

TYÖPAPEREITA 3/2005

---

Mauno Konttinen, Milla Roos (red.)

# Annus Medicus Fenniae 2005

Nordiskt hälsodirektörmöte  
Tórshavn, 22.–23. augusti 2005

© Kirjoittajat ja Stakes

Taitto: Christine Strid

ISBN 951-33-1626-2 (paperimoniste)

ISSN 1795-8091

ISBN 951-33-1627-0 (verkkokirja)

ISSN 1795-8105

Stakesin monistamo

Helsinki 2005



Forsknings- och utvecklingscentralen  
för social- och hälsovården

Helsingfors 2005

## Innehåll

Grundlig omorganisation av Finlands social-, hälso- och sjukvård .....	5
<i>Mauno Konttinen</i>	
Genomförande av vårdgarantin .....	7
<i>Olli Nylander</i>	
Utvecklingen av medicinalstatistiken i Finland 2004 – Uppföljning av tillgången till vård .....	9
<i>Olli Nylander</i>	
SOTKANet-indikatorbanken.....	15
Sammandrag av några böcker som utgivits 2004–2005 från Stakes .....	16
Sammandrag av några böcker som utgivits 2004–2005 från social- och hälsovårdsministeriet .....	23
Somliga pressmeddelanden från social- och hälsovårdsministeriet .....	26

# Grundlig omorganisation av Finlands social-, hälso- och sjukvård

MAUNO KONTTINEN

## Det nationella projektet för tryggande av hälso- och sjukvården i framtiden

I augusti 2003 vid det nordiska hälsodirektörmötet i Oslo berättade vi att statsrådet upprättat ett nationellt hälsoprojekt 2002–2007 för att trygga hälso- och sjukvården i framtiden. Enligt lagstiftningen har kommunerna det huvudsakliga ansvaret för att anordna social-, hälso- och sjukvårdstjänster. Projektets mål är att tillgången och kvaliteten på sådan vård som utgår från befolkningens hälso- och sjukvårdsbehov skall vara tillräckliga i de olika delarna av landet och oberoende av invånarnas betalningsförmåga.

För att säkerställa att servicesystemet fungerar har statsrådet fattat beslut om följande åtgärder:

1. En fungerande primärhälsovård och ett fungerande förebyggande arbete.
2. Garanterad vård (mer om detta i Annus).
3. Tryggande av tillgången på personal och personalens kunnande.
4. Reformering av funktionerna och strukturerna.
5. Åtgärder för att stärka finansieringen av hälso- och sjukvård (tilläggsfinansiering genom att årligen öka statsandelarna till kommunerna).

Det nationella hälsoprojektet, som främst innebär förnyelser av teknisk karaktär, har redan börjat genomföras och regeringen har på ett lovvärt sätt sett till att statsandelarna ökats. Trots det är mycket ännu på hälft, till exempel de riksomfattande elektroniska sjukjournalerna, som borde tas i bruk senast före utgången av 2007. Enligt statsrådets principbeslut bör primärhälsovården anordnas som en regional, funktionell helhet. Ett rekommenderat befolkningsunderlag är 20 000–30 000 invånare, vilket betyder att serviceenheter som är uppbyggda på detta sätt har 12–18 läkare. Denna omorganisation har hittills inte avancerat som planerat.

## Projektet för kommun- och servicestrukturen

Under de senaste åren har det blivit allt mer uppenbart att en del av Finlands 432 kommuner av ekonomiska orsaker inte längre klarar av att uppfylla sina lagstadgade skyldigheter. Detta gäller särskilt den så kallade basservicen, till exempel grundskola, social service (omfattar barnomsorg), hälso- och sjukvård samt äldreomsorg. Bland annat kommunsammanläggningar har föreslagits som lösning på problemet. Till de radikalare förslagen hör att Finland i framtiden skulle ha endast 20 kommuner. Man har också diskuterat social- och hälsodistrikt, som skulle bygga på de nuvarande 20 sjukvårdsdistrikten och inom vilka man skulle koppla ihop primär hälso- och sjukvård, specialiserad sjukvård, äldreomsorg, mentalvård, psykosociala tjänster och missbrukarvård.

Landets nuvarande regering, som till följd av de politiska styrkeförhållandena strävar efter att utgå från lokala och regionala perspektiv, har tagit med i sitt program uppdraget att genomföra en översyn av kommun- och servicestrukturen och en strategi för detta. Närmare riktlinjer finns inskrivna i statsrådets redogörelse för central-, regional- och lokalförvaltningens funktion och

utvecklingsbehov. I maj 2005 tillsatte inrikesministeriet ett projekt för en reform av kommun- och servicestrukturen. Det förberedande redogörelsearbetet torde vara färdigt i slutet av maj 2006.

Projektets uppdrag:

1. Projektet skall utvärdera och lägga fram förslag till hur de lagstadgade kommunala tjänsterna och frivilliga kommunala tjänsteåtaganden lämpligen kan anordnas med hänsyn till vad tjänsterna innefattar och hur de är utformade samt med särskild hänsyn till tillgången till tjänster och deras kvalitet och kommunernas bärkraft på sikt liksom regionala och språkliga särdrag. Projektet skall analysera förändringar i kommunindelningen och kommunövergripande samarbete på alla nivåer, allt från kommunal nivå till nationell nivå.
2. Projektet skall utreda och främja möjligheterna att införa bästa praxis för att tillhandahålla och producera tjänster och då ta särskild hänsyn till tillgången till tjänster, deras kvalitet, effektiv produktion av tjänster, större produktivitet, IT-utvecklingen och konsekvenserna för personalen.
3. Projektet skall göra en utvärdering av styr- och utvecklingsmekanismen för tjänster och av utredningsverksamheten och lägga fram förbättringsförslag.
4. Projektet skall utvärdera statens och kommunernas uppgifter och kostnadsfördelningen mellan stat och kommun och lägga fram nödvändiga förslag.
5. Projektet skall utveckla och stödja de utvecklingsprojekt som pågår inom social- och hälsovårdssektorn och inom utbildnings- och kulturområdet. Också resultaten av produktivitetsprojektet vägs in.
6. Projektet skall bereda de normativa och lagstadgade ändringar i hur kommunala tjänster tillhandahålls och anordnas som är angelägna och nödvändiga med avseende på genomförandet av projektet.

Redan denna höst torde man inleda en livlig politisk diskussion om bland annat relationerna mellan stat och kommun, om centralisering av många tjänster till regionala enheter som är större än de nuvarande och om förverkligandet av närdemokratin i framtiden. Det kommer att bli intressant och se om man lyckas nå politisk konsensus. Det återstår också att se om det nationella hälsoprojektet hamnar i skymundan av det stora försöket att förnya landets förvaltningsstrukturer.

# Genomförande av vårdgarantin

OLLI NYLADER

Den nya lagstiftningen om vårdgarantin har varit i kraft ett halvår. Att bygga upp ett system för uppföljning av tidsfristerna är en stor utmaning för alla parter både verksamhetsmässigt och tekniskt. Därför har man i detta skede ännu inte kunnat skapa sig någon övergripande bild av hur vårdgarantin har genomförts. I början av hösten kommer man att begära lägesrapporter av sjukhusen och hälsovårdscentralerna. Då kommer man också att få från sjukvårdsdistrikten rätt så heltäckande uppgifter om enskilda patienter från en halvårsperiod. För hälsovårdscentralernas del blir man tvungen att nöja sig med uppgifter om enskilda patienter vid de hälsovårdscentraler som ingår i urvalet.

## Primärvård

Möjligheten till direkt kontakt har krävt både verksamhetsmässiga och tekniska förändringar ute på fältet. Vårdpersonalens arbetsfördelning har ändrats och möjligheterna till kontakt per telefon har organiserats på ett nytt sätt. Det finns inga heltäckande uppföljningsuppgifter om direkt kontakt för hela landets del. Regionala problem har lösts genom gemensamma teletjänstcentraler som i Sverige. När det gäller telefonsamtal, har utmaningen varit att separera rådgivning från faktisk tidsbeställning. Enbart rådgivning kräver inte specificering av personuppgifter och dokumentering av problem. Däremot kräver beställning av vård att individen kan identifieras och att de grundläggande uppgifterna registreras. Social- och hälsovårdsministeriet har utfärdat särskilda anvisningar om detta utöver att ha gett mycket handledning och svarat på många frågor. Även den personliga rådgivning som hälso- och sjukvårdspersonalen ger om behandling av sjukdom måste registreras, vilket är nytt.

Enligt en enkät som genomfördes i början av året har vårdbehovet bedömts inom tre dagar i 70 procent av fallen nationellt sett. De regionala variationerna är emellertid stora. Faktum är att på vissa orter är det svårt att nå målet på grund av obesatta läkar- och sjukskötersketjänster.

Enligt enkäten i början av året var det mycket svårt att få tid hos läkare. I cirka 20 procent av fallen har man fått tid hos läkare på hälsovårdscentral inom tre dagar och i ungefär 50 procent av fallen har man fått en läkartid inom en vecka. Även detta problem kommer att minska när arbetsfördelningen mellan läkarna och sjuksköterna ändras, men den lokala bristen på läkare och sjukskötare försvårar nåendet av målet.

När det gäller tandvård, är situationen problematisk i hela landet. Skyldigheten att anordna kommunal tandvård för vuxna, som infördes för ett antal år sedan, har ännu inte kunnat uppfyllas helt. I hela landet råder det stor brist på tandläkare inom den kommunala sektorn. Enligt enkäten i början av året får endast cirka 10 procent av patienterna behandling inom tre dygn och cirka 50 procent får behandling inom en vecka.

Allmänt sett kommer vårdgarantin att påverka hälsovårdscentralernas verksamhet på så sätt att särskilt de stora hälsovårdscentralerna blir tvungna att anställa fler läkare, särskilt tandläkare. Dessutom måste de ändra arbetsfördelningen mellan läkare och sjukskötare. På de mindre hälsovårdscentralerna klarar man kanske av att genomföra vårdgarantin genom interna arbetsarrangemang och regionalt samarbete.

## Specialvård

Genomförandet av vårdgarantin inom specialvården medför olika utmaningar för den somatiska vården, psykiatrin och den operativa vården. På nationell nivå har man försökt svara på utmaningarna genom att utarbeta enhetliga grunder för icke brådskande vård i fråga om behandling och undersökning av 193 sjukdomar. ”Målet är att utarbeta grunder för ungefär 80 % av vård som inte är brådskande. Det är inte fråga om ett arbete som blir färdigt på en gång utan grunderna för vård revideras och vidareutvecklas på basis av erfarenheterna. Sjukvårdsdistrikten och hälsovårdscentralerna utvärderar och följer upp hur rekommendationerna fungerar. I varje handbok anges namn och kontaktuppgifter på medlemmarna i den relevanta arbetsgruppen samt på den ansvariga personen i arbetsgruppen.” (Enhetliga grunder för icke brådskande vård, social- och hälsovårdsministeriets handböcker 2005:5). En del av kriterierna (30/193) har poängsatts enligt principen 0–100, varvid en bedömning som överskrider ett visst poängtal uppfyller kriterierna för icke brådskande vård. Läkarens egen bedömning är dock alltid den främsta principen. Kriterier för icke brådskande vård har även utarbetats för diagnostisk utbildning.

