

Det temporära beredningsorganet för Västra Nylands välfärdsområde 17.12.2021 § 102

§ 102

Utlåtande om regeringens proposition om en skärpning av vårdgarantin för primärvård

Beredning och upplysningar:
Paananen Markus

fornamn.efternamn@esbo.fi
Växel 09 816 21

Förslag

Det temporära beredningsorganet för välfärdsområdet

beslutar ge följande utlåtande om regeringens proposition till riksdagen om en skärpning av vårdgarantin för primärvård:

Sammandrag

Västra Nylands välfärdsområde förhåller sig positivt till propositionens mål att stärka basservicen inom hälso- och sjukvården och förbättra tillgången till tjänster. Det finns dock en risk för att en så här stor skärpning av vårdgarantin som genomförs med kort övergångstid i strid med sitt mål, i synnerhet inom öppenvården, kommer att försämra patientsäkerheten, störa kontinuiteten i vården och utöver sina direkta kostnader också försämra kostnadseffektiviteten.

När det gäller munhälsovård innebär en skärpning av vårdgarantin närmast en förbättring av servicenivån och anses vara av mindre betydelse med tanke på tjänsternas verkningsfullhet eftersom de munsjukdomar som behandlas vid en icke-brådskande mottagning inom munhälsovården till sin natur är sådana att skillnaden mellan en tidsfrist på tre respektive sex månader inte har någon betydelse med tanke på resultatet av vården.

Övergångstiden ska vara längre än vad som föreslagits eller vårdgarantin ska skärpas stegvis för att de resurser som behövs för att skärpa vårdgarantin, det vill säga rekrytering av läkare och annan vårdpersonal samt lokalfrågor, i praktiken ska kunna lösas. Det behövs mer övergångstid också för att utveckla nya verksamhetsmodeller (till exempel en teammodell) och digitala tjänster jämfört med nuläget. Behandlingen av coronapandemin samtidigt som välfärdsområdena inrättas gör den föreslagna övergångstiden ännu mer utmanande. För att fördelarna med en skärpning av vårdgarantin ska konkretiseras för patienter måste man kunna mäta hur den förverkligas. Det tar också tid att utveckla dessa system. I de nuvarande patientdatasystemen och registren går det inte att urskilja om en vårdkontakt omfattas av den planerade vårdgarantin eller inte.

Enligt Västra Nylands välfärdsområde har den ekonomiska tilläggsresurs som behövs på grund av den skärpta vårdgarantin bedömts vara något för låg i propositionen. Det är i praktiken inte möjligt att inom den föreslagna tidtabellen göra de personalökningar som en skärpning av vårdgarantin kräver eftersom det råder brist på utbildad

personal i Finland.

Det är inte ändamålsenligt att de resurser som behövs för att skärpa vårdgarantin tas bort från den övriga offentliga hälso- och sjukvården. Propositionen lyfter således fram behovet av att samtidigt granska andra lagstadgade uppgifter inom primärvården och tidsfristerna för dem samt den offentliga hälso- och sjukvårdens möjligheter att rangordna och minska sina lagstadgade uppgifter till exempel i det rådande pandemiläget.

Sammanfattningsvis konstaterar Västra Nylands välfärdsområde att en skärpning av vårdgarantin bör kunna genomföras så att man samtidigt kan sträva efter att förbättra vårdens kvalitet och genomslagskraft.

Inverkningarna på tillgången till vård och vårdens kontinuitet, på patientsäkerheten, kostnadseffektiviteten samt på behovet av specialiserad sjukvård och sjukhusvård

Propositionen utgår från att en skärpning av vårdgarantin entydigt förbättrar tillgången till vård. I synnerhet under coronapandemin har värdköerna enligt maximitiden på tre månader inom öppenvården erbjudit primärvården i ett överbelastningsläge en möjlighet att prioritera. Om tillgången till vård ska ordnas inom sju dagar utan att resurserna ökar avsevärt i takt med att vårdgarantin skärps, ska man ännu noggrannare än tidigare bedöma vem som över huvud taget kan erbjudas offentliga hälso- och sjukvårdstjänster. Detta står i skarp kontrast till regeringsprogrammets och propositionens mål att reformen ska göra primärvårdstjänsterna tillgängliga för alla i rätt tid och på ett högklassigt sätt och minska ojämlikheten mellan olika befolkningsgrupper.

