortfarande är allvarligt fel i den kliniska vården.

Detta är ett av flera problem som hälso- och sjukvården står inför och ska inte få förekomma inom regionen när vi samtidigt vet att det finns högkvalitativ vård som kan erbjudas på något av regionens akutsjukhus.

I svaret på interpellationen skriver Anna Starbrink att regionen har utökat de alternativa verksamheterna. Man har exempelvis utökat antalet platser inom ASIH, man har öppnat fler närakuter, man har infört fler jourläkarbilar samt utökat ambulansverksamheten. Dessa nu

nämnda åtgärder kan säkert ha viss effekt, men de utgör endast en liten del i förhållande till hur omfattande problemet faktiskt är eftersom de flesta problem vi ser kräver den beredskap som finns på våra stora akutsjukhus. De verksamheter jag nämnde har ganska begränsade resurser att vårda patienter om vi tänker att patienten blir akut sjuk och hamnar i ett kritiskt tillstånd. Då är det ofta fråga om en högre vårdnivå för patienten, vilket i de flesta fall endast finns att tillgå på något av våra akutsjukhus. Och det är där vi har de svåraste problemen.

I min bakgrund som sjuksköterska inom akutsjukvården i Region Stockholm känner jag väl till hur sommarmånaderna kan se ut. Jag tror inte att år 2019 kommer att vara något undantag när det gäller en förstärkt vårdkris.

Ångest inför sommaren är något som all vårdpersonal har, mer eller mindre, och då handlar det inte om att de oroar sig för hur sommarvädret kommer att bli utan snarare för hur vårdtyngden och arbetsbelastningen kommer att vara.

Anförande nr 174

Jonas Carlsson (V): Ordförande, fullmäktige och åhörare! Detta är en intressant interpellation med ett bra svar. Jag har dock en fråga angående svaret. Man anger att närakuterna är en förstärkning av åtgärderna inför sommaren när det gäller Stockholms akutsjukvård. Då ställer jag frågan till Anna Starbrink. Såvitt jag vet har inte uppdraget eller kapaciteterna för närakuterna förändrats på något sätt inför sommaren. Då undrar jag på vilket sätt de stärker upp sommarsjukvården och underlättar för akutsjukvården på akutsjukhusen.

Anförande nr 175

Regionrådet Starbrink (L): Ordförande! Jag syftar förstås på att närakuterna har utvecklats. Sedan förra sommaren har de ökat sin kapacitet, och det gör att det blir lättare den här sommaren än förra sommaren. Jag är ledsen om jag var lite otydlig på den punkten.

Anförande nr 176

Regionrådet Alkurd (S): Närakuterna har inte de observationsplatser som krävs för att säkerställa att man kan ge exempelvis bra vård till våra äldre. Det är just våra äldre som hamnar i kläm när det blir krissituationer, stabsläge och liknande.

I och med att vi vet att vårdplatsbristen beror på personalbrist ser vi att man tillåter en kostnadsökningstakt när det gäller vårdvalen som inte alls är jämförbar med akutsjukhusens, som ju har en mycket lägre sådan. Om man nu är medveten om hur personalbristen är kopplad till att vi har vårdplatsbrist – i januari var det 600 platser, och enligt förvaltningen krävs det nu ytterligare 150 öppna vårdplatser för att sommaren ska vara hållbar – är man då beredd att göra en resursförändring, en allokering, för att säkra att våra akutsjukhus får de resurser som krävs för att vi inte ska ha krissituationer som blir normalnivåer och ständiga upptrappningar här i landets rikaste landsting, som ju har de absolut bästa förutsättningarna?

Anförande nr 177

Regionrådet Starbrink (S): Ordförande! I sjukhusens budgetar och i andra vårdgivares budgetar – de är ju tänkta att räcka hela året, så att man inte ska behöva tillskjuta extraresurser i akuta skeden om det inte händer något väldigt speciellt. Men att det kommer en sommar varje år ingår i planeringen. Det är mitt intryck att sjukhusen också har tagit höjd för detta,

När det gäller närakuterna sade du att de inte har några observationsplatser. Det stämmer inte riktigt. De har möjlighet att låta patienter vistas där en tid under en dag för att få hjälp och observeras. Det är förstås också ett stöd, inte minst under sommaren, även om det gäller hela året.

Anförande nr 178

Regionrådet Alk ur di (S): Jag har bara ett kort inlägg. Sommaren kommer ju varje år, men det jag inte vill se varje år är hashtaggen #krigszon, som vi såg förra sommaren. Förvaltningen pekar själv på att årets sommarsituation är lik den som var 2018. Därför hoppas jag verkligen att vi inte nöjer oss med att säga ”ja, sommaren kommer varje år”, utan det här handlar om ett strukturerat och långsiktigt arbete så att personalen inte behöver ta till sådana kraftfulla medel för att visa upp att situationen är allvarlig.

### **§ 123 Interpellation 2019:20 av Britt-Marie Canhasi (SD) om hedersutsattas utsatthet inom sjukvården**

Anförande nr 179

Britt-Marie Canhasi (SD): Ordförande, fullmäktige! Jag får tacka för svaret, Anna Starbrink! Det känns tillfredsställande att vi har en samsyn om att vården inte ska blunda inför de problem som hedersrelaterat våld och förtryck innebär och att ytterligare arbete måste göras.

I den statliga utredningen om ökat skydd mot hedersrelaterad brottslighet, som presenterades i augusti 2018, kan man läsa att begreppet hedersrelaterat våld och förtryck är tydligt etablerat och ett ökande samhällsproblem av kollektiv karaktär, där även klan är ett relevant begrepp.

De individer som bedömts leva i en hedersrelaterad kontext blir allt fler. Troligen finns det ett stort mörkertal. Hedersbaserat våld och förtryck kopplat till kultur har länge varit en känslig fråga. Hur lätt har det inte varit att bli misstänkliggjord och anklagad för att ha andra motiv än just allas fri- och rättigheter och likheten inför lagen i åtanke om man har väckt frågan! Hur lätt är det då inte att som vårdpersonal och kollega, utan tillräcklig erfarenhet och kunskap om problemet, välja att inte se, omedvetet? Vården har sina utmaningar ändå.

Vi sverigedemokrater vill lyfta upp och driva på för att bekämpa hedersförtrycket. Att regionen nu arbetar med att ta fram en handlingsplan är bra och ett steg i rätt riktning. Dock kan vi skapa hur många handlingsplaner vi vill och arbeta hur hårt vi vill, frågan är ändå om det finns förutsättningar att lyckas fullt ut.

Styrdokument och handlingsprogram kan ha brister. Ofta handlar det om vårdpersonal och tjänstemän som inte har tillräcklig kunskap. Man kan inte gå på magkänsla. Det är svårt att känna och lära sig läsa av ett normsystem och uttryck som man kanske inte har erfarenhet av. Det är lätt att tolka fel. Hur hanterar vården det?

I Akademiskt primärvårdcentrums vårdprogram, som man hänvisar till i svaret, framgår att det i första hand omfattar våld i nära relation för utsatta över 18 år. När det gäller hedersrelaterat våld och förtryck hänvisar de till Resurscentrum Origo i Stockholm, vars målgrupp begränsas till personer mellan 18 och 26 år. Länsstyrelsen i Östergötland och en mängd övriga aktörer, beroende på vad man har blivit utsatt för, får avgöra, ryckt ur sitt sammanhang.

De befintliga insatserna är splittrade. Nu när hälso- och sjukvårdsförvaltningens handlingsplan inom kort är färdig hoppas vi att det tas ett samlat grepp när det gäller just hedersutsatta. Enligt länsstyrelsen i samarbete med Amphi Produktion 2018 visar det sig att samhällets stöd till våldsutsatta ger bra resultat när det gäller våld i nära relation men dåligt resultat för hedersutsatta. När en individ kontrolleras av partner eller anhörig är det svårt för vården att göra det omöjligt för dem att få tillgång till journaluppgifter. Det kan räcka med att personen misstänks för att ha gjort ett läkarbesök. Då kan krav på att redovisa vad man gjort hos läkaren innebära att man tvingas låsa upp, eller be vården att låsa upp, spärrade uppgifter. Om man då vägrar kan man kanske bli misstänkt för att ha haft en träff med läkaren!