I början av året genomfördes en enkät som riktade sig till sjukvårdsdistrikten. Om somatisk vård fanns det ännu inga lägesuppgifter att få. För den operativa vårdens del medförde volymerna de största problemen. I början av året hade ungefär 40 000 patienter väntat över sex månader på vård. Ute på fältet har man emellertid tagit itu med utmaningen och inom ett halvår torde antalet redan ha minskat avsevärt. Av de operativa specialiteterna har ortopedin utsatts för det största trycket. Inom barnpsykiatrin är vårdköerna mycket långa, trots att denna specialitet redan tidigare hade en lagstadgad skyldighet att anordna vård inom tre månader. Problemen inom vuxenpsykiatrin är också mycket stora. Inom specialistvården kommer införandet av vårdkriterier allmänt sett att förändra situationen i vissa hänseenden och detta blir intressant att följa.

När det gäller specialistvård är det vanligt att det råder brist på läkare inom vissa specialiteter. Denna brist har naturligtvis försvårat genomförandet av vårdgarantin. En balanseringsfråga som fortfarande är aktuell är obalansen mellan patienternas vårdbehov och de finansieringsmöjligheter som medlemskommunerna i sjukvårdsdistrikten har. Under det första skedet försvåras genomförandet av vårdgarantin av de långa köer som uppstått under årens lopp. Likaså utgör de stora variationerna i utnyttjandet av tjänster, oberoende av det faktiska objektiva behovet, en utmaning. Tanken är att införandet av vårdkriterier med tiden ska utjämna regionala skillnader åtminstone för de sjukdomsgrupper del inom vilka kriterierna tillämpas.

# Utvecklingen av medicinalstatistiken i Finland 2004

## Uppföljning av tillgången till vård

OLLI NYLANDER

### Innehåll

1. Ett nationellt projekt för att trygga framtiden inom hälso- och sjukvården
  - 1.1 Uppföljning av tillgången till vård
  - 1.2 Statistikföring
  - 1.3 Mål för enhetlig uppföljning av vårdprocesserna
  - 1.4 Elektroniska patientjournaler tas i bruk i hela landet

## 1. Ett nationellt projekt för att trygga framtiden inom hälso- och sjukvården

(Stakes/Olli Nylander)

I april 2002 fattade regeringen ett principbeslut om de frågor som utredaren och ledningsgruppen för det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet hade framställt att man skulle ta itu med. De mest centrala frågorna i projektet var att säkerställa garanterad vård, att utveckla arbetsfördelningen, att öka samarbetet inom den specialiserade sjukvården i sjukvårdsdistrikten och mellan dem, att organisera primärvården regionalt och delvis i större helheter än för närvarande samt att lyfta fram förebyggande arbete, medborgarnas ansvar för sin egen hälsa och att primärvården fungerar väl.

### 1.1 Uppföljning av tillgången till vård

Lagarna om ändring av folkhälsolagen (66/1972) och av lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989) antogs av riksdagen den 15 juni 2004 och stadfästes den 17 september 2004. De centrala i lagändringarna är tidsfristerna för tillgång till vård i icke brådskande fall inom både primärvården och den specialiserade sjukvården. Förordningen om förverkligande av rätten att få vård och om regionalt samarbete (1019/2004) är kopplad till lagarna. Såväl lagarna som förordningen trädde i kraft den 1 mars 2005. Förordningen innehåller en hänvisning till lagen (556/1989) och förordningen (774/1989) om riksomfattande personregister. I den lagen och den förordningen föreskrivs vilka data Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården (Stakes) får samla in och lagra. Enligt den berörda lagstiftningen kan de uppgifter som behövs för uppföljningen av tillgången till vård samlas in på personnummernivå.

Parallellt med ändringarna av folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård ändrades också lagen om patientens ställning och rättigheter (857/2004). Patienten skall få veta när han eller hon får vård (4 § i lagen om patientens ställning och rättigheter, härefter ”patientlagen”). Genom ändringarna tryggas patientens möjlighet att få information om när han eller hon får vård. Till patientlagen tillfördes en bestämmelse om att göra upp en plan för undersökning och vård. En sådan plan förbättrar i synnerhet de patienters ställning som är långtidssjuka eller som genomgår medicinsk rehabilitering. Av planen bör också framgå hur vården av patienten fortskrider, dvs. tidsplanen för vården. Ändringen stöder strävan att inom hälso- och sjukvården gå över från ett organisationsfokuserat tillvägagångssätt till övergripande vård- och servicekedjor för patienten. I

patientlagen slås också fast att en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården skall anteckna i journalhandlingarna sådana uppgifter som behövs för att anordna, planera, tillhandahålla och följa upp vården och behandlingen av en patient. När det gäller mentalvårdstjänster för barn och ungdomar skall intagningen till specialiserad sjukvård ske inom tre månader. I övrigt följs för dessa tjänsters del samma lagstiftning som i allmänhet inom den specialiserade sjukvården.

### Primärvård

*Hälsovårdscentralen skall ordna sin verksamhet så att en patient vardagar under tjänstetid omedelbart kan få kontakt med hälsovårdscentralen. (15b § 1 mom. i folkhälsolagen)*

I förordningen om förverkligande av rätten att få vård och om regionalt samarbete står att omedelbar kontakt med hälsovårdscentralen skall anordnas vardagar under tjänstetid, så att den som tar kontakt enligt eget val antingen kan ta kontakt per telefon eller personligen besöka hälsovårdscentralen (1 §). Bedömningen av vårdbehovet och den vårdanvisning eller det åtgärdsförslag som en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården gett skall antecknas i journalhandlingarna (3 §).

Hälso- och sjukvårdsrådgivningen kan vara antingen allmän eller personlig. Allmän telefonrådgivning blir personlig rådgivning när man tar ställning till personens hälsotillstånd eller ger honom eller henne personliga vårdanvisningar. Den person som ger råd skall i detta fall vara en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. I samband med rådgivningen bör man även göra sådana anteckningar som föreskrivs i patientlagen i journalhandlingarna. På detta sätt registreras samtidigt de uppgifter som behövs för statistisk uppföljning. Som bäst kan verksamheten vara service där man vid ett och samma tillfälle kan ge råd, servicehandledning och ta hand om tidsbeställningarna. En sådan telefonrådgivningsservice kan organiseras på många olika sätt (t.ex. som utlokaliserad centraliserat telefonrådgivningssystem som införlivats i den kommunala serviceorganisationen eller som teletjänstcentralverksamhet).

*En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården skall göra en bedömning av vårdbehovet senast den tredje vardagen från det att patienten tog kontakt med hälsovårdscentralen, om inte bedömningen har kunnat göras första gången patienten tog kontakt. (15b § 1 mom. i folkhälsolagen)*

Om den yrkesutbildade personen inom hälso- och sjukvården av någon orsak inte kan bedöma vårdbehovet första gången patienten tar kontakt, skall kontakten registreras i hälsovårdscentralens system för patientuppgifter genom anteckningar om hur patienten handletts vidare i sitt ärende. Beställning av tid hos en sjuksköterska eller läkare (loggfil om tidsbeställning) eller vid behov registrering av en personlig vårdanvisning i journalen är exempel på en sådan anteckning. När patienten tar kontakt bör denne få information om de åtgärder som anses nödvändiga för att kunna bedöma vårdbehovet.

Det är möjligt att man vid bedömningen av vårdbehovet konstaterar att vården vore nödvändig, men att man i den berörda primärvårdsenheten inte kan tillhandahålla den inom den tidsram som föreskrivs i lagstiftningen. Enligt lagstiftningen (15b § 3 mom. i folkhälsolagen) skall hälsovårdscentralen, om den inte själv kan ge vården inom den fastslagna tiden, anordna vården genom att anskaffa den från någon annan serviceproducent. Denna uppgift bör också antecknas i journalhandlingarna. Skyldigheten att följa upp vårdväntetiderna gäller inte brådskande besök. De omfattas av bestämmelserna i folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård och lagen om patientens ställning och rättigheter.

Vård som i samband med bedömningen av vårdbehovet har konstaterats vara medicinskt eller odontologiskt nödvändig skall med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens



sannolika förlopp anordnas inom skälig tid, dock inom tre månader från det att vårdbehovet bedömdes. Denna längsta väntetid på tre månader får överskridas med högst tre månader inom mun- och tandvård eller inom specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård, om vården av medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande motiverade skäl kan skjutas upp utan att patientens hälsotillstånd äventyras. (15b § 1 mom. i folkhälsolagen)

### Specialiserad sjukvård

I 31 § 3 mom. i lagen om specialiserad sjukvård anges två olika tidsfrister för tillgång till vård i icke brådskande fall:

*Bedömningen av vårdbehovet skall inledas inom tre veckor från det att remissen anlände till ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet i sjukvårdsdistriktet.*

*Vård som på basis av bedömningen av vårdbehovet konstaterats vara medicinskt eller odontologiskt nödvändig skall med beaktande av hur brådskande vården är ordnas och inledas inom skälig tid, dock inom sex månader från det att vårdbehovet bedömdes. Vård som på basis av en bedömning av vårdbehovet som gjorts inom mentalvårdsarbetet bland barn och unga konstaterats vara nödvändig skall med beaktande av hur brådskande vården är ordnas inom tre månader, om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver något annat.*

I den nya lagstiftningen fastslås inte någon tidsfrist för bedömningen av vårdbehovet. Kriterierna för diagnostisk utbildning syftar till att hindra att bedömningen av vårdbehovet drar längre ut på tiden än vad som är medicinskt motiverat. Uppföljningen av väntetiderna till diagnostisk utbildning omfattas visserligen inte av uppföljningen av tillgången till vård, men man kommer att följa hur lång tid bedömningen av vårdbehovet tar.

Stakes har som registermyndighet följt verksamheten inom den specialiserade sjukvården genom sjukhusens årliga vårdanmälningar. Uppföljningen av hur den nya lagen genomförs kräver emellertid att man genomför en datainsamling, som är något mer omfattande än tidigare, under en kortare period. Tidsfristerna för mentalvårdstjänster för barn och ungdomar följs separat. Uppföljningen av intagningen till vård omfattar också primärvårdens specialistledda sjukhusverksamhet.

I statsrådets principbeslut om tryggande av hälso- och sjukvården i framtiden slår man fast att riksomfattande anvisningar om genomförande av icke brådskande vård och köhantering skall utarbetas för att minska skillnaderna i fråga om grunderna för att få vård. Under ledning av social- och hälsovårdsministeriet inleddes ett projekt med syfte att utarbeta enhetliga grunder för icke brådskande vård. Med hjälp av sjukvårdsdistriktens medicinska experter utarbetades sådana under år 2004 och sändes till sjukhusen och hälsovårdscentralerna i slutet av januari 2005.

Tillämpningen av kriterierna (dvs. grunderna för vård) följs till att börja med genom diagnoser, åtgärder och specialiteter.