Inverkningarna på kontinuiteten i vården kommer sannolikt ännu tydligare än tillgången till vård att vara dubbelriktade beroende starkt på de metoder som används för att skärpa vårdgarantin. Kontinuiteten i vården består av en långvarig vårdrelation, ordnandet av vården och informationsgången. Den föreslagna ökningen av resurserna och ibrukttagandet av nya verksamhets sätt förbättrar kontinuiteten i vården när de ordnas på rätt sätt. Det finns dock en risk för att långvariga vårdrelationer inom öppenvården inte uppstår, eftersom mottagningstiden ska ges inom sju dagar och det inte nödvändigtvis är möjligt att ge tid hos en bekant yrkesutbildad person. Inom mental- och missbruksvården framhävs betydelsen av kontinuiteten i vården, och i propositionen anses det därför finnas betydande risker för att kvaliteten på vården försämras. Propositionens idé om att köpa enskilda besök med servicesedlar som ett verktyg för tillgången till vård kan strida mot kontinuiteten i vården med tanke på alla tre ovannämnda faktorer i kontinuiteten i vården. Även en total utläggning av hälsostationer för att öka resurserna förbättrar kontinuiteten i vården endast om patientdatasystemen är enhetliga inom den offentliga och den privata hälso- och sjukvården.

Inrättandet av välfärdsområdena innebär dessutom en ny utmaning när det gäller att samordna skärpningen av vårdgarantin och kontinuiteten i vården. En sträng vårdgaranti kommer att leda till att klienten inom ramen för tidsfristen för vårdgarantin erbjuds en mottagningstid på något verksamhetsställe inom välfärdsområdet, som geografiskt sett eventuellt är mycket omfattande. Detta försämrar klientens möjligheter att få närservice samtidigt som kontinuiteten i vården och eventuellt också klientens faktiska möjligheter att överhuvudtaget få vård försämras. I synnerhet klienterna inom mental- och missbruksvården skulle dra nytta av närtjänster med låg tröskel. Det framgår inte entydigt av propositionen att också en

distansmottagning eller någon annan lämplig digital tjänst kan anses vara en sådan vårdhändelse som avses i vårdgarantin. I propositionens motivering jämförs dock mottagning på distans med mottagningsbesök, och som metoder för att skärpa vårdgarantin nämns mottagning på distans. Detta lämnar rum för tolkning av huruvida vårdgarantin kan uppfyllas till exempel endast genom distansmottagning eller annan digital tjänst, och denna punkt kräver en precisering.

Det är klart att patientsäkerheten inom öppenvården kan äventyras i långa vårdköer. Den kan också äventyras om en skärpning av vårdgarantin genomförs inom den föreslagna tidtabellen alltför snabbt i förhållande till de faktiska resurserna. På grund av den hårda prioriteringen kan patienter lämnas helt utanför hälso- och sjukvården eller den offentliga hälso- och sjukvården för att uppnå en tidsfrist på sju dagar tvingas till andra statistiska spekulationer som i värsta fall äventyrar patientsäkerheten. Inom munhälsovården förbättrar förkortandet av tidsfristen på sex månader till tre månader inte patientsäkerheten nämnvärt, eftersom de munsjukdomar som behandlas vid munhälsovårdens icke-brådskande mottagning framskrider långsamt och de akuta fallen alltid behandlas omedelbart.