Det sammanhållna journalsystemet som går att nå via nätet innebär större risker.

#### Anförande nr 180

Regionrådet S t a r b r i n k (L): Ordförande, fullmäktige! Flickor, pojkar, kvinnor och män som lever under förtryck i hederns namn är en av de stora frihetsbristerna i vårt land och något som vi måste arbeta mot på alla fronter. Hälso- och sjukvården kan göra en del av det, men här krävs det att hela samhället ser, uppmärksammar och agerar på den utsatthet som drabbar kanske framför allt unga tjejer. Det krävs insatser från socialtjänsten, skolan, statliga myndigheter och hälso- och sjukvården. Jag är väldigt glad över att den här frågan nu äntligen har blivit en fråga som vi kan diskutera i Sverige utan alltför mycket skyggglappar, även om en och annan sådan fortfarande hänger kvar.

Vad kan vi då göra? Jag tror att det är oerhört viktigt att kunskapen i vården ökar och att det finns en tydlig norm. Vi ställer inte upp på hedersförtryck eller förtryck i hederns namn. Vi har under de år jag själv varit aktiv här haft fall då det har skett uppmärksammade oskuldskontroller, till exempel. Helt förkastligt! Det har vi också mycket tydligt markerat mot, och det är så vi måste arbeta.

Vi måste lyfta fram problem i ljuset och se till att de åtgärdas. Men det gäller också att stötta och hjälpa dessa unga människor, så att de vågar söka vårdens hjälp. Då är det också viktigt att det finns en handlingsplan som kan vara ett stöd för medarbetarna i vården och tala om hur de bör agera i dessa svåra och känsliga situationer. Dessa flickor, kvinnor och pojkar måste ju få komma till tals utan oro för att utsättas. Det kan hända på olika sätt.

Du tar upp journalsystemet. Det är en av utmaningarna. Våra digitala journalsystem har medfört otroligt många förbättringar. Vi som patienter stärks i relationen till vården och kan få ta del av information om oss själva – den som vi borde äga och veta mest om. Den får vi tillgång till på det viset. Men det är klart att det också ökar möjligheterna att missbruka detta och använda det på ett dåligt sätt. Då är det oerhört viktigt att vi omgärdar vårt journalsystem och andra system med trygghetsskapande åtgärder, till exempel möjligheten för patienten att spärra sin journal från den sammanhållna journalföringen.

I en situation där man tvingas visa sin journal finns det möjlighet för patienterna att få den förseglad, och det ska naturligtvis inte synas för omgivningen. Det gäller att ligga steget före och ha en hög beredskap för denna utsatthet och aldrig någonsin vara naiv.

Det handlar om hedersförtryck, och i sammanhanget vill jag gärna nämna könsstypning, som ju är ett annat uttryck för detta. Där har vi också arbetat aktivt.

#### Anförande nr 181

Britt-Marie Canhasi (SD): Jag vill ändå fokusera på att vården behöver öka kunskapen och börja prata om detta samhällsproblem för att kunskapen ska öka internt.

Vi vet att det finns vårdpersonal, även läkare, som verkar i en hedersrelaterad kontext, medvetet eller omedvetet. Kampen mot hederskulturer är inte lätt, och utgången avgörs inte av styrdokument eller fastställda rutiner. Det krävs lite mer än så. Även vårdpersonal kan, om inte på eget initiativ, sättas under press av släktingar och tvingas göra slagningar i journaler, som i Region Skåne. Systematiska logguppföljningar i efterhand är under sådana omständigheter verkningslösa. De är inte förebyggande, och när slagningarna redan är gjorda kan det vara för sent.

Att anhöriga, trots risker, används som tolkar vet vi. Det är ett sätt att kontrollera anhöriga och även ett sätt att säkerställa att eventuell känslig information stannar inom familjen och inte når utomstående. Att anhöriga tolkar förekommer på vårdinrättningar och ibland på akuten i pressade vårdssituationer då man kanske inte har tid att beställa en tolk eller då man inte orkar ta konflikten med anhöriga.

Kampen mot hederskulturen är komplex. Särskilt svårt blir det för vårdpersonal som av rädsla för att framstå som intolerant inte förmår reagera när de ställs inför olika situationer med mer eller mindre tydliga kopplingar till hedersförtryck.



Den utredning som jag hänvisade till gör gällande att detta att identifiera hedersrelaterat våld och förtryck är ett arbete som ankommer på många samhällsaktörer, vilket Anna också nämnde här, och inte bara till exempel de brottsbekämpande. Statens utredning efterfrågar en övergripande permanent resurs eller en kompetensfunktion med uppgift att på olika sätt främja arbete mot hedersrelaterat våld och förtryck genom konkret stöd till berörda myndigheter, kommuner och landsting.

Anförande nr 182

Regionrådet **Starbrink** (L): Ordförande! Jag kan inte annat än instämma i betydelsen av ett välfungerande system för just tolkar. I en fråga som var uppe tidigare i dag drev Sverigedemokraterna på i en helt annan riktning. Det gläder mig att ni i frågan om hedersförtryck håller med om att dessa personer behöver tolkar som är professionella och inte är syskon, pappa, mamma eller någon annan som kan använda sin position mot dem. Det gläder mig oerhört. Jag hoppas bara att ni får ihop den här politiken, så att den också hänger ihop, och att vi kan vara överens om att om den som behöver vård och inte behärskar språket ska ha rätt till professionell tolkhjälp.

Anförande nr 183

**Britt-Marie Canhasi** (SD): Tack, Anna! Jag förstår ungefär vad du menar. Men lär man sig språket hamnar man ju inte i den situationen att man behöver en tolk. Själv har jag varit ingift i hederskulturen i mer än 25 år. Nyckeln till att lära mig den har varit att jag har lärt mig min mans språk.

Anförande nr 184

**Gabriel Kroon** (SD): Jag förstår att det har varit en lång dag för många, inte minst vårt eget sjukvårdsregionråd. Men det vi talade om tidigare i debatten var just kostnadsutvecklingen för tolkar. Vi stod även bakom utredningen gällande tolkar och att barn och andra anhöriga inte skulle kunna agera tolkar åt sina släktingar. Vi har en mycket väl sammanhållen politik som också ser över tolkkostnaden, till skillnad från andra partier här i fullmäktige.

## **§ 126 Interpellation 2019:23 av Gabriel Kroon (SD) om Sveriges högsta landstingsskatt**

Anförande nr 185

**Gabriel Kroon** (SD): Herr ordförande! Jag har länge förundrats över hur Region Stockholm, som har Sveriges bästa ekonomiska förutsättningar, även kan ha Sveriges högsta landstingsskatt: 12.08 procent är skatten. Trots snart 13-årigt alliansstyre, numera tillsammans med Miljöpartiet, är Region Stockholm fortfarande ohotad etta i den nationella landstingsskatteligan.

Vi sverigedemokrater ser att en attraktiv region för människor att bo i och för företag att verka inom präglas av ett minimerat regelkrångel, effektiv offentlig byråkrati och en landstingsskatt som främjar företagsamhet.

Tack vare en övergripande låg kommunalskatt i våra kommuner sett till rikets medelvärde placerar vi oss ändå som helhet konkurrensförmåligt i förhållande till andra regioner i Sverige. Däremot vill jag lyfta ett varningens finger i likhet med SKL, som inte bara flaggar för uteblivna skatteintäkter i region och kommun utan också flaggar för möjliga fall av kommunala skattehöjningar, inte minst som den vi såg i Danderyd nyligen.

Helt plötsligt har vi alltså ett läge med en hög kommunalskatt i kombination med Sveriges högsta landstingsskatt. Detta kommer också att hota vår egen position och vision om att vara norra Europas tillväxtregion.