### Privata serviceproducenter

Om hälsovårdscentralen eller sjukvårdsdistriktets samkommun (en sammanslutning av kommuner), inte själv kan ge vården inom den föreskrivna tiden, skall kommunen eller samkommunen till följd av lagändringarna köpa vården från någon annan serviceproducent (en serviceproducent inom den offentliga, privata eller tredje sektorn). Syftet med datainsamlingen är att också följa

den vård som privata serviceproducenter ger, dvs. huruvida vård som anordnats som köpt tjänst ges inom den föreskrivna tiden (6 månader).

Det finns inga separata bestämmelser om uppföljning av tillgången till vård när det gäller privata serviceproducenter. Ändamålsenligt vore att den enhet som köper vården följer hur den genomförs. Kommunen eller samkommunen måste avtala separat om denna praxis vid ingående av avtal om tjänst som köps.

I lagstiftningen har skyldigheten att följa tillgången till vård delats in i två nivåer: lokalt genomförs den av hälsovårdscentralerna och sjukvårdsdistrikten och på riksnivå av Stakes. Länsstyrelserna, som övervakar hälso- och sjukvårdsverksamheten i Finland, övervakar också genomförandet av lagändringarna som syftar till att förbättra tillgången till vård. Länsstyrelserna kommer att använda det uppföljningssystem som nu upprättas när de utför sin lagstadgade tillsynsuppgift.

## 1.2 Statistikföring

För närvarande följs de patienter som vårdats inom den specialiserade sjukvården genom vårdanmälningar (sk. Hilmo-register, som är det tidigare utskrivnings-/patientregistret). Anvisningar om dessa ges ut årligen och de senaste är för 2005. Vårdanmälningarna sammanställs manuellt vid Stakes en gång per år. Uppgifterna kontrolleras och kompletteras av både avsändaren och mottagaren. Inom primärvården finns ännu ingen landsomfattande uppföljning. Förnyelsen av datasystemen och de verksamhetsprocesser som ligger till grund för dem är ett långsiktigt arbete, som måste genomföras stegvis. Dessutom måste man ta hänsyn till lokala rutiner, datasystem och möjligheterna att förnya dem. Förnyelsen genomförs i tre etapper enligt följande:

Första etappen 2005:

- Primärvård: Från de hälsovårdscentraler som valts ut så heltäckande uppgifter om enskilda individer som möjligt enligt Stakes regler. Man kommer separat överens om vilka hälsovårdscentraler som skall väljas.
- Specialiserad sjukvård: Under perioden 1.3.2005–30.10.2005 från alla sjukvårdsdistrikt så heltäckande uppgifter om enskilda individer som möjligt enligt Stakes bestämmelser. Pilotförsök med elektronisk dataöverföring med HL7-gränssnitt och CDA-innehåll genomförs med sjukvårdsdistrikt, som väljs ut separat.
- En enkät om administrationen riktas till hälsovårdscentralernas och sjukvårdsdistriktens ledning. Frågorna rör situationen innan lagen trädde i kraft. Genom enkäten utreds vad ledningen för verksamhetsenheterna anser om genomförandet av lagändringarna och återspeglingsseffekten på verksamhet som inte omfattas av de nya lagarna, nämligen brådskande verksamhet, vård som inte omfattas av vårdgarantin samt förebyggande arbete. Primärvårdsenkäten genomförs på nytt hösten 2005.

Andra etappen 2006:

- Primärvård: Antalet hälsovårdscentraler som ingår i urvalet utökas för att få ett tillräckligt nationellt urval som återspeglar helhetssituationen.
- Specialiserad sjukvård: Integrationen av tillgången till vård och av vårdanmälningssystemets datainsamling genomförs, den elektroniska dataöverföringen utvidgas och samtidigt utreds möjligheten att sammanställa delårsdata.
- Enkäterna om administrationen upprepas, om det fortfarande finns behov av sådan information.

Tredje etappen 2007:

- Inom både primärvården och den specialiserade sjukvården genomförs en standardiseringsrelaterad modernisering av det elektroniska journalsystemet. Den inbegriper ett omfattande ibruktagande av kärnuppgifter, varefter uppföljningsuppgifterna kan sammanställas direkt på grundval av kärnuppgifterna genom elektronisk dataöverföring flera gånger per år.

### 1.3 Mål för enhetlig uppföljning av vårdprocesserna

Det allmänna målet är att ta fram nationellt jämförbara, tillförlitliga och aktuella uppgifter om intagning till vård för att kunna följa genomförandet av lagändringarna och för att utvärdera de enskilda enheternas verksamhetsresultat. I det följande presenteras mål för enhetlig uppföljning av primärvården och vårdprocesserna inom den specialiserade sjukvården.

1. **De uppgifter som följs upp registreras i samband med vårdtillfällena.** För närvarande varierar rutinerna för registreringen av de uppgifter som anges på Stakes vårdanmälningsformulär och ibruktagandet av den elektroniska patientjournalen i olika organisationer. I fortsättningen strävar man efter att spara de uppgifter som uppföljningen kräver i samband med den normala registreringen i vården. På detta sätt orsakar registreringen så lite extra arbete som möjligt. Allt fler personer i den kedja som vårdar patienten deltar i produktionen och registreringen av uppgifter. Därför är det ytterst viktigt att var och en producerar felfria uppgifter. Av insamlade uppgifter sammanställs information på organisations- och landsnivå för beslutsfattare. Genom informationen kan de följa verksamheten inom hälso- och sjukvården och fatta de rätta besluten.
2. **Automatiserad överföring till Stakes av de uppgifter som följs upp.** Automatiserad dataöverföring möjliggör en snabbare insamlingsrytm (till och med en gång per månad). Detta ger i sin tur möjlighet till att utarbeta mer aktuella rapporter.
3. **Dataöverföringen till Stakes genomförs enligt specifikationerna för anslutningar i sambruk (öppna gränssnitt).** Inom ramen för det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet har föreningen HL7 (<http://www.hl7.fi>) utarbetat specifikationer för öppna gränssnitt. Kommunikationsadaptar enligt dessa har man infört eller håller på att införa i alla viktigare patientdatasystem. Stakes mottagningscentral kommer att utformas enligt samma specifikationer.
4. **Enhetliga uppgifter om alla verksamhetsenheter utgör grunden för datainsamlingen och rapporteringen.** Enhetlig terminologi och samma uppgiftsbeteckningar, klassificeringar, inkodningar och perioder ger möjlighet att summera uppgifterna och jämföra verksamhetsenheterna med varandra.
5. **Det sändande patientdatasystemet ansvarar för att de sända uppgifterna är enhetliga.** Det system som sänder uppgifter ansvarar för att eventuella lokala uppgiftsbeteckningar, klassificeringar och kodsyste m görs enhetliga med den nationella praxisen. Det sändande systemet har den lokalkännedom som krävs för att kunna ta ställning till motsvarigheten av uppgifterna. Dessutom finns det så många sändande system att alternativet att mottagaren skulle utjämna skillnaderna är otänkbart redan på grund av arbetsuppgiftens omfattning. De sändande systemen bör alltså använda de nationella kodsyste m i de filer som sänds. Kodsyste m offentliggörs på den kodserver som Stakes upprätthåller: <http://koodistopalvelu.stakes.fi>.
6. **Det sändande patientdatasystemet samlar in och sänder uppgifter om alla klienter. Även uppgifterna om patienter som behöver brådskande vård samlas in från datasyste m och sänds till Stakes.** Genom att man har hela materialet till utgångspunkt för uppföljningen är det möjligt att följa relationstal, t.ex. hur många procent av alla patienter som omfattas av vårdgarantin, hur många procent av de patienter som omfattas av vårdgarantin som får

vård inom utsatt tid, hur de relativa andelarna utvecklas med tiden osv. Alla slutsatser på grundval av materialet, t.ex. om vården har getts inom utsatt tid, dras där rapporteringen görs. På detta sätt kan eventuella ändringar av instrument eller nya instrument tas i bruk i de rapporterande systemen utan större förändringar i de sändande systemen. Uppgifter om brådskande vård tas från systemet på så sätt att datan i tillämpliga delar motsvarar definitionerna av datan för icke brådskande vård.

7. **Den lokala och den nationella rapporteringen är enhetlig.** Data som samlats in på detta sätt kan användas för flera ändamål. Dessutom kan de uppgifter om tillgången till vård som publiceras lokalt jämföras med andra verksamhetsenheter i landet. Respons och referensuppgifter utgör ett lokalt verktyg vid utvecklingen av verksamheten.
8. **Uppföljningsuppgifterna om enskilda patienter offentliggörs inte.** Uppgifterna förs över i form av individuella, personnummerförsedda uppgifter om patienterna. Överlåtelsen av uppgifter till Stakes bygger på lagen och förordningen om riksomfattande personregister (556/1989). Stakes följer personnumren i sin databas. Ett dolt personnummer ger möjlighet att följa hur vårdprocessen i det berörda fallet fortskrider. De uppgifter som offentliggörs är summerade tal. Uppgifter om enskilda patienter varken offentliggörs eller lämnas till utomstående. Uppgifterna används endast i statistik och forskning.
9. **Individuella problem följs upp i tillgången till vård.** Det kan hända att patienten samtidigt har flera problem som kräver vård. Till exempel en patient som köar för höftoperation kan plötsligt drabbas av akut hjärtinfarkt, som kräver brådskande åtgärder. Dessa vidtas före höftoperationen, varvid det alltså är fråga om en annan vårdkedja. En viktig nyhet är införandet av en kod för vårdkedjan, genom vilken man följer genomförandet av vårdgarantin. Genom koden är det möjligt att koppla samman uppföljningsuppgifterna med vården av ett visst problem. Inom den specialiserade sjukvården torde man kunna koppla ihop koden med remissen. Inom primärvården används en kod för servicekedjan för att upplysa om ett visst problem.
10. **Uppföljningssystemet för tillgången till vård** bygger på att offentliggöra uppgifterna om väntetiderna för olika patientgrupper så snabbt som möjligt efter datainsamlingen. Inom den specialiserade sjukvården strävar man efter fullständig täckning omedelbart. Inom primärvården offentliggörs däremot endast uppgifterna om de hälsovårdscentraler som ingår i urvalet. De data som samlas in ger möjlighet att på ett mångsidigt sätt granska hur tillgång till vård organiserats bl.a. regionalt, efter diagnos, åtgärd, specialitet, patientgrupp osv. På grundval av erfarenheterna bestämmer man de nationella nyckeltal som används officiellt.

## SOTKANet – De viktigaste indikatorerna om den finländska social-, hälso- och sjukvården i en och samma databank

Indikatorbanken SOTKANet är Stakes nya webbtjänst, som lanserades i mars 2005. Den innehåller de viktigaste uppgifterna om den finländska befolkningens välfärd och hälsa. Indikatorbanken har utvecklats som stöd för beslutsfattare och experter inom social-, hälso- och sjukvårdsområdet vid planering, uppföljning och beslutsfattande. Även andra som intresserar sig för ämnesområdena kan fritt använda indikatorbanken, som tillsviðare är en gratis informationstjänst.