Med tanke på hälso- och sjukvårdens kostnadseffektivitet finns det en risk för att en skärpning av vårdgarantin höjer kostnaderna utan att man når fördelar i samma förhållande. Detta är förenat med en risk för ökad onödig efterfrågan. När primärvårdens resultat mäts endast med den tid det tar att få vård och antalet läkarbesök, förblir det oklart om patienten får den hjälp hen behöver. Följden kan vara en situation där patienten hela tiden söker hjälp på nytt och belastar systemet utan att få rätt vård. Om tyngdpunkten ligger för mycket på tillgången till vård kan detta leda till oändamålsenlig praxis som kan försämra den långsiktiga planeringen av vården och skapa en situation där det inte finns incitament att erbjuda tillräckligt långa mottagningstider. Kostnadseffektiviteten kan också förbättras genom att de resurser som står till förfogande för hälso- och sjukvården riktas rätt. Läkarresurserna ska användas endast för vård av dem som behöver läkarvård. Detta hänför sig till verksamhetsmodeller vars utveckling inte automatiskt följer av en skärpning av vårdgarantin, men som är ett viktigt sätt att uppnå målet. Detta förutsätter att också andra resurser än läkarresurser ökas i samband med att vårdgarantin skärps.

Om reformen leder till att tillgången till vård i rätt tid och kontinuiteten i vården förbättras, är det möjligt att anta att behovet av oändamålsenlig sjukhusvård minskar. Av samma orsak kan övergången till tjänster inom den specialiserade sjukvården minska. Å andra sidan kan snabbare tillgång till vård leda till att även patienter med lindrigare symtom börjar omfattas av den specialiserade sjukvården. Det finns också sjukdomar där det är svårt att göra rätt diagnos inom sju dagar och patienten förflyttas i onödan till den specialiserade sjukvården.

Inverkningar på den offentliga primärvårdens möjligheter att svara på andra lagstadgade uppgifter

Enligt propositionen ska en skärpning av vårdgarantin inte gälla vårdhändelser enligt en vård- eller rehabiliteringsplan, mottagningar gällande andra medicinska specialiteter inom primärvården än specialistläkare inom allmänmedicin, uppföljnings- och kontrollbesök i anslutning till en klientgrupp eller tjänster som främjar hälsa och välfärd, såsom hälsorådgivning, hälsoundersökningar, vaccinationer som ges på grund av turism eller intyg som gäller tjänster. Även dessa utgör endast en del av de övriga lagstadgade uppgifterna inom primärvården. Inom primärvården genomförs utöver ovannämnda tjänster och tjänster som omfattas av vårdgarantin även bland annat skolhälsovård,

rådgivningsverksamhet, många specialtjänster, såsom tjänster för personer med intellektuell funktionsnedsättning och diabetescentrets tjänster, missbruksvård, vårdavdelningstjänster, förebyggande av smittsamma sjukdomar samt coronaspårning och coronavaccinationer som krävt omfattande personalresurser under de senaste ett och ett halvt åren. I synnerhet i mindre kommuner och enheter sköts primärvårdens olika uppgifter i praktiken av samma personal.

Samtidigt som vårdgarantin skärps är det nödvändigt att bedöma behovet av att ändra lagstiftningen för att minska eller omorganisera och omresursera andra lagstadgade uppgifter inom primärvården. I första hand bör man utveckla en mekanism genom vilken man inom primärvården då och då - till exempel vid en pandemi - kan låta bli att iakttä tidsfristerna för lagstadgade uppgifter och också helt och hållet för viss tid avstå från vissa uppgifter.

Inom munhälsovården gäller behovet av en översyn av de lagstadgade uppgifterna sådana tandkontroller av barn som avses i statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga (rådgivningsförordningen) och som i betydande grad binder vårdpersonal till verksamhet vars kostnadseffektivitet är osäker. Det effektivaste sättet att förbättra tillgången till vård inom munhälsovården är uttryckligen att minska den kontrollverksamhet som avses i rådgivningsförordningen och vars kostnadseffektivitet är osäker, varvid resurser skulle kunna överföras till att icke-brådskande undersöknings- och behandlingstider över huvud taget kan fås inom en tidsfrist på antingen tre eller sex månader.