Vi kan även jämföra vår egen skattekraft per invånare med andra storregioner som Uppland och Västra Götaland. Region Stockholm hade en skattekraft på 254 000 kronor per person. Uppland var näst bäst i Sverige med 215 000 kronor och Västra Götaland hade 214 000 kronor, alltså 40 000 kronor mindre än en genomsnittlig person i Stockholm. Men om vi tittar på skattenivån i dessa regioner kan vi se att Region Uppsala ligger på 11,71 procent och Region Västra Götaland på 11,48 procent. Det är alltså mellan 30 och 60 öre lägre än Region Stockholm, och de har ändå sämre ekonomiska förutsättningar än vi har.

Slutligen vill jag lyfta ett andra varningens finger. Det är tydligt att vi nu går från en högkonjunktur till en mer balanserad ekonomisk utveckling eller till och med kanske en lågkonjunktur. Även om vi till denna kris har ett robust finansiellt system ser vi redan nu hur allt fler kommuner är på väg att gå på knäna ekonomiskt. En framtida lågkonjunktur eller ekonomisk kris som sprids i Sverige kommer även att få stora biverkningar för vårt eget regionala skatteunderlag och därmed vår verksamhet mot medborgarna. I ett möjligt framtida kostnadsbehovsscenario, som vi inte kan effektivisera oss ur, kommer vi att tvingas välja mellan att dra ned på vissa tjänster eller att höja Sveriges redan högsta landstingsskatt.

#### Anförande nr 186

Regionrådet S v e n o n i u s (M): Herr ordförande! Fullmäktige! Ekonomi i balans är ett överordnat mål i Region Stockholm. Det måste vi ha för att klara våra stora åtaganden inom kollektivtrafiken och sjukvården i Europas snabbast växande storstadsregion. Och en ekonomi i balans har vi haft de senaste tolv åren. Självfallet kommer vi att fortsätta att ha balans i ekonomin.

Mycket riktigt har vi Sveriges högsta landstingsskatt i kronor och ören. Det är inget man ska vara nöjd med när man tar ut för mycket av skattebetalarna. Men som jag också redogjorde för i svaret har vi inte de facto Sveriges högsta landstingsskatt., Vi tar ut 12,08, men om man ser till vad skattebetalarna får för pengarna kan man se att de får mer hos oss. Allting är inte skatteväxlat. SKL har gjort en jämförelse när det gäller kollektivtrafiken och den basala hemsjukvården som visar att vi ligger på plats 13 av 21 om man tar hänsyn till hur skatteväxlingen är gjord mellan oss och andra län. Detta är otroligt viktigt att ta med sig.

Ännu en faktor, som är avgörande och grunden till att vi har Sveriges högsta landstingsskatt, är den kommunala skatteutjämningen. Vi har en riksdag som för många år sedan bestämde att man skulle driva upp skattenivån i Stockholms läns landsting och i kommunerna i länet, och det har man lyckats med. Det tycker jag inte att det finns någon anledning att känna stolthet för i riksdagen, och jag hoppas att vi kan vara överens om att det är helt otillständigt att Stockholms län är den enda region bland 21 regioner i landet som står för kommunal skatteutjämning i Sverige. Förra året betalade vi netto 1,2 miljarder kronor. Skulle vi kunna ta bort detta genom att staten tar över ansvaret för utjämningen skulle vi kunna sänka skatten i motsvarande mån i stället. Då skulle vi plötsligt ligga på det som är medelskatteuttaget i regionerna i Sverige.

Ovanpå detta hoppas jag verkligen, Gabriel Kroon, att du är beredd att också hjälpa till för att stoppa det utjämningsförslag som snart ligger på riksdagens bord när regeringen har tagit ställning. Där hotas vi med 1,6 miljarder ytterligare i förluster i utjämningsystemet. Vi är den största förloraren bland alla län och regioner. Där har vi grundproblemen bakom den skattesats vi har.

#### Anförande nr 187

G a b r i e l K r o o n (SD): Tack för svaret, Irene Svenonius! Precis som du var inne på i svaret är det ingen naturlag att Region Stockholm ska gå med resultat i balans och därtill överskott. Det såg vi inte minst under Socialdemokraternas senaste styre i den här regionen.

Jag kan dock även notera att det inte finns någon direkt uttalad ambition att arbeta för en skattesänkning under innevarande mandatperiod. I stället avser man från majoritetens sida att se över effektiviseringarna och pekar i synnerhet på den höga kostnadsutvecklingen. Det är positiva åtgärder för att främja en mer effektiv organisation, inte minst genom den samlokalisering av de

olika service- och förvaltningsdelarna som kommer att ske. Vi hoppas i alla fall att nya träffytter kommer att skapas som kommer att ge upphov till nya idéer och förbättrade samarbeten som använder våra skattemedel lite effektivare.

Men trots dessa insatser finns det två riskfaktorer som är med i spelet och som kan påverka utvecklingen för vår landstingsskatt. Den första är, som du själv nämner, de ökade avgifterna till utjämningsystemet, och den andra är den bristfälliga integrationen och de nytillkomna asyl- och anhöriginvandrarna.

När det gäller utjämningsystemet är det glädjande att vi har en majoritet som så tydligt avstyrker förslaget. Även vi var positiva till att avstyrka det och alltså stötta regionstyrelsens yttrande till riksdag och regering. Nu får vi hoppas att även era centerpartistiska och liberala kollegor sätter press på sina riksdagskollegor för att få till stånd en lagändring på riktigt.

Men det är även viktigt att återkoppla till temat invandringen, som ibland brukar glömmas bort. Man är alltför fokuserad på att enbart tala om de demografiska åldersförändringarna men tittar inte på hur befolkningsutvecklingen ser ut.

Stockholm växer med närmare 40 000 människor årligen. Av dessa står migrationen från länder utanför EU för en större del. Ser vi till arbetslöshetstalen som ett mått på hur väl integrerad man är i samhället kan vi konstatera att även denna grupp är den sämst integrerade. Ser vi lite extra på gruppen nyanlända kan vi konstatera att det tar väldigt lång tid för dem att komma in i arbete och få en förvärvsinkomst och börja bidra på det skattemässiga planet till vår gemensamma välfärd och därmed vara med och finansiera sjukvården.

Vi kan också konstatera att utredningar som har gjorts i exempelvis Västra Götaland har visat på att dessa individer är extra vårdtunga och resurskrävande för det offentliga. Detta är alltså siffror som baseras på att vi har en högkonjunktur och en ekonomi i balans. Frågan blir vad som händer i nästa lågkonjunktur, där allt fler grupper från EU och EES och även svenskfödda blir arbetslösa. Kommer det då att räcka med enbart effektiviseringar, eller kommer även vi i vår region att behöva genomföra oväntade skattehöjningar?

#### Anförande nr 188

Regionrådet S v e n o n i u s (M): Herr ordförande, fullmäktige! Här kan man nog se den stora skillnaden mellan mig och Gabriel Kroon. Det handlar om huruvida man ser halvtomma glas eller halvfulla glas. Jag kan se att det finns en potential och en möjlighet i att få in personer till Sverige som kan bidra genom arbete. Problemet är inte att människor flyttar till Sverige för att de har hopp om en god framtid i vårt land. Problemet är när de hamnar i utanförskap, när de inte landar i jobb, utbildning eller eget företagande.

Det är i sig ett helt politikutvecklingsområde att vi alla måste jobba med att få in människor på arbetsmarknaden. Gabriel Kroon talar om undanträngning av svenskfödda som då blir arbetslösa. Vi är ett ganska litet land. Med den tillväxt som vi ska ha och den arbetskraft som vi behöver för att klara både näringslivets behov och våra egna behov i offentlig sektor måste vi ha fler händer, hjärnor och fötter överallt. Då är människor som kommer från andra länder möjligheter. Se dem som det!

För varje person som kommer i jobb får vi ett växande skatteunderlag. Det enda hot som jag ser med detta är att skatteunderlaget lämnar Stockholm, för 80 procent av det växande skatteunderlaget går till andra delar av Sverige. Det är hotbilden – inte människorna.