Indikatorbanken innehåller uppgifter för olika målgrupper och ändamål. Datinnehållet har utvecklats av Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården (Stakes) i samarbete med experter på social-, hälso- och sjukvård. Den nya indikatorbanken, som även internationellt är beaktansvärd, innehåller uppgifter som bygger på statistik-, register- och enkätdata från och med 1990. Uppgifterna kan tas fram på de viktigaste områdesnivåerna: kommun, sjukvårdsdistrikt och hela landet. En del av uppgifterna fås indelade efter kön. Indikatorbanken innehåller uppgifter om till exempel befolkningsstruktur, boende, utkomst, pensioner, ungdomars och vuxenbefolkningens hälsovanor, olika åldersgruppers användning av hälsovårdstjänster och läkemedel samt kostnaderna för social-, hälso- och sjukvården. Den är en webbtjänst som utvecklas fortlöpande och vars datainnehåll utvidgas varje år i enlighet med behovet av nya uppgifter.

Indikatorbanken är lättanvänd. Det är enkelt att ta fram uppgifter som siffror, grafiska figurer och kartor på antingen finska, svenska eller engelska. Dessutom finns det en ingående innehållsbeskrivning, som utarbetats av experter, om varje indikator. Indikatorbankens webbadress är [www.sotkanet.fi](http://www.sotkanet.fi).

Mer information om indikatorbanken ger utvecklingschef Nina Knape på telefonnummer +358 9 396 726 83 och Tiina Puhakka på telefonnummer +358 9 3967 2673. E-postadressen är [sotkanet@stakes.fi](mailto:sotkanet@stakes.fi).

# Sammandrag av några böcker som utgivits 2004–2005 från Stakes

## ÖVERSIKT ÖVER SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSTJÄNSTERNA 2005 Stakes, 2004

### Sammandrag

Överblicken över social- och hälsovårdstjänsterna 2005 skildrar läget inom social och hälsovårdssektorn under det nya årtusendets första år och blickar samtidigt också mot framtiden och de nya utmaningar den för med sig. Boken består av tio självständiga artiklar, som behandlar olika delområden och specialämnen inom hela social- och hälsovårdsfältet. De fyra första artiklarna behandlar social- och hälsovårdstjänster riktade till olika befolkningsgrupper: barn och barnfamiljer, äldre, personer med psykiska problem samt missbrukare. De övriga sex artiklarna granskar ur olika perspektiv hela social- och hälsovårdsfältet i vidare bemärkelse. Bland de aktuella teman som artiklarna tar upp kan nämnas de privata tjänsternas växande roll, hälsovårdstjänsternas inriktning och hälsofrämjandet. Andra teman, som också varit föremål för en livlig offentlig debatt, är köerna inom social- och hälsovården, kundperspektivet och styrmodellerna.

Det inledande kapitlet behandlar tre teman som diskuterats livligt år 2004: det nationella hälsovårdsprojektet, utvecklingsprojektet inom det sociala området samt kommunstyrelsen inom social- och hälsovården. Att trygga rätten till vård och att lösa problemen inom primärhälsovården är två frågor med direkt koppling till hälsovårdsprojektet. Utvecklingsprojektet för det sociala området syftar till att trygga socialsektorns framtid och är det största reformprojektet på årtionden. För närvarande pågår en reformering av kommunstyrelsen. Inom statens finansieringsstöd till olika social- och hälsovårdsprojekt har man åtminstone delvis återgått till riktad och kostnadsbaserad finansiering.

Den första artikeln granskar tjänsterna för småbarnsfamiljer, från barnomsorg till skolhälsovård. Artikeln efterlyser bättre nätverk inom servicen och argumenterar för att det nu, långt efter nedskärningarna under nittiotalets kris, är dags att åter börja utveckla fostrings- och familjerådgivningsbyråerna, eftersom klientelen vuxit drastiskt sedan krisens dagar.

Den andra artikeln granskar tjänsternas utveckling inom äldreomsorgen under perioden 1990–2002. Efter nittiotalets kris har man inom öppenvården för äldre prioriterat framför allt stödtjänster och stöd till närståendevård. Hemvårdsstödet omfattning har emellertid krympt till nästan hälften från 1990, och serviceboende med heldygnsvård har i växande utsträckning ersatt ålderdomshem och hälsocentralernas långvårdsavdelningar.

Den tredje artikeln visar att varken barnens eller de vuxnas mentala hälsa har försämrats i Finland trots att mentalvårdstjänsterna är allt mer efterfrågade och psykiska störningar allt oftare anges som grund för sjukledighet eller pensionering. Likväl motsvarar utbudet av mentalvårdstjänster fortfarande inte efterfrågan, utan det är ojämnt fördelat både regionalt och ekonomiskt samt mellan olika patientgrupper. Också mentalvårdens låga dragningskraft bland yrkespersonalen utgör ett problem, likaså dess administrativa och funktionella splittring och dess bristande resurser.

Den fjärde artikeln bedömer nuläget och de senaste årens utveckling inom missbrukarvården. Artikeln bygger främst på räkningen av antalet missbruksfall i oktober 2003 samt på statens olika alkohol- och narkotikapolitiska program. Alkoholkonsumtionen uppvisar en klar ökning, och

enligt räkningen av antalet missbruksfall har också narkotikabruket blivit vanligare. Blandmissbruk är den vanligaste orsaken till att man uppsöker missbrukarvård: inemot 40 procent av klienterna använder minst två olika rusmedel. Ofta är missbruket förknippat med psykiska problem.

Den privata sektorns uppbyggnad och betydelse inom social- och hälsovården är ämnet för det femte artikeln. I dagens läge svarar den privata sektorn för i genomsnitt en femtedel av all service inom social- och hälsovården, men denna andel varierar stort mellan olika serviceformer, likaså mellan social- respektive hälsovården. Skribenterna konstaterar att trots att det inte förekommer privat serviceproduktion inom tillnärmelsevis alla serviceområden och trots att den privata servicen är regionalt ojämnt fördelad, så har den privata produktionen etablerats som en del av social- och hälsovårdens servicesystem.

Den sjätte artikeln behandlar hälsovårdssystemet med utgångspunkt i tillgången till tjänster och tjänsternas inriktning. Artikeln granskar den horisontella rättvisan, i synnerhet med avseende på regional och social jämlikhet. Likaså granskas hur serviceformerna för olika användargrupper har utvecklats i relation till varandra. De förändringar som nu pågår kan hota de mest sårbara patientgrupperna, t.ex. mentalvårdspatienterna. Problemen beror till största del på systemets inbyggda egenskaper.

Den sjunde artikeln analyserar det förebyggande arbetet och hälsofrämjandet som en del av folkhälsoarbetet. Artikeln bygger på en enkät till ledarna för hälsocentralerna och närmar sig problematiken uttryckligen med avseende på hur centralerna skall ledas. På basis av enkäten konstaterar man att flertalet av hälsocentralerna inte följer hälsotillståndets utveckling bland befolkningen. I artikeln görs en kritisk granskning av den nutida sjukvårdsbetonade verksamheten i förhållande till folkhälsolagens ursprungliga utgångspunkter.

Den åttonde artikeln behandlar den viktiga lagreform som gäller grunderna för vården och kriterierna för när vård skall ges. Reformen är en del av det nationella hälsovårdsprojektet. Hälsovården påförs nya förpliktande normer utan motsvarande direkta finansieringsincitament. I reformen ges det förebyggande arbetet emellertid en biroll inom hälsovårdspolitik.

Den nionde artikeln ger en täckande överblick över hur klienternas ställning inom social- och hälsovården har förändrats. I artikeln ställs kommunernas lagstadgade serviceskyldighet mot klientens/patientens rättigheter. Artikeln behandlar också skyddet av klienternas privatliv i ljuset av datateknikens växande möjligheter inom social- och hälsovården.

Den tionde artikeln dryftar behovet av och framtidsutsikterna för statlig styrning inom social- och hälsovården. Artikeln gör en kort exposé över statsstyrningens historia, dryftar skillnaderna i servicenivå mellan olika kommuner och skisserar grunderna för en styrningsfilosofi som lämpar sig för 2000-talet.

## TRENDER INOM HÄLSOVÅRDEN 2004

### Stakes, Finlands officiella statistik: Hälsa 2004

#### Sammandrag

##### Befolkningen

Enligt befolkningsprognoserna upphör ökningen av Finlands folkmängd kring 2030-talet, då den uppskattningsvis uppgår till cirka 5,3 miljoner. Folkmängden förutspås minska på 2030-talet, när de stora efterkrigstida åldersklasserna ersätts av de mindre åldersklasser som föddes från och med 1970-talet. Under de närmaste decennierna försvagas vår demografiska försörjningskvot, eftersom de s.k. stora åldersklasserna pensioneras och en allt krympande del av vår befolkning består



av personer i arbetsför ålder. Dessutom växer de åldrande personernas andel av befolkningen, bl.a. för att livslängden ökar och för att fruktsamheten år 1970 underskred reproduktionstalet. Medan den förväntade livslängden för ett nyfött flicka barn i dag är 81,8 år och för pojkar 75,0 år, beräknas den enligt prognosen för år 2030 vara 84,6 respektive 79,5 år.

Den åldrande befolkningen kommer under de närmaste decennierna att sätta resurserna inom social- och hälsovårdsservicen på prov. Behovet av hemservice växer markant med stigande ålder, i synnerhet bland dem som har fyllt 75 år. De regionala skillnaderna i befolkningens åldersstruktur är stora; enligt prognoserna är 13–14 procent av befolkningen år 2020 i exempelvis Östra och Södra Savolax sjukvårdsdistrikt 75 år fyllda, medan motsvarande tal i Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt är cirka sju procent.

### Förlossningar och födda barn

Antalet förlossningar minskade i vårt land i mitten av 1990-talet. Den huvudsakliga orsaken till detta är det krympande antalet kvinnor i fruktsam ålder. År 2003 ökade emellertid antalet förlossningar något. Antalet förlossningar uppgick till cirka 56 000, vilket är två procent mer än år 2002.

Det summerade fruktsamhetstalet i vårt land är drygt 1,7 och jämfört med europeisk nivå rätt högt. Men för att vår folkmängd skall kunna förbli på nuvarande nivå, borde kvinnorna föda i genomsnitt 2,1 barn. En betydande förändring innebär den växande andelen föderskor som i biologisk bemärkelse redan har passerat sin bästa ålder. År 2003 var närmare 20 procent av alla föderskor äldre än 35 år, medan andelen år 1995 var cirka 15 procent.

### Aborter

I Finland utförs färre aborter än i de andra nordiska länderna: 9,0 per tusen kvinnor i fruktsam ålder. Motsvarande tal varierar i de övriga nordiska länderna mellan 12,0 (Danmark) och 16,7 (Sverige). I Finland torde antalet aborter (10 709), enligt statistik (år 2003) vara något lägre än under de två senaste åren. År 2003 utfördes det största antalet aborter per tusen 15–49 åriga kvinnor i Länsi-Pohja sjukvårdsdistrikt (10,3/1 000) medan Södra Österbotten hade den minsta andelen (6,3/1 000).