Om utvärdering av metoder och inverknings

I regeringsprogrammet har det skrivits in att genom utveckling av multiprofessionella social- och hälsocentraler där digitaliseringen och distanstjänster utnyttjas och där det med hjälp av ny arbetsfördelning och en arbetsinsats av yrkesverksamma personer fås in konsultationer på specialnivå i mottagningsverksamheten, kan målet om en snabbare tillgång till vård inom öppenvården nås med cirka 1 000 fler allmänläkare. I propositionen nämns också att en kapacitetsökning kan ske genom att man skaffar primärvårdstjänster som köpta tjänster av andra tjänsteproducenter och genom servicesedelarrangemang.

I fråga om de metoder som nämns ovan bör det noteras att bristen på specialistläkare inom allmänmedicin redan nu är stor. Det behövlige antalet specialistläkare kan med nuvarande utbildning rekryteras först vid 2035. Och även då behövs det nya metoder för att göra den offentliga hälso- och sjukvården mer attraktiv som arbetsgivare för att bidra till att läkarna stannar i tjänst. På basis av enkäter som gjorts bland läkare kan detta uppnås bland annat genom att man ökar kontinuiteten i vården, utvecklar olika modeller för primärvården och engagerar personalen. I propositionen har det inte beaktats att utnyttjandet av 1 000 nya läkarresurser förutsätter ett betydande antal fler sjukskötare och byråsekreterare vid hälsostationer för att läkarnas tid ska kunna användas fullt ut för patientarbetet. För att optimera 1 000 läkares arbetsinsats behövs uppskattningsvis 300 sjukskötare och 100 byråsekreterare. När vårdgarantin skärps har också en ökning av antalet fysioterapeuter en betydande roll när en del av patienterna kan hänvisas från bedömningen av vårdbehovet direkt till en fysioterapeutmottagning. Behovet av att öka fysioterapeutresurserna har inte beaktats i propositionen.

En stor brist på vårdpersonal inom munhälsovården gäller för närvarande munhygienister, tandskötare och specialisttandläkare. Det

finns inte heller tillräckligt med sådana inom den privata munhälsovården. Utbildningsbehovet är avsevärt och det tar tid.

Utvecklingen av digitaliseringen inbegriper potential och utvecklingsarbetet måste fortsätta, men den anses inte vara den viktigaste faktorn när det gäller att förbättra tillgången till vård på kort sikt. Dessutom bör det noteras att om utvecklingen av digitaliseringen blir en uppgift för den redan belastade primärvården, är även detta utvecklingsarbete borta från skötseln av lagstadgade uppgifter i synnerhet i små kommuner och enheter.

Den föreslagna användningen av köpta tjänster som ett sätt att öka kapaciteten inom öppenvården stöder bäst målen, om den genomförs som utläggning av hela enheter och så att alla tjänsteleverantörer har samma patientdatasystem. Vid uppföljningen av kostnaderna för och effektiviteten hos de köpta tjänster som tillhandahålls på detta sätt bör det noteras att endast en del av primärvårdens lagstadgade uppgifter kan läggas ut på entreprenad. Användningen av köpta tjänster genom servicesedelarrangemang kan leda till att kontinuiteten i vården och patientsäkerheten försämras och i många fall till onödig användning av specialiserad sjukvård. Lösningarna med servicesedlar är tills vidare utvecklade.

Enligt propositionen kommer inverkan på användningen av tjänster inom den öppna primärvården sannolikt att vara störst under det första året efter lagens ikraftträdande, och efterfrågan antas därefter minska. Enligt Västra Nylands välfärdsområdes uppfattning är det dock osannolikt att efterfrågan som en gång har ökat skulle minska. Således bör ökningen av resurserna för primärvården vara betydande och bestående.

På basis av det ovan anförda har den ekonomiska tilläggsresurs som behövs på grund av den skärpta vårdgarantin enligt Västra Nylands välfärdsområdes synpunkt bedömts vara något för låg i propositionen. Detta avhjälpas delvis – om än inte på önskat sätt – genom att det i praktiken inte är möjligt att göra sådana personalökningar som kräver ekonomiska tilläggsresurser eftersom det råder brist på utbildad personal i Finland.