Stockholm ska vara en öppen och välkomnande region dit man ska komma för att söka sin framtid. På samma sätt var det många svenskar som lämnade Sverige på 1800-talet och i början på 1900-talet. Jag har ägnat mig åt släktforskning och funnit att jag nästan har mer släkt i USA än här i Sverige. Vi ska inte tumma på de möjligheter som finns för människor här.

Skattesatsen är vad interpellationen i grunden handlar om. Gabriel frågar om vi ska höja eller sänka skatten. Svaret ligger i flerårsplanen, där skattesatsen föreslås vara oförändrad. Om du frågar mig – och det är ju detta jag svarar på i interpellationen – är det snarare ett tryck nedåt vi måste se, inte ett tryck uppåt. Och det måste vi få genom att hålla en kostnadsutvecklingstakt som är bättre framåt, genom att vi håller i våra pengar, gör de effektiviseringar i byråkratin som vi har beslutat om och att vi ser till att använda skattepengarna med största möjliga varsamhet i alla våra verksamheter. Då ska vi kunna pressa skattesatsen nedåt och se till att staten tar ansvar för utjämning över hela Sverige, inte att vi i Region Stockholm ska göra det. Jag är väldigt glad över att vi i denna sal har en betydande samsyn i den frågan.

#### Anförande nr 189

Regionrådet H e m m i n g (C): Gabriel gjorde en liten gliring mot Centerpartiet och Liberalerna när det gäller den föreliggande utredningen om inkomstutjämningen. Jag kan försäkra Gabriel och alla andra här i salen om att Centerpartiet i Region Stockholm arbetar mycket aktivt för att få en förståelse för storstadsregionens behov i den här frågan.

Jag vill dock returnera frågan, Gabriel: Har du ditt parti med dig på att slåss för Stockholmsregionens intressen i den här utredningen? Ni har ju också möjligheter att formulera er politik i riksdagen. Det vore ett väldigt välkommet besked om ni visar huruvida ni tänker ta strid för den här regionen eller inte. Jag tror nämligen att ni, precis som vi och de flesta andra partier i den här församlingen, har en lite annan situation i riksdagen än här i fullmäktige.

Jag hoppas att vi även fortsättningsvis brett över blockgränserna kan slåss för den här regionens intressen. Men kom inte och gör gliringar om du inte har ditt eget parti med dig i den här frågan.

#### Anförande nr 190

G a b r i e l K r o o n (SD): Jag tror nog att de flesta här i salen har samma uppfattning när det gäller synen på utjämningsystemet och det nya förslaget, som inte är lämpligt som det ser ut i dag.

Men med detta sagt måste jag ändå replikera lite på Irene, utan att uppehålla mig för mycket vid invandringsfrågan. Jag är inte negativ till själva invandringen, men det handlar om att hjälpa de människor som kommer hit. Man måste få in dem i arbete, och uppenbarligen har man inte lyckats med det.

Arbetskraftsinvandring är mycket positivt. Samtidigt ser vi hur regelverket inte alls främjar just arbetskraftsinvandring i Sverige.

Men låt mig återkomma till själva interpellationen. Jag kan bara konstatera att man inte har någon vision för att sänka landstingsskatten. Man är mer eller mindre nöjd med att ha Sveriges högsta landstingsskatt. Man kan bortförklara den med att vi har åtagit oss några fler uppgifter än andra regioner. Men vi får se hur det utvecklar sig när kommunerna tvingas höja sina skatter, Kommer vi då att kunna stå konkurrenskraftiga även vid framtida företagsetableringar?

#### Anförande nr 191

P e r C a r l b e r g (SD): Jag besökte Skellefteå på nationaldagen för att kolla hur det ser ut där uppe. Då kan man förstå att det behövs ett utjämningsystem, för de har en sådan yta. Men stora delar av pengarna går till Malmö och andra kommuner som har en halvtaskig migrationspolitik. Då är det där pengarna hamnar. Alltså är vi återigen tillbaka på den punkten.

#### Anförande nr 192

Regionrådet S v e n o n i u s (M): Herr ordförande! Vi har inte Sveriges högsta landstingsskatt när vi tar hänsyn till att skatteväxlingen ser olika ut över Sverige. Vi ligger på plats 13 av 21 om man tar hänsyn till den basala hemsjukvården och kollektivtrafiken. Inte ens det kanske är gott nog, men vi ligger inte sist, som Gabriel Kroon hävdar.

Slutligen vill jag säga att Gabriel Kroon återigen har visat att den största frågan för Sverigedemokraterna är invandringen. Det handlar om hur ni ser på att människor söker sin lycka i Sverige. Jag tycker att det är lite tråkigt att nästan varje debatt landar just där.

### **§ 127 Interpellation 2019:24 av Talla Alkurdi (S) om nedläggning av BUMM**

Anförande nr 193

Regionrådet Alkurdi (S): Barn- och ungdomsmottagningarna tar emot svårt sjuka barn med komplexa behov. Till följd av de blågrönas missgynnande av sjukhusanslutna BUM-mottagningarna har flera av dessa nu lagts ned.

De blågröna brukar anklaga oss socialdemokrater för att sätta systemet före patienterna, men detta är väl ändå ett praktexempel på att det snarare är de blågröna som gör det när de så kraftigt vill gynna vårdval framför de sjukhusanslutna BUM:arna som vi driver i egen regi. Resultatet av detta blir att välfungerande vårdkedjor slås sönder och vården splittras upp. Närheten till närmaste mottagning riskerar att minska, och utbildningen och forskningen inom vården äventyras.

Detta går lite på tvärs mot den antagna planen för framtidens hälso- och sjukvård. De sjukhusanslutna BUM:arna har ju tidigare varit ansvariga för jourlinjerna, så att barn och unga kan få vård under jourtid. De har tagit ett större ansvar för utbildning och forskning, som jag sade tidigare. Mycket pekar på att de också har tagit emot patienter med större vårdtyngd.

Frågan är då vad de blågröna ämnar göra. Vad blir resultatet när fler sjukhusanslutna mottagningar läggs ned? Hur ska jourlinjen bemannas och hur ska utbildningsuppdraget säkras? Hur ska behoven för de mest vårdtyngda barnen säkras? Här är de blågröna svaret skyldiga.

Anförande nr 194

Regionrådet Näsén (M): Fru ordförande, fullmäktige! Tack, Talla Alkurdi, för interpellationen! Vi har debatterat mycket sjukvård här i dag. Vi har i Region Stockholm en av de bästa tillgängligheterna i hela landet. Det ska naturligtvis gälla även barn- och ungdomsmottagningarna, de så kallade BUM:arna. När vi nu skiftar huvudman från akutsjukhusen Huddinge och Karolinska till fristående vårdgivare ska det inte vara någon skillnad i kvalitet eller tillgänglighet, och det ska också följa den plan som vi har beslutat om här i fullmäktige. Akutsjukhusen har sin roll framför allt i den specialiserade vården, och då finns det ett antal barn- och ungdomsmottagningar som kan drivas i vårdval av andra vårdgivare.

När det gäller Huddinge BUM har vi fått in en ansökan som vi har godkänt i avtalsutskottet. Det blir ny aktör där. Det gäller även på ett par andra ställen. I interpellationen står det att Botkyrka kommun saknar BUM, men såvitt jag vet finns det en på Tomtbergavägen 1 i Norsborg. Även där finns det alltså verksamheter som är lätta att hitta.

Målet är en fortsatt god tillgänglighet. Några av barn- och ungdomsmottagningarna kommer att drivas i sjukhusens regi för att ha ett något mer avancerat uppdrag, men i övrigt följer vi planen som är beslutad här i fullmäktige. För bästa möjliga ekonomi och tillgänglighet drivs de övriga i vårdvalen.

Anförande nr 195

Robert Johansson (S): Tack, Talla Alkurdi, för en viktig interpellation! I mitt uppdrag som personalpolitisk talesperson får jag en del samtal där anställda i hälso- och sjukvården vill prata av sig. Ibland handlar det om personalfrågor, men oftare gäller det gränslandet mellan personal- och allmän sjukvårdspolitik. Frågan om BUM är en av dessa.