De flesta aborter utförs på 20–24-åriga kvinnor (16,9/1 000 kvinnor i motsvarande ålder) och på 15–19-åringar (15,2/1 000). Antalet aborter som utfördes på kvinnor under 20 år minskade ända till år 1994, men efter det inträffade en ökning som pågick till år 2002. Enligt uppgifter för år 2003 minskar aborterna bland tonåringarna med cirka sex procent jämfört med föregående år.

### Befruktningsbehandlingar

År 2003 inleddes drygt 7 500 befruktningsbehandlingar, d.v.s. provrörsbefruktningar (IVF) och mikroinjektionsbefruktningar (ICSI) samt överföring av djupfrysta embryon i anslutning till dessa. Sedan början av 1990-talet har ökningen varit kraftig. År 1992 då registreringen inleddes var motsvarande antal 2 300. Under åren 2000–2002 har andelen levandefödda barn, med hjälp av dessa behandlingar utgjort 22–24 procent för IVF-behandlingarnas del, cirka 19–21 procent vid ICSI-behandlingar och cirka 13–14 procent vid återföringar av djupfrysta embryon.

### Missbildningar

Under åren 1993–2002 konstaterades i genomsnitt 1730 fall av betydande medfödda missbildningar årligen, d.v.s. hos 290 barn per 10 000 nyfödda. Prevalensen har förblivit rätt konstant



och avviker inte från det normala. Årligen utfördes något fler än 200 aborter på indikationen fosterskada, vilket motsvarade cirka 11 procent av det totala antalet missbildningsfall. Den totala prevalensen för neuralrörsdefekter uppgick till 7,4/10 000 (födda och aborter) och var därmed lägre än i övriga europeiska länder, medan förekomsten av kluven läpp och gom var 25,3/10 000, d.v.s. högre än i andra europeiska länder. När det gäller födda barn har prevalensen för Downs syndrom under senare år något ökat (14,2/10 000 år 2002), närmast i åldersgruppen 35–39-åriga mödrar. Ungefär var tredje graviditet med konstaterat Downs syndrom avbröts i åldersgruppen under 35-åringar och bland 35 år fyllda avbröts två av tre graviditeter.

## Dödlighet

Perinatal- och spädbarnsdödligheten som är ett mått på dödligheten bland nyfödda och bland spädbarn under det första levnadsåret sjunker fortsättningsvis i Finland, i de övriga nordiska länderna och i EU (15 gamla medlemsländer). Även i fråga om mödradödligheten har utvecklingen varit positiv; medan fler än hundra mödrar fortfarande i början 1950-talet årligen dog i samband med förlossningen eller i andra graviditetsrelaterade orsaker, har motsvarande siffra under de tre senaste decennierna pendlat mellan ett och sju.

Med beaktande av att befolkningen har åldrats har den totala dödligheten i relation till befolkningen minskat betydligt; medan den åldersstandardiserade dödligheten år 1970 var 1 245/100 000 invånare, var den bara 676/100 000 (-46 %) år 2002. Den åldersstandardiserade dödligheten för män är högst i Kajanaland och för kvinnor i Kymmenedalen och i Norra Karelen. När man jämför de finländska männens dödlighet med medelnivån för Norden och EU-länderna, kan man konstatera att finländarnas dödlighet är högre än i jämförelseländerna. Orsakerna till detta är de finländska männens höga dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar och de frekventa våldsrelaterade dödsfallen. När man granskar den ålders- och könsstandardiserade dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar som ett mått på för tidig död bland personer under 65 år, kan man konstatera att dödligheten bland finländarna fortfarande är drygt en tredjedel högre än i jämförelseländerna. Dödligheten till följd av yttre skador (olyckor, självmord och brott mot liv) är i Finland cirka 45 procent högre än i Norden i genomsnitt och närmare 80 procent högre än i EU-länderna.

Dödligheten i cancer är i Finland i dag ungefär en fjärdedel mindre än i EU-länderna i genomsnitt. I synnerhet har dödligheten i lungcancer minskat i vårt land betydligt under de senaste decennierna, huvudsakligen i takt med den minskande tobaksrökningen bland männen. Däremot är det oroväckande att rökningen bland kvinnorna inte har minskat på ett par årtionden. Fortfarande röker cirka 20 procent av kvinnorna.

## Öppenvårdsbesök inom primärvården

I antalet besök på hälsovårdscentralerna har det efter år 1997 årligen skett smärre förändringar. Under senare år har besöken på hälsovårdscentralerna i allt högre grad koncentrerats till besök hos annan yrkesutbildad personal, medan läkarbesökens andel av alla besök kontinuerligt har minskat. Andelen läkarbesök av det totala antalet besök på hälsovårdscentralerna var 42 procent år 1997 och 38 procent år 2003. I relation till befolkningsandelarna har läkarbesöken minskat från i genomsnitt 2,1 per invånare till 1,8 besök år 2003. Läkarbesöken i relation till invånarantalet och enligt sjukvårdsdistrikt varierar årligen mellan 1,5 och 2,5 besök.

En granskning av besöken på hälsovårdscentralerna enligt verksamhet ger vid handen att besöken inom företagshälsovården, mentalvården och fysioterapin visar en ökning, medan övriga besök minskar. Antalet besök inom tandvården har förblivit ungefär på samma nivå under de år som varit föremål för granskning. Besöken inom tandvården är i relation till befolkningen cirka ett per invånare.

Besöken inom specialsjukvården har ökat med cirka 14 procent från år 1994 till år 2003. I medeltal uppgick antalet besök till 1,2 per invånare. Även inom specialsjukvården förekommer variationer mellan sjukvårdsdistrikten när det gäller antalet besök i relation till befolkningen. Besöken inom barn- och ungdomspsykiatrin har ökat under perioden i fråga och det samma gäller besök på grund av cancersjukdomar och strålbehandling.

### Vård på bäddavdelning inom specialsjukvården och primärvården samt åtgärder

Under åren 1997–2003 har det inte skett några större volymmässiga (vård dagar, vårdperioder och vårdade patienter) förändringar inom primärvården eller den somatiska specialsjukvården. Inom primärvården vårdades cirka 150 000 patienter, för vilka antalet vård dagar uppgick till 7,5 miljoner och inom specialsjukvården 660 000 patienter, med vård dagar som uppgick till en miljon. Hjärt- och kärlsjukdomarna utgjorde den största sjukdomsgruppen med avseende på antalet patienter, såväl inom primärvården som inom specialsjukvården. När det gäller antalet vård dagar var samma sjukdomsgrupp störst inom specialsjukvården, men inom primärvården var däremot gruppen psykiska sjukdomar och beteendestörningar störst (närmast demens av olika orsaker).

När det gäller åtgärder av olika slag kommer befolkningens förändrade åldersstruktur tydligt fram inom kirurgin; under åren 1997–2003 ökade antalet artroplastiker (höftled och knäled) med 42 procent och kataraktoperationerna med 26 procent. Även ökningen av andelen dagkirurgiska ingrepp under perioden i fråga är uppenbar; exempelvis uppgick de dagkirurgiska ingreppen vid kataraktoperationerna till endast 60 procent år 1997, medan de år 2003 hade ökat till 95 procent.

Skillnaderna mellan sjukvårdsdistrikten i fråga om det ålders- och könsstandardiserade patientantalet vid flera allmänna ingrepp har ökat under 2000-talet (kataraktoperationer med ultraljud, operation av ljumskbräck, operationer på knäledens synovia och ledbrosk, hysterektomi, kejsarsnitt, protetisk artroplastik på höftleden och excisioner av vener).

Inom den psykiatriska institutionsvården har de genomsnittliga vårdtiderna förkortats under åren 1998–2003, vilket i första hand beror på att de mycket långa vårdperioderna (mer än 10 år) har minskat. Denna omständighet har i sin tur haft en betydelse för det reducerade antalet kalkylerade vårdplatser inom den psykiatriska sjukvården. En betydande ökning, såväl i fråga om vård dagar, som antal patienter har skett i diagnosgruppen ”förstämningssyndrom”, som år 2003 utgjorde den näst största sjukdomsgruppen inom psykiatrisk institutionsvård efter ”schizofreni och vanföreställningssyndrom”.

### Missbruk av alkohol och narkotika samt tjänster inom vården

Den totala konsumtionen av alkoholhaltiga drycker uppgick år 2003 till 48,6 miljoner liter hundra procentig alkohol, d.v.s. 9,4 liter per person. Konsumtionen ökade från det föregående året med en dryg procent. Den registrerade konsumtionen steg till 7,7 liter, medan den icke-registrerade konsumtionen (resenärernas införsel, legal och illegal hemtillverkning, smuggling och alkoholsurrogat) förblev på samma nivå som under föregående år, d.v.s. cirka 1,7 liter per person.

Ungefär tolv procent av 15–69-åringarna hade, enligt en enkät från år 2002, någon gång prövat på cannabis. Andelen som under det senaste året prövat på drogen var cirka tre procent. Experimenterandet och bruket av övrig narkotika förblev vid 0,7–2,0 procent under livstiden och vid 0,5 under året. Andelen problemmissbrukare var uppskattningsvis 0,4–0,6 procent av motsvarande ålderskategori.

Alkoholmissbrukare som på sin höjd endast slumpmässigt utnyttjade andra ämnen, utgjorde den största gruppen av de problemmissbrukare som uppsökte vård. När det gäller användnin-

gen av alkohol bland narkotikamissbrukarna är trenden sjunkande sedan början av 2000-talet. Kopplingen mellan läkemedel och alkohol håller också på att försvagas, medan den ser ut att öka i kombination med narkotika. Under 2000-talet har substitutionsterapin för opiatmissbrukare ökat. Missbruket av buprenorfin, som har använts inom substitutionsterapin, har också ökat under 2000-talet, medan bruket av heroin samtidigt har minskat.

Enligt inventeringen av rusmedelsfall år 2003 var de klienter som utnyttjade missbrukarvården (exkl. boendeservice och socialbyråer) ofta blandmissbrukare. Av besöken var 94 procent alkoholrelaterade, 27 procent var förknippade med läkemedelsmissbruk, 20 procent med cannabis, 18 procent med amfetamin och 12 procent med opiater. Jämfört med klientelet år 1999 ökade utnyttjandet av tjänster speciellt bland missbrukare av illegala ämnen (från 15 procent till 25 procent) samt i åldersgruppen 20–29-åringar (från 10 procent till 16 procent). Kvinnornas andel har konstant vuxit: år 1987 var den 16 procent, år 1999 24 procent och år 2003 26 procent.

Det totala antalet klienter med huvuddiagnosen alkoholrelaterad sjukdom på sjukhusens bäddavdelningar år 2003 har något minskat sedan år 1996, men däremot har antalet klienter med huvuddiagnosen narkotika- eller läkemedelsrelaterad sjukdom vuxit med en dryg fjärdedel. Antalet klienter på institutioner för avgiftning och rehabilitering har ökat med drygt 30 procent. När det gäller narkotika och läkemedel har i synnerhet sjukdomar betingade av rusmedelsberoende och psykiska störningar ökat inom sjukhusvården.