Munhälsovården bedöms enligt propositionen inte kräva tilläggskapacitet med undantag för avveckling av köer eftersom väntetiden på tre månader för icke-brådskande vård enligt propositionen fortfarande är lång. Enligt propositionen genomfördes år 2019 cirka 84 procent och i september 2021 cirka 87 procent av besöken inom munhälsovården i enlighet med den nu föreslagna vårdgarantin inom tre månader efter bedömningen av vårdbehovet. Av detta tal har man räknat ut kostnaderna för en skärpning av vårdgarantin och behovet av tilläggskapacitet. Enligt Västra Nylands välfärdsområdes synpunkt är de uppskattningar som lagts fram felaktiga. Uppgifterna i det register över vårdanmälningar inom den öppna primärvården (Avohilmo) som förs av Institutet för hälsa och välfärd lämnar rum för tolkning. Således är det sannolikt att en betydligt mindre del av besöken inom munhälsovården har genomförts inom tre månader.

I Esbo är den genomsnittliga tiden 100 dagar. Uppskattningarna försvagas ännu mer av att man i beräkningarna uppenbarligen har bortsett från de patienter som för närvarande inte alls får tid för icke-brådskande vård. Endast i Esbo har det funnits cirka 12 000 sådana patienter år 2021. Således är den tilläggskapacitet jämte kostnader som förorsakas av avvecklingen av köerna sannolikt betydligt högre än vad som uppskattats i propositionen och en skärpning av vårdgarantin medför ett permanent behov av tilläggskapacitet jämte kostnader.

Mätning och uppföljning

Av propositionen framgår inte hur genomförandet av vårdgarantin ska mätas. Också i propositionen nämns att det har visat sig vara svårt att göra en tillförlitlig riksomfattande bedömning av tillgången till icke-brådskande öppenvård inom primärvården i rätt tid. Av de patientdatasystem som används i Finland och till exempel av det ovan nämnda Avohilmo-registret går det inte entydigt att dra en slutsats och statistikföra om den faktiska vårdkontakten har omfattats av den planerade vårdgarantin. För att fördelarna med en skärpning av vårdgarantin ska konkretiseras för kunderna som en faktisk förbättring av tillgången till vård, bör mätning och uppföljning vara möjlig. Systemen bör således utvecklas och även detta kräver mer tid för att skärpa vårdgarantin.

Om övergångstiden

Västra Nylands välfärdsområde anser att det inte är möjligt att skärpa vårdgarantin inom den föreslagna tidtabellen, alltså från 1.4.2023. Ovan anförts grunder för detta. I praktiken är bristen på specialistläkare inom allmänmedicin samt på munhygienister och specialisttandläkare det största hindret. En skärpning av vårdgarantin ska genomföras med en klart längre övergångstid eller stegvis så att det före utgången av övergångstiden är möjligt att utbilda fler läkare och annan personal samt utveckla verksamhetsmodeller och digitala tjänster. Även annan lagstiftning ska senast samtidigt som vårdgarantin skärps ändras så att mängden lagstadgade uppgifter inom den offentliga hälso- och sjukvården och tidsfristerna granskas i förhållande till kraven på en skärpning av vårdgarantin och de resurser som behövs för den.

År 2023 ska man i första hand trygga inledningen av ordnandet av tjänsterna i välfärdsområdena. Modernisering och utveckling av servicesystemet som en skärpning av vårdgarantin förutsätter är möjlig först efter det.

Behandling

Ärendet behandlades utifrån ordförandens redogörelse.

Det temporära beredningsorganet för välfärdsområdet ändrade enhälligt följande punkt:

”Om övergångstiden

Esbo stad anser att det är ytterst svårt att genomföra en skärpning av vårdgarantin inom den föreslagna tidtabellen, alltså från 1.4.2023.”

Ändringen vid sammanträdet har beaktats i protokollet.

Beslut

Det temporära beredningsorganet för välfärdsområdet

Det ändrade förslaget godkändes enhälligt.