Inför budgetdebatten blev jag uppringd av en ST-läkare. Jag skulle egentligen ha velat tala om detta på budgetdebatten, men tiden räckte inte då. Jag han bara beröra de ytligt, vilket även Talla gjorde. Hen som ringde mig var ledsen, arg och orolig över det beslut som hälso- och sjukvårdsnämnden tog den 27 september 2018. Beslutet gällde den framtida inriktningen för Karolinska sjukhusets barn- och ungdomsmottagningar. Skälet som anges är att Karolinskas verksamheter är dyrare än de privat drivna.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen påstår i tjänsteutlåtandet att vårdtyngden inte är större på de sjukhusanslutna BUM:arna. Hur vårdtyngd mäts framgår dock inte av det ärende som låg på HSN:s bord. Det är inte särskilt intellektuellt hederligt. De jag har talat med i professionen delar inte bilden av att vårdtyngden inte är större. Faktum är, och det skriver också hälso- och sjukvårdsförvaltningen, att barn med ovanliga diagnoser i dag är den av patientgrupperna som använder de sjukhusanslutna BUM:arna. Det borde i sig, i mina öron, riskera att betyda större vårdtyngd. Även barn med multipla diagnoser är fler på de sjukhusanslutna BUM:arna.

Men låt oss strunta i detta och fokusera på valfriheten! Oavsett vårdtyngd har ju dessa patienter valt en sjukhusansluten BUM. Varför är det valet av vård mindre värt än de val som görs inom vårdvalssystemet? På vilket sätt uppfyller förändringen av BUM kravet i hälso- och sjukvårdslagen att vård ska ges till den med mest behov. Vad jag förstår finns heller inga sanktioner i vårdvalet mot BUM:ar som inte deltar i utbildningsuppdraget, apropå mitt arbete som personalpolitisk talesperson.

Hur ska vi säkra kompetensförsörjningen av pediatriker? Detta, fru ordförande, vill både jag och läkarna på ALB ha svar på. Kanske kan inte regionrådet Tobias Nässén svara på alla mina frågor på stående fot. Det har jag full respekt för. Men jag tror att du kan svara på två saker, Tobias: Varför får de som har valt BUM på ALB inte ha kvar sitt val? Vilka åtgärder kommer regionen att vidta mot de vårdvals-BUM:ar som inte deltar i utbildningsuppdraget?

Anförande nr 196

Jonas Carlsson (V): Tobias Nässén görs varje gång i avtalsutskottet medveten om Vänsterpartiets kritiska hållning till vårdvalens organisation eller hur man väljer att organisera i vårdvalen, så även i beslutet kring detta.

Vid avtalsutskottet framgick då detta beslut togs dock inte exakt när det var meningen att de nuvarande mottagningarna skulle stängas. Det som framgår av handlingarna här är att det ska ske i slutet av juni, och den nya mottagningen i Huddinge skulle då först öppna i september. Då undrar jag: Har jag missförstått det här? Var ska de här barnen och deras föräldrar söka under juli och augusti månader?

Anförande nr 197

Marit Normasdotter (V): Fru ordförande, ledamöter och eventuella webbtittare! När jag läste svaret från Tobias Nässén blev jag väldigt förvånad över denna hyllning till vårdvalen. Det var vårdvalens hyllningssång som sjöngs i svaret. Jag har väldigt svårt att förstå majoritetens övertro på att marknaden ska lösa de vårdbehov som finns i Stockholms län.

Vi ser det gång på gång: Ojämligheten ökar med införandet av vårdvalen. Det har hänt i de flesta vårdval, och nu har turen kommit till BUM. Det är anmärkningsvärt att Botkyrka har en BUM och att Nynäshamn inte har någon alls samtidigt som det ligger tre på gångavstånd från varandra på Östermalm. Och nu stänger BUM i Huddinge Centrum. Är ungarna så friska i Botkyrka, Nynäshamn och Huddinge att behoven inte finns, eller att de är så himla sjuka på Östermalm?

Jag har väldigt svårt att förstå när Tobias Nässén beskriver vårdval med orden: God tillgänglighet och korta köer. Jag vet ju att det är över elva veckors väntetid på min gamla vårdcentral i Storvreten, och det är över ett års väntetid för ADHD-utredningar på flera specialistpsykiatriska mottagningar, bland annat vid Huddinge sjukhus.

Vårdval betyder fri etableringsrätt för vårdgivare, som sedan i sin tur på grund av ersättningssystemet väljer att etablera sig där de mest lönsamma patienterna finns, det vill säga de minst vårdkrävande. Att helt luta sig mot att det ska finnas ett intresse hos privata vårdgivare i stället för att styra vården dit den mest behövs är ansvarslöst. Ja, jag använder starka ord, för jag är förbannad.

#### Anförande nr 198

Regionrådet N ä s s é n (M): Fru ordförande, fullmäktige! I debatten handlar det delvis om tjänsteskrivelsens utformning. Det tycker jag att vi kan lämna därhän. Vi har en politisk debatt, och vi brukar ha tjänsteskrivelser av god kvalitet.

När det gäller detta att en mottagning som man har valt inte längre finns kvar vill jag säga att det kontinuerligt sker förändringar i vårt vårdutbud. Fullmäktige har beslutat om en framtidsplan som innebär förändringar. Då får vi nog trots allt leva med att det sker förändringar. Som tur är har väldigt många positiva förändringar skett på senare tid. Med en balans i ekonomin och ett växande län tillkommer det vård kontinuerligt.

Utbildningsuppdraget ska naturligtvis uppfyllas. Det finns utmaningar när det sker en så stor strukturförändring i sjukvården. Vård flyttar ut från akutsjukhusen, och det behöver vi arbeta med. Men det framgår tydligt av förfrågningsunderlaget att man ska delta i utbildningsuppdraget, och detta kommer vi att arbeta med på flera olika sätt under det här året, nästa år och även framöver.

Att sjunga valfrihetens lov är faktiskt en uppgift som jag gärna tar på mig, även om jag är lite rosslig i rösten i dag. Mångfald, samarbete med alla typer av aktörer – både fristående aktörer och verksamheter i vår egen regi – är det som tillsammans gör att vi kan ge medborgarna god vård i så god tid som möjligt.

Vi har flera barn- och ungdomsmottagningar på gång. Det går väldigt bra att vända sig till tjänstemännen och ta reda på exakt när man planerar att de ska starta och så vidare. Det är ändå väldigt tydligt att mångfalden och samarbetet med flera olika aktörer är det som ger god tillgänglighet, inte en övertro på detaljstyrning från den här salen.

#### Anförande nr 199

Regionrådet A l k u r d i (S): "Inte en övertro på detaljstyrning", säger Tobias. Ändå har man systematiskt missgynnat se sjukhusanslutna BUM:arna. Det är oerhört tragiskt. Som jag sade tidigare har just de sjukhusanslutna tillhandahållit jourlinje och säkerställt utbildningsuppdraget och forskningsdelen.

Detta med utbildningsuppdrag finns med i avtalen för andra delar av vård vårdvalssystem. Men trots detta ser vi ett stort problem, där de privata vårdgivarna inte upprätthåller sitt utbildningsuppdrag. Ni är fortfarande svaret skyldiga: Hur ska det upprätthållas? Hur ska vi säkra jourlinjerna? Hur ska vi säkra forskningen?

Kom ihåg att just detta att de sjukhusanslutna BUM:arna har tillhandahållit jourlinjerna har underlättat för de privata vårdvals-BUM:arna att rekrytera. Hur kommer det att bli nu, när de sjukhusanslutna inte existerar eller när de som blir kvar blir oerhört högspecialiserade?

#### Anförande nr 200

J o n a s L i n d b e r g (V): Tack för en väldigt bra och viktig interpellation! Vänsterpartiet står bakom planen för framtidens hälso- och sjukvård. Det gör de flesta partier i den här församlingen. Men jag skulle vilja säga att ni använder planen som ett sätt att införa vårdval, och det är inte samma sak.