### Privata hälsovårdstjänster

Av den totala serviceproduktionen inom hälsovården produceras cirka en femtedel av privata serviceproducenter, d.v.s. av företag och organisationer. Efter den kraftiga nedgången i början av det förra årtiondet, har antalet besök inom den privata öppenvården under senare år ökat med i genomsnitt tre procent årligen. I synnerhet inom företagshälsovården har det skett en ökning. Andelen öppenvårdsbesök inom den privata sektorn uppgår till ungefär 30 procent av det totala antalet besök.

Av alla vård dagar på sjukhus produceras cirka fyra procent av privata sjukhus. Vårdperioderna på privata sjukhus har ökat med cirka sex procent årligen under de senaste fem åren. Det är helt uppenbart att tyngdpunkten i vården på bäddavdelningar inom den privata sektorn ligger på kirurgiska ingrepp och motsvarande åtgärder. Största delen av de privata serviceproducenterna har verksamhet i södra Finland och i stora städer. Men på dessa områden finns det å andra sidan ett sämre utbud av kommunal service inom primärvården.

### Äldreomsorg

Tjänster för äldre personer produceras delvis av socialvården, delvis av hälso- och sjukvården. Såväl inom anstaltsvården och dagverksamheten som inom hemvården för äldre erbjuder bägge sektorer tjänster. Endast serviceboendet och stödtjänsterna för äldre produceras i de flesta kommuner av socialtjänsten. Men social- och hälsovårdens roll som producent av tjänster för äldre varierar emellertid såväl kommunalt som regionalt.

På 1990-talet inträffade en strukturförändring inom äldreomsorgen, när anstaltsvården minskade och serviceboendet ökade. Anstaltsvården koncentreras i dag till åldringshem och hälsovårdscentraler, medan långvård för äldre sedan början av 1990-talet knappast längre har förekommit inom ramen för specialistsjukvården. Expansionen inom serviceboendet och indragningen av långvård inom ramen för specialistsjukvården har haft som följd att socialtjänstens andel som producent av långvård har vuxit. Samtidigt har emellertid samarbetet mellan social- och hälsovården ökat inom äldreomsorgen. I synnerhet hemservicen och hemsjukvården produ-

ceras i många kommer som ett samarbete mellan social- och hälsovården och då används ofta begreppet hemvård.

Den åldrande befolkningen kommer att förorsaka ett stort tryck på de allmänna hälso- och sjukvårdstjänsterna, eftersom de äldre utnyttjar en stor del av dem. De som har fyllt 65 år utnyttjar i dag ca en femtedel av läkarbesöken inom primärvården och en fjärdedel av öppenvården inom den somatiska specialistsjukvården. När det gäller hälsovårdscentralernas vård på bäddavdelning uppgår andelen äldre personer till 90 procent. Men även hälften av vård dagarna inom den somatiska specialistsjukvården och en dryg tiondedel av vård dagarna inom psykiatrin går åt till vården av 65 år fyllda personer.

### Legitimerad yrkesutbildad hälsovårdspersonal med skyddad yrkesbeteckning i arbetsför ålder

En analys av antalet yrkesutbildade personer inom hälsovården under en period av nio år, visar att antalet läkare i arbetsför ålder har ökat med närmare 2 500 personer, d.v.s. antalet invånare per en läkare har sjunkit med 13 procent. År 2003 var antalet invånare per läkare minst i Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt och störst i Länsi-Pohja sjukvårdsdistrikt. Däremot håller antalet tandläkare i arbetsför ålder på att sjunka, men i relation till befolkningen är minskningen fortfarande försumbar. Antalet invånare per tandläkare var lägst i Centrala Tavastlands sjukvårdsdistrikt och högst i Norra Karelen sjukvårdsdistrikt. Antalet sjukskötare och hälsovårdare har vuxit kraftigt. Den utbildningsreform som genomfördes i början av 1990-talet syns som en kraftig årlig ökning av den nya yrkesgruppen närvårdare och som en minskning av de traditionella yrkeskategorierna primärvårdare och mentalvårdare.

### Sysselsatt arbetskraft inom hälsovården

Antalet anställda inom hälsovården ökade i slutet av 1990-talet med sju procent och per invånare med cirka sex procent. Majoriteten av hälsovårdspersonalen arbetar fortfarande inom den offentliga sektorn; År 1997 var närmare 85 procent av hälsovårdspersonalen anställd inom den offentliga sektorn och år 2001 uppgick procenten till cirka 81. Under samma tidsperiod ökade företagen sin andel med drygt tre procentenheter.

Från år 1997 till år 2001 har antalet anställda i alla sjukvårdsdistrikt ökat i relation till invånarantalet. I detta avseende har således tillgången på tjänster förbättrats. Men att ställa antalet anställda i relation till befolkningen ger ändå inte en helt adekvat bild av tillgången på tjänster, eftersom nyckeltalet anställda/invånare inte tar i beaktande bl.a. eventuella skillnader i sjukfrekvens eller i ålders- och könsfördelning.

### Hälsovårdskostnader

Merparten av hälsovårdsutgifterna i vårt land utgörs av vård på bäddavdelningar och öppenvård, för vilka den sammanlagda andelen av totalkostnaderna uppgår till mer än 70 procent. Den tredje största gruppen består av utgifter för läkemedel och farmaceutiska produkter. Läkemedelsutgifterna har vuxit så gott som oavbrutet från början av 1980-talet.

Efter en utdragen recession började hälso- och sjukvårdsutgifterna år 2001 igen stiga i vårt land i relation till bruttonationalprodukten. Stegringen förklaras delvis av de ökande hälsovårdsutgifterna och delvis av att bruttonationalproduktens volymökning mattades av jämfört med föregående år. Tillväxten av hälso- och sjukvårdsutgifterna i relation till bruttonationalprodukten fortsatte år 2002, då förhållandet mellan utgifterna och BNP var 7,3 procent. I OECD-länderna har hälso- och sjukvårdsutgifterna i förhållande till bruttonationalprodukten under de senaste åren varit i medeltal cirka åtta procent.

# Sammandrag av några böcker som utgivits 2004–2005 från social- och hälsovårdsministeriet

## ALKOHOLPROGRAMMET 2004–2007

Publikationer 2004:5

Statsrådet definierade i sitt principbeslut 9.10.2003 om riktlinjerna för alkoholpolitiken de centrala målsättningarna och statsförvaltningens handlingslinjer för minskning av alkoholskador. Social- och hälsovårdsministeriet gavs i uppdrag att bereda och verkställa ett övergripande alkoholprogram för åren 2004–2007.

I principbeslutet uppställs tre delmål för förebyggande och minskning av alkoholskador: minskning av de skador alkoholen orsakar barnens och familjernas välbefinnande, minskning av riskbruk av alkohol och därav orsakade skador, samt en nedgång i den totala konsumtionen av alkoholdrycker.

Alkoholprogrammet för åren 2004–2007 har beretts och skall verkställas under ledning av SHM i samarbete med olika förvaltningsgrenar, kommuner, kyrkor, organisationer och näringslivet. Målsättningen är att sammanföra åtgärderna i syfte att förebygga och minska skadorna till en strukturerad helhet, där samarbetet främjar uppnåendet av de gemensamma målsättningarna. Samarbetet baserar sig på ett frivilligt partnerskap, som bekräftas med en skriftlig överenskommelse.

SHM går också in för att stärka verksamhetens strukturer och att befästa ett klart måluppställande, resultatuppföljning och en fortgående förbättrad kvalitet som den bärande grundvalen för förebyggande och minskning av skadorna. Den offentliga alkoholpolitiken styrs av fyra centrala principer: acceptans av målsättningar och metoder, en effektiv verksamhet, lokal förankring av verksamheten och partnerskap som grund för samarbetet. För uppnående av delmålen i förebyggande och minskning av skadorna föreslås ett antal åtgärder, som SHM betonar i styrningen av verksamheten.

I publikationen Alkoholprogrammet 2004–2007. Utgångspunkter för samarbetet 2004 beskrivs tillståndet för samarbetsprocessen på våren 2004.

Målsättningen för de till alkoholen anknutna åtgärderna på alla sektorer av statsförvaltningen är primärt att förebygga och minska alkoholskador. Effektiv minskning av skadorna förutsätter samarbete mellan förvaltningsområdena. I publikationen beskrivs kortfattat statsförvaltningens åtgärder under de närmaste åren. Kommunernas ställning i förebyggande och minskning av skadorna granskas i relation till lagstiftningen och de utgångspunkter vilka uppställs i utvecklingsprogrammen för social- och hälsovårdssektorn. För kommunerna föreläggs ett antal rekommendationer, och tyngdpunkterna i verksamheten i de kommuner vilka i beredningsskedet har anslutit sig till alkoholprogrammet presenteras kortfattat.

Hälsofrämjande organisationernas målsättningar och handlingslinjer i anknytning till minskning av rusmedelsskador har sammanställts i Organisationernas rusmedelsprogram för åren 2004–2006. Via detta program anslöt sig ett antal organisationer till alkoholprogrammet i februari 2004. I publikationen beskrivs handlingslinjerna för organisationernas rusmedelsprogram och ges exempel på tyngdpunkter i organisationernas verksamhet med anknytning till alkoholprogrammet. Det ges även en kort beskrivning av tyngdpunkterna i verksamheten hos de kyrkor samt fack-, arbetsmarknads- och näringsorganisationer vilka anslutit sig till alkoholprogrammet i beredningsskedet.

I alkoholprogrammet betonas verksamhetens processkaraktär: verksamhetsplanerna preciseras och verksamhetens resultat utvärderas under programperioden. SHM sammanställer om målsättningarnas och åtgärdernas förverkligande en mellanbedömning, som ges till riksdagen som en del av regeringens social- och hälsovårdsberättelse på våren 2006.

## ENHETLIGA GRUNDER FÖR ICKE-BRÅDSKANDE VÅRD

Handböcker 2005:5

Ändringarna i folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård, patientlagen och klientavgiftslagen angående de längsta tiderna för erhållande av vård träder i kraft den 1 mars 2005 (lagar 855–858/2004, förordning 1019/2004, RP 77/2004 rd). Enligt 10 § 1 mom. i den reviderade lagen om specialiserad sjukvård skall samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt inom sitt område ansvara för att sådan specialiserad sjukvård som anges i denna lag ordnas på enhetliga medicinska och odontologiska grunder.

Vårdpraxisen har varierat stort i olika delar av landet och beslut angående icke-brådskannde vård har fattats på olika grunder. Målet med lagändringarna är att trygga människornas tillgång till icke-brådskannde vård på lika grunder oberoende av boningsort.

Som en del av det nationella projektet för tryggnad av hälso- och sjukvården startades det i februari 2004 utarbetande av enhetliga grunder för vård som inte är brådskannde. För projektet tillsattes en ledningsgrupp (SHM006:00/2004, 26.2.2004) där det finns representanter från bl.a. social- och hälsovårdsministeriet, rättskyddscentralen för hälsovården, Stakes, Finlands kommunförbund, sjukvårdsdistrikten hälsovårdscentraler och organisationer. Under projektets gång har man samrått med fackorganisationer inom hälso- och sjukvården, specialistföreningar, kommuner, myndigheter och patientföreningar.