Redogörelse Bakgrund

Social- och hälsovårdsministeriet bereder en ändring av hälso- och sjukvårdslagen för att påskynda tillgången till vård och skärpa den så

kallade vårdgarantin för öppenvård och munhälsovård som ges i samband med primärvård. Detta är en del av den innehållsmässiga reformen av hälso- och sjukvårdstjänsterna i enlighet med regeringsprogrammet för statsminister Sanna Marins regering. Bestämmelserna om tillgång till vård ska också gälla studerandehälsovården för högskolestuderande och hälso- och sjukvården för fångar.

Social- och hälsovårdsministeriet har begärt utlåtande om regeringens proposition senast 4.1.2022. Ministeriet hoppas att den som ger utlåtande framför synpunkter på innehållet i, genomförandet av och konsekvenserna av de föreslagna bestämmelserna. Motiveringen till propositionen samt konsekvensbedömningen kommer att kompletteras och preciseras utifrån remissvaren. Utlåtandet ges i tjänsten utlåtande.fi.

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen föreslås det att tidsfristerna för tillgång till icke-brådskande vård inom primärvården ska skärpas. Patienten ska ha möjlighet att under tjänstetid på vardagar omedelbart få kontakt med en verksamhetsenhet inom primärvården och få en individuell bedömning av vårdbehovet. Inom icke-brådskande sjukvård inom primärvården ska den första vårdhändelsen ordnas inom sju dygn, om vårdhändelsen har samband med insjuknande, skada, försvåring av långtidssjukdom, uppkomst av nya symtom eller nedsatt funktionsförmåga. Inom munhälsovården ska undersökning eller behandling som har konstaterats vara odontologiskt nödvändig ordnas inom en skälig tid, dock inom tre månader från det att bedömningen av vårdbehovet har gjorts. Lagen ska dessutom innehålla bestämmelser för de situationer där patienten först har hänvisats till mottagningen hos en annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare eller tandläkare. En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ska göra en bedömning av vårdbehovet senast den tredje vardagen efter det att patienten kontaktade hälsocentralen, om inte bedömningen har kunnat göras under den första kontakten. Det föreslås inga ändringar i tidsfristerna för bedömning av vårdbehovet.

Tidsfristen på sju dygn inom primärvården ska inte gälla vårdhändelser enligt en vård- eller rehabiliteringsplan, mottagningar gällande andra medicinska specialiteter inom primärvården än specialistläkare inom allmänmedicin, uppföljnings- och kontrollbesök i anslutning till en klientgrupp eller tjänster som främjar hälsa och välfärd, såsom hälsorådgivning, hälsoundersökningar, vaccinationer som ges på grund av turism eller intyg som gäller tjänster. Tjänster som inte omfattas av tidsfristen på sju dygn ska ordnas inom skälig tid med beaktande av patientens hälsotillstånd, arbets-, studie- och funktionsförmåga, servicebehovet och den förutsebara utvecklingen av sjukdomen eller skadan, dock inom tre månader från det att patienten tog kontakt och från bedömningen av vårdbehovet eller i enlighet med en vård- eller rehabiliteringsplan. Inom munhälsovården ska tidsfristen på tre månader inte gälla situationer där patientens individuella undersökningsintervall har antecknats i vårdplanen, om det inte framkommer behov av snabbare undersökning eller tillgång till vård.

Bestämmelserna ska gälla den primärvård som omfattas av välfärdsområdets organiseringsansvar och den studerandehälsovård för högskolestuderande som omfattas av Folkpensionsanstaltens organiseringsansvar och som i huvudsak produceras av Studenternas hälsovårdsstiftelse.

De föreslagna lagarna är avsedda att träda i kraft 1.4.2023.

Begäran om utlåtande samt regeringens proposition i sin helhet:

<https://www.lausuntopalvelu.fi/FI/Proposal/Participation?proposalId=09006b65-16fd-4825-b87b-358bdfaf909a>

Det temporära beredningsorganet för Västra Nylands välfärdsområde yttrar sig om propositionen endast till den del det gäller reformen av hälso- och sjukvårdslagen.

Beslutshistoria

Bilaga

Tilläggsmaterial

- Lausuntopyyntö hallituksen esityksestä perusterveydenhuollon hoitotakuun tiukentamisesta, VN124920
- Saate lausuntopyyntöön Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö

För kännedom