Att strukturera om vården och stärka den nära vården kan man göra utan vårdvalssystem. Där tycker jag att du blandar ihop sakerna.

Min kritik mot detta har lite olika ingångar. BUM, som i dag ligger på akutsjukhusen, fyller en viktig funktion genom att knyta ihop öppenvård och slutenvård. Är det något vi i den här regionen har problem med så är det en fragmentiserad och uppsplittrad vårdstruktur, där de olika kanalerna inte pratar med varandra. Det ni gör nu är att ni slår sönder en sådan struktur och försvårar uppbyggandet av vårdkedjor.

Du får gärna förklara för oss här inne vilka vårdvalssystem som du tycker har gynnat samarbete och upprättande av vårdkedjor. Mig veterligen finns det inte någon som har gjort det, utan vi bygger bara isolerade öar som inte samverkar.

Det andra handlar om forskning och utbildning, som är väldigt närvarande på ett akutsjukhus där man har en BUM som i huvudsak tar hand om svårt sjuka barn. Hur tänker man sig att fortbildning och forskning ska hänga med ut i vårdvalssystemet? Och vilket annat vårdvalssystem har lyckats implementera forskning, vidareutveckling och kompetensutveckling på det sätt som krävs i vårdstrukturen i dag? Inget, skulle jag vilja säga. Det finns väldigt många vårdvalsaktörer som skulle kunna komma in här och berätta hur deras möjligheter till fortbildning och vidareutveckling för personalen har slagits sönder när ni har kommit in med vårdval.

Tala till exempel med vårdvalsläkarna inom allergologi. De har inte skickat sin personal på kompetensutveckling på tre fyra år, för de budgetramar ni ger dem är så snäva.

Jag menar att vi återigen flyttar fokus till en produktionsstyrd vårdapparat i stället för att fokusera på samverkan, utbildning och fortbildning för personalen.

#### Anförande nr 201

Robert Johansson (S): Fru ordförande! Ja, regionrådet Tobias, jag tycker inte att du svarade riktigt på min andra fråga. Jag säger den igen: Vilka åtgärder kommer regionen att vidta mot de vårdvals-BUM:ar som inte deltar i utbildningsuppdraget? Jag har sagt detta förut: Upphandlingar och förfrågningsunderlag är som fotboll. Det måste finnas tydliga regler, alla måste känna till dem, och de som bryter mot dem måste utsättas för straff, sanktioner eller, som jurister brukar kalla det, påföljder.

Utbildningsuppdraget är centralt för att säkra tillgången på pediatriker i framtiden. Pediatriker är alltså detsamma som barnläkare. Annars blir det som i allergivården. Jag tycker att våldsbrott ska straffas hårdare, och jag tror att jag delar den synen med Moderaterna och flera andra partier i den blågröna koalitionen. Men jag förstår inte varför vi inte kan straffa dem som bryter sina avtal med landstinget. Vad är det som är så svårt med det? Varför är det så svårt att slå näven i bordet?

#### Anförande nr 202

Regionrådet Näsén (M): Fru ordförande! De fyra frågorna i interpellationen handlar inte konkret om utbildningsuppdraget, men självklart är det en viktig del. När vi gör en stor strukturförändring som vi till stor del är överens om och har beslutat om här i salen är det klart att det kommer att krävas en hel del arbete för att få det att fungera. Men vi är på väg. Mer arbete pågår, och mer kommer att ske på det här området.

Jag har ingen prestige alls vad gäller det samarbete som krävs. Goda idéer och ett nytt arbetssätt är sådant som vi kommer att tvingas till. Det ska också vara tydligt för vårdgivarna vad som väntas av dem. Jag ser också ett stort intresse från vårdgivarna att delta, men det gäller att hitta formerna för detta. Jag har arbetat väldigt nära allergologerna på senare tid och säkrat en mer positiv utveckling där.

Jag tror heller inte att vi ska tillbaka till detaljstyrning, så att vi ska säga till professionen exakt hur och när de ska kompetensutveckla och så vidare. Men det är tydligt att det är ett ansvar att hålla sin personal uppdaterad med den senaste kunskapen.



## **§ 129 Interpellation 2019:26 av Robert Johansson (S) om gemensamma regler och/eller ansökan för AT-tillsättning**

Anförande nr 203

Robert Johansson (S): Fru ordförande! Kära ledamöter och åhörare! Tack, regionrådet Ella Bohlin, för svaret! Nu tänkte jag och Ella ha en maratondebatt så att ni inte ska få något sommarlov.

Fru ordförande! Jag ska erkänna att jag ibland har skrivit interpellationer för att skapa besvär för en styrande. Jag har velat trycka på knappen för att få igång en debatt om politikens skiljelinjer och få motståndaren att svettas. Men denna interpellation är inte en sådan. Den här interpellationen kommer ur det ärliga syftet att jag tror att vi är många i både majoriteten och i oppositionen som inte känner till hur AT-tillsättningen fungerar och hur icke-transparent den processen är.

Jag är därför också glad för att regionrådet i sitt svar skriver: Frågan om en transparent och rättvis AT-tillsättning är viktig. Regionrådet hänvisar sedan till den utredning som gjordes av SLSO år 2018. Dessutom avslutar hon interpellationssvaret med: Det är viktigt att erfarenheterna från SLSO-projektet tas till vara och utgör grund för det fortsatta arbetet.

Det tråkiga är att om sjukhusen själva får bestämma verkar de inte ha samma positiva inställning till detta som Ella Bohlin och jag själv har. Jag tror att det är av största vikt att en stor del av arbetet med AT-tillsättningen centraliseras eftersom man då får en enhetlig och transparent process.

De som får en AT-tjänst ska inte bara jobba på akutsjukhusen. De ska också jobba inom öppenvården och psykiatrin. Det vill säga att det inte bara är en resurs för akutsjukhusen som man tillsätter.

Det finns fall där personer som har arbetat som underläkare utanför ett akutsjukhus inte har fått AT. När de sedan har bytt från geriatrik eller psykiatri till ett akutsjukhus har de antagits för nästa ansökningsperiod. Det är inte rimligt.

Ett stort arbete är redan gjort. Jag tänkte inte här i plenum gå in på detaljerna om vilka delar jag har förstått att man från sjukhus och förvaltning är överens om och vilka man inte är överens om. Men jag kan konstatera att man trots ett gott arbete av flera parter inte kom i mål.

Därför ber jag nu dig, Ella Bohlin, att dra igång det här arbetet igen. Det kan säkert fortsätta där man slutade sist. Mycket har redan gjorts, och nu handlar det om att bli överens om det sista och visa på vikten av att inte detaljstyra men att tydligt peka ut riktningen för dem som deltar i AT-uppdraget.

Vi har också styrmedlen när vi säger att det är vi som upphandlar vårdproduktionen. Vi ska försöka komma överens både med våra egna bolag och med de privata aktörerna eller kommunalförbunden som vi köper vård av. Men i slutändan är det vad vi skriver i avtalen som gäller. Jag tror att det är otroligt viktigt för legitimiteten för fortbildningen av läkare att vi har en process som är transparent och som alla förstår, där det inte är så att kompiskontakter eller forskning eller arbete på ett visst sjukhus kan påverka om man får en tjänst eller inte.

Tack för svaret! Jag hoppas att vi tillsammans kan börja en ny process i höst.

Anförande nr 204

Regionrådet Bohlin (KD): Ordförande, presidium, ledamöter och åhörare! Tack, Robert, för en väldigt bra interpellation! Även om syftet inte var att retas tycker jag ändå att jag är skyldig dig och hela oppositionen ett tack för att ni är där och petar oss i sidan, så att vi aldrig hinner nicka till i vårt arbete. Det är mycket bra att ni ställer oss till svars. Det är vad interpellationsdebatter och frågestunden är till för.

Jag vill först bara slå fast att kompetensförsörjning är helt centralt. Vi har pekat ut det som en avgörande fråga för hela mandatperioden. Hela hälso- och sjukvården hänger på om vi lyckas med kompetensförsörjningen. Om vi inte lyckas rekrytera och bemanna kan vi inte bedriva hälso- och sjukvård.