Det egentliga utarbetandet av grunderna för vård fördelades till specialomsorgsdistrikten enligt specialområden (SHM006:00/2004, 21.4.2004). Inom specialomsorgsdistrikten har arbetet förts i samarbete med sakkunniga inom primärvården, vårdarbetet och medicinen så att man i mån av möjlighet har samrått organisationer, folkpensionsanstalten och kommuner. Grunderna för vård har reviderats på basis av utlåtanden och de åsikter som fördes fram i diskussionsmöten.

Grunderna för vård har gjorts upp för vård och undersökning av 193 sjukdomar. Målet är att utarbeta grunder för ungefär 80 % av vård som inte är brådskannde. Det är inte fråga om ett arbete som blir färdigt på en gång utan grunderna för vård revideras och vidareutvecklas på basis av erfarenheterna. Sjukvårdsdistrikten och hälsovårdscentralerna utvärderar och följer upp hur rekommendationerna fungerar. I varje handbok anges namn och kontaktuppgifter på medlemmarna i den relevanta arbetsgruppen samt på den ansvariga personen i arbetsgruppen. Eventuella rättelse- och ändringsförslag skall tillställas arbetsgruppernas ansvariga personer och sekreteraren för ledningsgruppen för projektet Martta Palmunen (martta.palmunen@stm.fi).

Grunderna revideras och utvecklas beständigt. De senaste grunderna finns på adresserna [www.stm.fi](http://www.stm.fi) och [www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi). Via Internet är rekommendationerna också tillgängliga för allmänheten.

Läkare skall i sitt vårdbeslut beakta dessa rekommendationer. Läkare skall även beakta patientens individuella levnadsförhållanden och vårdbehov. Läkare skall tillsammans med patienten bestämma om vård. Patienten har inte rätt till att få vilken som helst vård han eller hon önskar. Enskilda läkare eller tandläkare kan, om motiverat, avvika från rekommendationerna.

Ledningsgruppen för projektet önskar tacka alla de hundratals yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som har deltagit i detta arbete.



## BARNRÅDGIVNINGEN SOM STÖD FÖR BARNFAMILJER

### Handböcker 2005:12

Den nya barnrådgivningshandboken presenterar riktlinjerna för utvecklingen av rådgivningsverksamheten såsom en del av kommunens basservice. Riktlinjerna gäller bland annat utveckling av barnrådgivningens innehåll och metoder samt organisering och ledning av verksamheten. Det första avsnittet i handboken har utgivits som en separat publikation riktad till beslutsfattarna i kommunerna.

I syfte att stödja familjer och föräldraskap samt främja barnens välbefinnande föreslås ett familje- och resursbaserat arbetsgrepp, en omfattande kamratstödsverksamhet samt en fokusering på vårdande av parrelationer. Rådgivningsverksamheten bygger alltså på periodisk uppföljning och olika former av screening samt familjerådgivning och -stöd i anslutning till dessa. Det är även skäl att bygga upp beredskap för särskilda situationer som berör barn eller familjer. För familjer som är i behov av särskilt stöd rekommenderas ofta extra besök, antingen på rådgivningsbyrån eller i form av hembesök. På så sätt kan man genomföra principen om tidigt ingripande, som är en av de bärande idéerna i handboken.

I en tid när rådgivningsverksamheten kräver allt större kompetens förutsätter förebyggande och hantering av barn- och familjeproblem allt oftare ett planmässigt multiprofessionellt samarbete och överenskommelser om vårdrutiner. För att trygga samarbetet föreslås ett nätverk inom familjetjänsterna och en integrering av samarbetet med kommunens barnpolitiska program. För att effektivisera styrningen och uppföljningen av tjänsterna för barnfamiljer rekommenderas en övergripande planerings- och uppföljningsgrupp som avlägger rapporter för de politiska beslutsfattarna inom kommunen. En arbetsgrupp för barnrådgivning inklusive de specialarbetstagare som ingår i gruppen arrangerar fortsatta undersökningar av barn och tidig rehabilitering på kommunnivå.

För utförandet av det arbete som beskrivs i handboken behövs ett i relation till befolkningen och dess särdrag tillräckligt antal hälsovårdare (högst 340 barn under 7 år per hälsovårdare när det inte finns någon vikarie) samt läkare som är motiverade att satsa på rådgivningsverksamhet, som har fått utbildning för verksamheten och är beredda att bära ansvar för den (högst 2 400 barn per heltidsanställd läkare utan vikarie). Det föreslås att rådgivningsbyråerna satsar på utökad kompetens för familjearbete med tanke på hembesöken hos familjer som behöver särskilt stöd.

För att göra rådgivningsarbetet verkningsfullare krävs förutom ökade resurser och satsning på samarbete även ett effektiviserat ledarskap (bland annat genom utnämning av personer som ansvarar för ledarskapet). Det är skäl att främja kvalitetsutvärderingen, statistikföringen och ett lokalt utvecklingsarbete inom rådgivningsverksamheten. De nya författningarna och rekommendationerna om kompletterande utbildning lägger en grund för uppdatering och för ett fortlöpande upprätthållande av kompetensen hos personalen vid rådgivningsbyråerna. Huvudansvaret för verkställigheten av de förslag som ingår i handboken bärs av kommunerna. Vidare behövs ett brett upplagt regionalt samarbete mellan systemet för social- och hälsovårdstjänster, läroanstalter och organisationer. En del av förslagen förutsätter åtgärder på nationell nivå: exempelvis utveckling av statistikföring och informationssystem samt av forskningsarbete och verksamhet baserad på konkreta resultat.

Förslagen tillämpas i olika kommuner och områden utgående från lokala förhållanden och behov. De tilltagande sociala och mentala problemen innebär dock att det gäller att allvarligt överväga förebyggande åtgärder i ett tidigt skede och ingrepp redan innan problemen hunnit bli alltför stora. Metoder för att uppnå dessa ändamål finns redan. De förutsätter rätt rimliga eller rentav obetydliga tilläggsresurser i relation till problemen och de kostnader som dessa förorsakar. Det finns belägg för att man genom en effektivisering av den förebyggande verksamheten kan reducera kostnaderna för korrigerande verksamhet.

## Somliga pressmeddelanden från social- och hälsovårds-ministeriet

Pressmeddelande 241/2004, 23.8.2004

### Kvalitetsrekommendationen för skolhälsovården stöder elevernas välbefinnande

Social- och hälsovårdsministeriet och Finlands Kommunförbund har tillsammans gett ut en kvalitetsrekommendation för skolhälsovården. Syftet med kvalitetsrekommendationen är att trygga verksamhetsförutsättningarna för en högklassig skolhälsovård. Kvalitetsrekommendationen är avsedd för beslutsfattare inom kommunerna och för ledningen med ansvar för skolhälsovården. Med hjälp av rekommendationen styrs skolhälsovården så att eleverna får högklassiga och likvärdiga skolhälsovårdstjänster över hela landet. Kvalitetsrekommendationen grundar sig på handboken Skolhälsovården 2002.

Det förekommer stora regionala och lokala skillnader när det gäller ordnandet av skolhälsovårdstjänster. För närvarande finns det inte tillräckligt med skolhälsovårdare eller skolläkare vid alla hälsovårdscentraler. I kvalitetsrekommendationen betonas att det skall finnas en tillräcklig personal inom skolhälsovården så att skolhälsovårdstjänsterna är lättillgängliga för eleverna och deras familjer. Elevernas välbefinnande och hälsa följs upp genom hälsoundersökningar.

Samarbetet mellan hemmet och skolhälsovården är utgångspunkten för en god skolhälsovård. Föräldrarna skall vid behov kunna ta kontakt med skolhälsovården. På motsvarande sätt kontaktar skolhälsovården hemmet som en normal del av verksamheten. Samarbetet utgör grunden för utvecklingsarbetet. Målet är en sund och trygg inlärningsmiljö.

Pressmeddelande 242/2004, 25.8.2004

### Telefonrådgivningen inom primärvården

Med telefonrådgivning kan man åtgärda en del av de problem som klienterna inom primärvården har. Samtidigt kan de klienter som behöver vård bättre hänvisas vidare till läkarmottagning. Då efterfrågan på service ökar är det klokt att bedöma vårdbehovet i det skede då klienten för första gången tar kontakt med hälsovården. Med hjälp av telefonrådgivning kan man säkerställa den första kontakten och samtidigt bedöma klientens behov av vård. Telefonrådgivningen ökar i snabb takt.

Klienterna och patienterna inom primärvården anser att telefonrådgivning behövs. I allt större utsträckning ges individuella råd om vård per telefon. Samtidigt blir frågor i anslutning till datasekretess och ansvar aktuella. Telefonrådgivningen inom primärvården har utretts i Rapporten om fältbesök inom ramen för det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet 2004.

Innehållsmässigt kan telefonrådgivningen indelas i telefonrådgivning, hälso- och sjukvårdsrådgivning och servicestyrning. I telefonrådgivningen tillämpas hälsovårdslagstiftningen om en yrkesutbildad person inom hälsovården tar ställning till klientens hälsotillstånd eller vård.



### Bättre tillgång till vård

De ändringar i folhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård som gäller säkerställande av tillgången till vård träder i kraft den 1 mars 2005. Folkhälsolagen ändras så att kommunen är skyldig att ordna så att patienten omedelbart får kontakt med hälsocentralen. Dessutom skall patienten få en bedömning av behovet av vård inom tre dagar efter det att patienten tagit kontakt. Brådskande vård skall dock fås omedelbart.

Med hjälp av telefonjour och telefonrådgivning kan kommunen och hälsocentralen ordna så att patienten får kontakt med hälsocentralen. Då får patienten information om vilka åtgärder som behövs för vårdbedömningen. I och med de ovan nämnda lagändringarna utvidgas telefonrådgivningen.

Pressmeddelande 285/2004, 16.9.2004

### Den högspecialierad sjukvården centraliseras genom lagstiftning

För att centralisera den högspecialiserade sjukvården ytterligare föreslår regeringen att till lagen om specialiserad sjukvård fogas en bestämmelse om centralisering av den högspecialiserade sjukvården. Samtidigt föreslås att närmare bestämmelser om de verksamhetsenheter inom den kommunala hälso- och sjukvården till vilka sådana undersökningar, åtgärder och sådan typ av vård som hör till den högspecialiserade sjukvården centraliseras kan utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet. Regeringen fattade beslut om innehållet i propositionen torsdagen den 16 september. Avsikten är att republikens president avlåter propositionen till riksdagen på fredag.

Med högspecialiserad sjukvård avses sådan sjukvård, som är ändamålsenlig att koncentrera till universitetssjukhus, andra sjukhus på motsvarande nivå eller endast till vissa sådana. För närvarande finns det normer för vilka undersökningar och åtgärder samt vilken vård som hör till den högspecialiserade sjukvården samt för regional och riksomfattande centralisering av högspecialiserad sjukvård i social- och hälsovårdsministeriets anvisningar.

Styrningen av den högspecialiserade sjukvården som grundar sig på ministeriets anvisningar har delvis visat sig ha otillräcklig effekt. Särskilt inom kirurgin har åtgärder utförts till och med på ganska många och små enheter. Även mycket svåra brännskador har skötts på andra ställen än i en sådan vårdinstitution som anges i anvisningarna. Uppnående och upprätthållande av specialkunnade samt upprätthållande av en ändamålsenlig jourberedskap förutsätter att krävande åtgärder utförs i tillräckligt stor utsträckning och tillräckligt ofta. Genom en centralisering effektivteras också utnyttjandet av resurserna inom hälso- och sjukvården.

Pressmeddelande 300/2004, 28.9.2004

### Övervikt bland unga en folkhälsorisk i framtiden

Övervikt bland unga i åldern 12-18 år har blivit vanligare samtidigt som den relativa vikten bland unga har ökat visar undersökningar om ungas hälsa. Enligt internationella referensvärden ökade andelen pojkar med övervikt från år 1977 till år 1999 från 7 procent till 17 procent och andelen flickor från 4 procent till 10 procent. År 1977 var 1,1 procent av pojkarna och 0,4 procent av flickorna feta; år 1999 var motsvarande siffror 2,7 procent och 1,4 procent.

Ur folkhälsoperspektiv är situationen mycket oroväckande. Vi håller på att få en ny generation där en stor del lider av övervikt. Övervikt är en riskfaktor för vuxendiabetes samt hjärt- och kärlsjukdomar. Om man inte lyckas få den ökade övervikten bland barn och unga att stanna upp finns det risk för att förbättringen av folkhälsan, om inte vänder neråt, åtminstone stannar upp.

Social- och hälsovårdsministeriet, Folkhälsoinstitutet och Finlands Tandläkarförbund ordnade i december 2003 tillsammans med Utbildningsstyrelsen, Finlands Kommunförbund, Stakes och Finlands Föräldraförbund seminariet Hälsosam skolmiljö, där man fäste uppmärksamhet vid skolelevernas näring och munhälsa. Social- och hälsovårdsministeriet har sammanställt seminariets anföranden och rekommendationer till en rapport.

I våra skolor är det en framträdande trend att skolornas godis- och läskautomater konkurrerar med skolmaten. Barn och unga väljer ofta sötsaker och läskdrycker till mellanmål och de kan till och med helt ersätta skolmaten.

Stakes informerade i augusti om resultaten från enkäten Hälsa i skolan 2004. Av enkäten framgick att barn och unga äter skolmat en aning bättre än år 2000. Upp till en sjättedel av flickorna låter dock bli att äta huvudmålet och äter i stället ett mål bestående av bröd och sallad samt dryck. En del av pojkarna låter bli att äta sallad. En tredjedel av högstadiel eleverna (34 %) och knappt en tredjedel av gymnasieeleverna (28 %) meddelade att de äter ohälsosamma mellanmål minst två gånger under skolveckan. Att äta ohälsosamma mellanmål är valigast bland eleverna i Södra Finlands län både i högstadiet (39 %) och i gymnasiet (32 %). Motsvarande siffror för eleverna i Östra Finlands län är 33 respektive 27 procent och i Lapplands län 29 respektive 25 procent. Hälften av gymnasieeleverna (51 %) och 62 procent av högstadiel eleverna meddelade att de inte borstar tänderna två gånger per dag som det rekommenderas.

Pressmeddelande 356/2004, 29.10.2004

## Riksomfattande rekommendationer för barnavårdsrådgivningarna

Social- och hälsovårdsministeriet har gett ut handboken ”Rådgivningsbyråerna för barnavård som stöd för barnfamiljerna”. Handboken är avsedd för personalen. I handboken presenteras riktlinjerna för hur rådgivningsverksamheten skall utvecklas som en del av kommunens basservice. Riktlinjerna gäller bland annat utvecklingen av rådgivningsverksamhetens innehåll och metoder samt organisering och ledning av verksamheten. Ministeriet har också gett ut en separat del som är avsedd för de kommunala beslutsfattarna.

Rådgivningsbyråernas huvudsakliga uppgift är fortfarande att främja barns hälsa och upptäcka sjukdomar och störningar i utvecklingen i ett tidigt skede. Det har också blivit allt viktigare att stöda hela familjen samt föräldrarna i deras roll som föräldrar. Social- och hälsovårdsministeriet rekommenderar för rådgivningsbyråerna ett familje- och resursbaserat arbetsgrepp.

I takt med att samhället förändras förutsätter förebyggandet och hanteringen av barnens och familjernas problem allt oftare ett planmässigt multiprofessionellt samarbete och överenskommelser om vårdrutiner. För att säkerställa samarbetet föreslår ministeriet ett nätverk inom familjetjänsterna och en integrering av samarbetet med kommunens barnpolitiska program. För att effektivisera styrningen och uppföljningen av tjänsterna för barnfamiljer rekommenderas en övergripande planerings- och uppföljningsgrupp som avlägger rapporter för de politiska beslutsfattarna i kommunen.

För att utföra det arbete som beskrivs i handboken behövs en i relation till befolkningen och dess särdrag tillräckligt stor personal. I handboken rekommenderas högst 340 barn under 7 år per hälsovårdare och högst 2 400 barn per heltidsanställd läkare.

Pressmeddelande 31/2005, 25.1.2005

## Elektroniska patientjournaler möjliggör obrutna vårdkedjor

Elektroniska patientjournaler används redan i de flesta hälsovårdscentraler. Inom den specialiserade sjukvården övergår man som bäst till elektroniska journalhandlingar. De nuvarande systemen är svåra att integrera med varandra, dessutom förekommer det brister i datasäkerheten. De stöder inte heller i tillräckligt hög grad läkares och den övriga hälsovårdspersonalens arbete.

Ett riksomfattande system med elektroniska patientjournaler skall byggas ut före utgången av år 2007 för att på så sätt öka nyttan med elektroniska journalhandlingar. Det nationella arbetet har styrts av en arbetsgrupp som tillsatts av social- och hälsovårdsministeriet. Arbetsgruppen överlämnade sin slutrapport till omsorgsminister Liisa Hyssälä tisdagen den 25 januari.

Målet är att de patientdata som är viktigast för vården och uppföljningen lagras elektroniskt med en enhetlig struktur och att data med patientens samtycke kan utnyttjas oavsett av vem som är registeransvarig. En förutsättning för det här är att strukturella basdata tas i bruk i samtliga journalhandlingssystem. Social- och hälsovårdsministeriet stöder reformen med sakkunnighjälp och genom att bevilja statsunderstöd till regionala utvecklingsprojekt. Ansökningstiden för år 2005 pågår som bäst.

Efter att det nya systemet tagits i bruk kan den behandlande läkaren med patientens samtycke till exempel kontrollera vilken behandling patienten fått på sjukhus. På så sätt kan man bygga upp en obruten servicekedja för patientens del. Vården kan bättre genomföras inom utsatt tid då serviceprocessen med remisser och tidsbeställning kan kontrolleras elektroniskt.

Pressmeddelande 272/2005, 21.6.2005

## Arbetsgrupp föreslår: Rökning i restauranger begränsas till särskilda utrymmen

Vid social- och hälsovårdsministeriet har en arbetsgrupp berett ett förslag till revidering av tobakslagen. Med lagändringen vill man skydda restaurangpersonalen från att exponeras för tobaksrök under arbetstid. Lagändringen föreslås gälla alla restauranger oberoende av storlek.

Arbetsgruppen som berett lagändringen överlämnade sitt förslag till omsorgsminister Liisa Hyssälä och social- och hälsovårdsminister Sinikka Mönkäre tisdagen den 21 juni. Arbetsgruppens ordförande var direktör Leo Suoma från social- och hälsovårdsministeriets arbetarskyddsavdelning.

### Rökning endast i separata utrymmen

Arbetsgruppen föreslår att rökning förbjuds i alla restauranger. Rökning kan dock vara tillåten i ett separat rökutrymme som reserverats endast för detta ändamål. Näringsidkaren för restaurangen beslutar själv om ett sådant utrymme skall inrättas.

Rökutrymmet skall byggas så att tobaksröken inte kan spridas till restaurangens övriga utrymmen. Kommunens byggnadstillsynsmyndighet godkänner rökutrymmet i samband med bygglovet. Genom social- och hälsovårdsministeriets förordning kan närmare bestämmelser ges om bland annat dimensionering och tekniska krav för rökutrymmet.

Enligt lagförslaget skall det vara förbjudet att servera eller förtära mat och drycker i rökutrymmet eller att till exempel ordna olika slag av spel i utrymmet. Rökutrymmet skall endast vara avsett för rökning.

## Rökningen upphör helt i flera restauranger

Lagen skulle i praktiken innebära att rökningen upphör helt i en stor del av restaurangerna, eftersom byggnadskostnaderna för rökutrymme och ventilationssystem kan bli höga. I alla restauranger är det inte heller möjligt att bygga ett separat rökutrymme. Det här gäller i synnerhet äldre byggnader.

Enligt erfarenheterna i andra länder har motsvarande begränsningar inverkat på restaurangernas ekonomi mindre än väntat. I Irland understödde såväl rökare som icke-rökare en skärpning av lagen. I Norge utvärderas som bäst verkningarna av den nya tobakslagen. I Sverige infördes rökförbud i restauranger i juni 2005.

Pressmeddelande 278/2005, 22.6.2005

## Äldre föreslås få rätt till bedömning av servicebehovet

Regeringen föreslår att socialvårdslagen ändras så att till den fogas bestämmelser om kommunernas skyldighet att ordna en bedömning av servicebehovet. I icke-brådskande situationer skall kommunen ifråga om personer som har fyllt 80 år och personer som får särskilt vårdbidrag för pensionstagare tillhandahålla bedömning av servicebehovet senast den sjunde vardagen efter det att kontakt tagits med kommunen. I brådskande situationer skall behovet av service bedömas utan dröjsmål. Regeringen fattade beslut om innehållet i propositionen onsdagen den 22 juni. Avsikten är att republikens president avlåter propositionen till riksdagen på torsdag. Lagen avses träda i kraft den 1 mars 2006.

Lagändringen preciserar tiden inom vilken klientens vårdbehov skall bedömas. Den primära målsättningen är att främja de äldres initiativ- och funktionsförmåga och möjligheter att bo kvar hemma. Utgångspunkten är att de äldre får service då de ännu har nytta av den och då man med servicen kan förhindra att funktionsförmåga försämras drastiskt. Samtidigt uppskjuts behovet av institutionsvård. Behovet av service ökar i takt med att åldern stiger och särskilt för personer som har fyllt 80 år.

Socialbyrån bedömer servicebehovet antingen genom ett hembesök eller genom att reservera tid för klienten för ett besök på socialbyrån. I brådskande situationer kan även hälso- och sjukvården kontakta socialbyrån. Utgående från bedömningen fattar kommunen beslut om vårdbehovet. I brådskande fall kan service ordnas genast utan att vårdbehovet behöver bedömas.