Det är väldigt mycket på gång inom AT. Vi har beslutat att utöka antalet AT-platser med minst 100 stycken fram till 2020. Åren 2017 och 2018 ökade de med 30. Vi har ett väldigt gott arbete på gång, även om det finns mer att göra. Vi har också utökat budgeten med 12 miljoner kronor till totalt 107 miljoner kronor för AT.

Sedan har vi lite dystra fakta att förhålla oss till. Jag läste för inte så länge sedan SYLF:s väntetidsrapport. De sammanställer varje år, särskilt inför sommaren, hur det ser ut med AT. Stockholm har faktiskt längst väntetider i landet. Det är inget som någon av oss kan vara stolt över. Där måste vi jobba vidare.

Det projekt som bedrevs under förra året var väldigt värdefullt. Jag vet inte exakt varför man inte landade med det, men jag tycker naturligtvis att vi ska ta vara på de slutsatser som drogs med någon form av centralisering. Jag kan därmed konstatera att den ordning som vi har i Stockholm, där sjukhusen själva sköter rekryteringen och ansökningarna, är något som vi delar med många andra län och regioner i Sverige. Jag säger inte vad som är rätt och fel här, men det som är en fördel med den ordning vi har i dag är att sjukhusen och verksamheterna själva har en transparens och en möjlighet att rekrytera utifrån behov. Därmed minskar också risken för felrekryteringar.

Om man helt skulle släppa på den här insynen och kontrollen så skulle det möjligen kunna bli så att felrekryteringarna ökar eftersom man inte kan rekrytera utifrån behov. AT-tjänstgöringen är ganska lång, den är ungefär 18 månader. Jag vet att något sjukhus har en något längre AT-tjänstgöring.

Jag tror, som sagt, att vi kan lära oss mycket av det projekt som genomfördes under förra året. Jag säger inte att det finns något facit i det här sammanhanget. Jag är definitivt öppen för förslag.

De här frågorna kring AT och ST engagerar mig mycket, och jag har precis skrivit en debattartikel i Dagens Medicin tillsammans med en kollega som ni gärna får läsa. Den handlar hur man kan utveckla AT-tjänstgöringen.

#### Anförande nr 205

Regionrådet S v e n o n i u s (M): Ordförande! Tack, Robert, för en väl genomtänkt interpellation! Precis som du säger tror jag egentligen inte att vi har särskilt stora åsiktsskillnader i frågan om vad det är vi vill åstadkomma. Det är ju väldigt olyckligt att det gjordes ett stort utredningsarbete som sedan mynnade ut i ett intet egentligen, även om man säkert drog en massa lärdomar.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har ju ansvaret för kompetensförsörjningen i hela hälso- och sjukvårdsstrukturen, oavsett huvudmän, och därmed för AT och ST. Vi har ju en väldigt stor egenregiverksamhet i våra egna bolag och nämnder. Åtminstone sex av akutsjukhusen driver vi själva och vi har 40 procent av primärvården inom SLSO. Jag ser alltså framför mig att detta är ett av de områden där vår nya produktionsdirektör med fördel kan se över frågor om samordning internt tillsammans med HR-direktören. De kan ta ställning till hur vi skulle kunna samordna det hela i våra egenregiverksamheter till att börja med. Då kan vi få ökad transparens i fråga om hur ansökningsprocessen har gått till.

Självfallet måste sjukhusen vara med och avgöra vilka som ska få en plats hos dem, men jag tror också att det är viktigt att vi hittar just specialiseringar som behövs men som inte ligger akutsjukhusnära, så att säga. Dem får vi inte glömma bort. Därför tror jag att det är bättre med den här sikthöjden eftersom andra verksamheter också är med och tar emot de här läkarna under specialisttjänstgöringen, under deras tjänstgöringstid.

SLSO är en viktig part i detta, inte minst om man tänker på psykiatri och geriatrik. Jag tror också att det finns vinster för nytutexaminerade läkare om vi kan ensa oss kring specialisttjänstgöringstiden. Socialstyrelsen säger att den ska vara minst 18 månader, vissa hos oss har 18, andra har 21 månaders specialittjänstgöringstid.

De privata utförarna kan ju få avgöra om de vill ha sin, men vi borde inom våra verksamheter komma överens om hur lång den ska vara, så att det åter en gång är transparent för våra nytbildade läkare. Det skulle också kunna innebära att vi skulle kunna få ut dem lite snabbare om vi skulle hålla oss till 18 månader.

Det här är alltså frågor som jag tycker att den nya produktionsdirektören tillsammans med HR-direktören för egenregiverksamheten kan studera vidare framåt hösten.

#### Anförande nr 206

Robert Johansson (S): Jag får tacka både regionrådet Bohlin och regionrådet Svenonius för en trevlig diskussion! Jag hoppas att regionen nu håller fast vid det här arbetet. Jag tror att det finns såväl inom professionen som inom SYLF och de fackliga parterna, precis som i partierna i oppositionen, folk som gärna gör det här tillsammans.

Om jag märker att det inte blir någon verkstad av detta så kommer jag inte att vara lika snäll i nästa debatt i det här ämnet här i fullmäktige.

#### Anförande nr 207

Regionrådet Bohlin (KD): Vi kommer också att få en annan ordning för AT-tjänstgöringen. Den ska övergå i något som heter bastjänstgöring som riksdagen fattade beslut om förra året.

Under en period kommer vi förmodligen att hantera två separata system, men det är någonting som vi naturligtvis ska göra och behöver lösa. Jag kommer att följa den här frågan noga.

Jag vill åter en gång tacka för en bra interpellation! Jag är öppen för samverkan i den här frågan för att det ska bli en så bra lösning som möjligt. Jag vill också förbättra Stockholms track record när det gäller väntetider, för jag tycker att det är under all kritik att vi har så långa väntetider till AT-tjänstgöring. Det här är ju oerhört viktigt för kompetensförsörjningen.

#### Avslutning

Ordföranden: Nu är det så att vi faktiskt inte har något mer att tala om i dag. Eftersom det ändå är sommaravslutning och jag sitter som ordförande så betyder det att det är fritt fram för mig att prata en stund till, om jag så skulle önska, och hoppas att ni fortsätter att vara snälla och lydiga fullmäktigeledamöter som sitter kvar och stilla lyssnar på detta.

Det som jag skulle vilja förmedla till er är att jag vill tacka för ett härligt fullmäktigesammanträde och framför allt för en härlig vårtermin tillsammans. Från presidets sida kan vi utan tvekan slå fast att ni ger betydligt mer glädje än vad ni ger frustration för ett stackars presidium. Det var några som kände sig träffade, jag vet inte vilket ord som förorsakade det.

Det kanske är någon mer här som började antingen den här veckan eller, precis som jag, började den här dagen med en skolavslutning. För egen del blev jag lite inspirerad av den skolavslutning som jag var på. Jag tänkte mig kanske inte att varje partigrupp skulle få ställa sig upp och sjunga var sin sång, något som väl kunde vara ett framtida trevligt inslag. På min sons skolavslutning för årskurs 9 hade man gett alla elever olika smeknamn. Nu kom min inspiration lite för sent, så vi har inte hunnit förbereda något sådant till dagens sammanträde. Vi får kanske överväga det till nästa år.

Jag kan tänka mig några rubriker.

Årets Va – gäller talartiden även för mig?  
Eller kanske: Det är inte ett anförande om man inte slutar på sekunden.  
Kanske vi kan ha: Oj, nu missade jag nästan voteringen igen!  
Eller varför inte: Årets längsta lunch.

Ni får känna efter om ni känner er träffade.

Det finns några goda exempel också.

Årets Står alltid beredd när det är min tur att tala.  
Årets När jag sagt det jag skulle så behöver jag inte prata mer.  
Min personliga favorit är denna: Årets Jag släpper alltid före regionfullmäktiges ordförande i kön när hon behöver lunch.

De delade också ut röda rosor på sonens skolavslutning. Det känns lite för partipolitiskt för regionfullmäktige. Tilläggas ska väl också att det för Moderaterna är en mås som gäller. Jag vet inte hur detta skulle kunna utvecklas.

Jag hoppas i alla fall, tillsammans med Mikael och Bosse, som företräder regionen på annan ort för tillfället, att ni alla får en riktigt härlig sommar, för det tycker jag att ni har förtjänat. Även om ni inte alltid är helt överens med varandra så är ni alla här för att ni vill att Region Stockholm ska fungera ännu bättre för alla stockholmare.

Jag har förstått att under den tid då vi har suttit här inne i dag så har sol bytts mot regn. Jag har inte varit ute på en stund, kanske regn har bytts mot sol igen. Beroende på vilket parti vi tillhör så kanske åsikten går isär lite grand om detta är något som är regeringens fel eller om det är så att det är regionledningens fel – eller om det är bra för miljön, lägger Mikael till.

Vissa partier här inne kanske inte tycker att det är vare sig regeringens eller regionens fel, medan Sverigedemokraterna och Vänsterpartiet sannolikt tycker att det kan vara bådas fel.

Glad sommar!

Eftersom ni har varit raska i talarstolen och förmedlat det ni önskar snabbare än vad vi trodde, så vill jag bara påminna om att det finns middag. Så om ni vill ha en liten sommaravslutningsmiddag tillsammans innan ni går hem för dagen så kom gärna till restaurangen och gör detta.

Stort tack för dagens förhandlingar och för arbetet under våren!

Anförande nr 208

Regionrådet **Svenonius (M)**: Fru ordförande! Kan vi verkligen släppa i väg det här ystra sällskapet på sommarlov, bara så där? Det kan vi väl inte. Hur sjutton ska det gå till ute i Stockholms län då?

För det första vill jag tacka presidiet för ett utmärkt utfört arbete under hela denna vår med att hålla ordning på oss när vi talar länge, när vi talar mycket, när vi inte är snabba nog och så vidare. Ni håller ordning och reda i det här klassrummet med den äran! Det är fantastiskt att se er tre agera tillsammans på det sätt som ni gör. Ni kan verkligen känna att ni gjort er förtjänta av att få vila upp er inför nya äventyr i september.

Och så vill jag också säga Tack till Erika som är gruppleddare för det största partiet i oppositionen!

Och tack, allesammans!

Anförande nr 209  
Regionrådet Ullberg (S):

Många tycker att vi lever i en förvirrande tid  
och strömmen av förändringar är onekligen strid.  
Skönt då att som traditionen bjuder få rimma  
och skönt att vi i dag slapp att det sker i så sen timma.

Sedan jag rimmade här senast har det ju hänt en del.  
Några tycker att det är ansvarsfullt, andra tycker att det är fel.  
Sverige har åter igen en regering som är grön och röd  
men med ett väsentligt bredare stöd.  
Svensk politik präglas nu av samarbete i nya konstellationer  
som tillsammans tar fram och stöder regeringens propositioner.  
Sedan januari styrs Sverige med hjälp av ett januariavtal,  
som bekant av en annan konstellation än den som styr i denna sal.

Här i Region Stockholm har styret nu algernas färg, grön och blå,  
men ingen ambition att förändra och förbättra har gått i stå.  
Framtiden i Region Stockholm kommer att kräva tuffa prioriteringar och ansvarsfulla beslut.  
Det hoppas jag ska präglade både FTB:n men också tjut,  
För demokratin är värd att vårdas av oss alla  
även om några återkommande till populism hemfalla.

Nu är det lite mer än tre år till nästa ordinarie val,  
men den som inte vill vänta behöver inte lida svåra kval.  
Under tiden kan man läsa de senaste regionala siffrorna från SCB.  
Jag noterar en uppgång för S med procentenheter tre.  
Ja, det finns nästan alltid en siffra att glädja sig åt  
även om det politiska klimatet ibland framstår som hårt.

Mitt i alla snabba förändringar finns det ännu sådant som består,  
men hur britten ska lämna EU eller hur våra rulltrappor ska gå är det fortfarande ingen som  
förstår.  
Snart är det nu dags för lite ledigt, för välförtjänt vila och rekreation,  
att unna sig att tänka på annat än Region Stockholms ekonomiska situation,  
kanske ta en promenad, en avkopplande sommarfika  
utan att tänka på att sjukhusdirektören och kaffet heter nästan lika.

Så från mig själv, Jens, Robert och Talla  
en riktigt trevlig sommar till er alla!

Och ni blir inte av med mig riktigt än, men alldeles snart. Tack snälla ni!

Förteckning över talare  
(siffrorna avser anförandets nummer)

Gabriel Kroon (SD) 5:1, 5, 10, 15, 63, 65, 116, 122, 184, 185, 187, 190  
Regionrådet Starbrink (L) 5:2, 7, 16, 21, 28, 35, 47, 49, 76, 78, 84, 86, 88, 90, 124, 130, 143, 147,  
153, 157, 160, 168, 172, 175, 177, 180, 182  
Christine Lorne (C) 5:3, 23  
Ann-Marie Strömberg (V) 5:4, 13, 51, 162, 165  
Beata Milewczyk (SD) 5:6, 12  
Tove Sander (S) 5:8, 123, 125  
Bengt Larsson (V) 5:9, 24, 40, 146  
Lena-Karin Lifvenhjelm (SD) 5:11  
Anna Horn (L) 5:14  
Elof Hansjons (S) 5:17  
Regionrådet Bohlin (KD) 5:18, 92, 94, 204, 207  
Per Carlberg (SD) 5:19, 137, 191  
Oppositionsregionrådet Alkurdi (S) 5:20, 26, 48, 54, 67, 69, 129, 133, 171, 176, 178, 193, 199  
Victor Harju (S) 5:22, 30  
Daniel Forslund (L) 5:25, 32  
Jonas Lindberg (V) 5:27, 113, 121, 142, 145, 149, 200  
Lisa Rasmussen (V) 5:29, 106, 110, 150  
Regionrådet Nässén (M) 5:31, 68, 70, 108, 111, 194, 198, 202  
Lars Bryntesson (S) 5:33, 87, 89  
Catarina Wahlgren (V) 5:34, 42, 46, 59, 61, 83, 85, 103  
Susanne Nordling (MP) 5:36, 43, 52, 127, 155, 163, 167  
Ulf Wester (SD) 5:37  
Liselott Vahermägi (S) 5:38  
Marit Normasdotter (V) 5:39, 50, 126, 152, 154, 159, 164, 169, 197  
Ulla-Britt Öhman (C) 5:41  
Alfonso Morales Barrera (S) 5:44, 161  
Ola Hägg (S) 5:45  
Elinor Odeberg (S) 5:53, 105, 109, 112, 156, 158  
Oppositionsregionrådet Ullberg (S) 5:55, 57, 102, 209  
Regionrådet Svenonius (M) 5:56, 58, 60, 62, 64, 66, 72, 74, 104, 114, 118, 186, 188, 192, 205, 208  
Jonas Carlsson (V) 5:71, 73, 117, 119, 131, 174, 196  
Henrik Åkerlund (SD) 5:75, 77, 173  
Robert Johansson (S) 5:79, 81, 115, 134, 195, 201, 203, 206  
Regionrådet Hemming (C) 5:80, 82, 189  
Conny Fogelström (S) 5:91, 93, 138  
Anton Fendert (MP) 5:95, 97, 99, 101  
Pristagare Julia Perez Castro (-) 5:96  
Pristagare Bodil Johansson (-) 5:98  
Pristagare Linda Hagdahl (-) 5:100  
Simon Solberg (SD) 5:107  
Tage Gripenstam (C) 5:120  
Linda Ålegård (S) 5:128  
Galina Monsalves Leal (S) 5:132  
Sven-Inge Nylund (S) 5:135, 140  
Fredrik Wallén (KD) 5:136, 139, 141  
Karin Fällidin (C) 5:144, 148  
Stellan Hamrin (V) 5:151  
Ella Tegsten (S) 5:166, 170  
Britt-Marie Canhasi (SD) 5:179, 181, 183