

Revisionsverkets ställningstaganden

Centralisering av hälso- och sjukvårdstjänsterna – Genomförande av arbetsfördelning inom den specialiserade sjukvården och samjour

Ändringarna i hälso- och sjukvårdslagen (1516/2016) och förordningen om arbetsfördelning och centralisering av vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården (582/2017) och förordningen om grunderna för brådskande vård och förutsättningarna för jour inom olika medicinska verksamhetsområden (583/2017), som rör ändringarna, trädde i kraft i början av 2018. På basis av dem avslutades den anestesikrävande operationsverksamheten på små sjukhus, koncentrerades vissa operationer till universitetssjukhusen och fastslogs de sjukhus som ska ordna antingen en enhet för omfattande jour dygnet runt eller en enhet för samjour dygnet runt i samband med centralsjukhuset. Man uppskattade att centraliserings- och jourreformerna ger kostnadsbesparingar på 350 miljoner euro för kommunsektorn före 2020. I och med välfärdsområdesreformen inriktades de potentiella ekonomiska fördelarna av att centralisera hälso- och sjukvårdstjänsterna direkt på statsfinanserna.

Vid revisionen utreddes det riksomfattande och regionala genomförandet av centraliserings- och jourreformerna, fullföljandet av de centrala målen för reformerna samt konsekvenserna av reformerna för olika typer av sjukhus, enheter för omfattande jour dygnet runt och enheter för samjour dygnet runt. Revisionen är aktuell, eftersom beredningen av en regeringsproposition om omorganisering av sjukhus- och journätet pågår som bäst.

Schablonmässig reglering och avtalsbaserat beslutsfattande har bromsat genomförandet av centraliseringsförordningen

Styrning av komplicerade medicinska vårdhelheter genom schablonmässig reglering fungerar inte alltid. Styrning som grundar sig på antalet åtgärder har tolkats på olika sätt på sjukhusen när det gäller vilka åtgärder som omfattas av centraliseringen och vilka som inte gör det. I vissa fall har läkarna ifrågasatt bestämmelsernas funktion, vilket har hämmat ett smidigt genomförande av centraliseringsförordningen. På sjukhusnivå beaktar schablonmässig reglering inte heller i tillräcklig utsträckning beroendeförhållandena mellan olika specialområden, sjukhusens befintliga kompetensområden och vårdkedjornas funktionsduglighet.

Genomförandet av centraliseringsförordningen har framskridit i varierande grad i olika områden. I synnerhet specialupptagningsområdenas möjligheter och förmåga att fatta beslut har varit begränsade. En ledningsmodell som grundar sig enbart på samarbete har inte alltid fungerat smidigt. Ingen har haft behörighet att fatta beslut i specialupptagningsområdena och de olika sjukvårdsdistrikten har

strävat efter att trygga sina egna intressen och hålla fast vid befintliga verksamheter. Avtalen om ordnande av specialiserad sjukvård har förblivit samarbetspapper på allmän nivå, vars bindande verkan och effekt på arbetsfördelningen mellan områdena har varierat.

För närvarande genomförs centraliseringsåtgärder inom den specialiserade sjukvården i välfärdsområdena och de samarbetsområden som de bildar. Enligt revisionsiakttagelserna berörs samarbetsområdena av samma behörighetsproblem som de som har hämmat verksamhetsutvecklingen inom specialupptagningsområdena.

Det finns inga exakta uppgifter om centraliseringens målutfall

När riksdagen godkände lagändringarna gällande centraliseringen förutsatte den att de funktionella och ekonomiska förändringarna som centraliseringen av hälso- och sjukvårdstjänsterna ger upphov till ska följas upp omsorgsfullt. Utifrån revisionen har uppföljningen inte genomförts enligt de ursprungliga målen. Den tillgängliga ekonomiska informationen och statistiken har inte tillhandahållit tillräckligt exakta uppgifter på uppgifts-, åtgärds- och verksamhetsnivå för att man skulle ha kunnat göra en omsorgsfull uppföljning. Man har inte kunnat skilja åt centraliseringens effekter från andra faktorer som påverkar verksamheten inom och kostnaderna för den specialiserade sjukvården.

För uppföljningen tillsattes en sektorsövergripande samordningsgrupp som leddes av Social- och hälsovårdsministeriet och som följde upp genomförandet av centraliserings- och jourförordningarna främst genom de kvantitativa målen för åtgärderna. Det finns ingen mer ingående information om hur centraliseringsåtgärderna har påverkat de enhetliga grunderna för vården och kostnaderna för serviceproduktionen i de olika områdena, än mindre om centraliseringens totalekonomiska effekter. Samtidigt saknas information om utvecklingen av kompetensen och patientsäkerheten. Inte heller på regional nivå vet man exakt vilka effekter centraliseringen har haft på servicekostnaderna, servicekvaliteten och patientsäkerheten.

Sammanslagningen i samma enhet av jouren inom primärvården och inom den specialiserade sjukvården har ökat kostnaderna för den specialiserade sjukvården

I samband med beredningen av jourreformen gjordes inga separata konsekvensbedömningar av reformens effekter på verksamheten vid enheten för jour dygnet runt inom primärvården och inom den specialiserade sjukvården. Utifrån revisionen har reformen påverkat samjourernas funktion och ökat kostnaderna för heldygnsjour. De rikliga forskningsmöjligheterna inom den specialiserade sjukvården vid enheterna för omfattande jour dygnet runt och enheterna för samjour dygnet runt används i allt högre grad även vid diagnostisering av patienter inom primärvården. På grund av det ökade antalet patienter har man varit tvungen att öka också vårdpersonalen vid jourerna. Dessutom har samjourerna inte underlättat tillgången till jourhavande inom

allmänmedicin, utan man är fortsatt tvungen att köpa in läkare för att ordna jour inom primärvården. I fortsättningen bör man i lagberedningen i högre grad uppmärksamma reformens myndighetskonsekvenser när social- och hälsovårdstjänster eller tjänster inom primärvården och den specialiserade sjukvården slås samman i samma enhet.

Problem med den fortsatta vården överbelastar samjourerna och ökar kostnaderna för den specialiserade sjukvården

Problemen med den fortsatta vården syns också vid samjourerna. Patienterna kan inte flyttas till fortsatt vård, eftersom det inte finns tillräckligt med platser inom den fortsatta vården. Till följd av detta vårdas sådana patienter vid samjourerna som inte har behov av vård utan av omsorg. En del av patienterna vid samjourerna köar till sjukhusets vårdavdelningar, eftersom man inte kan flytta patienter från vårdavdelningarna till fortsatt vård. Vid samjourerna vårdas således också personer som behöver sjukhusvård. På jourmottagningarna kan patienterna i värsta fall vara tvungna att vänta på fortsatt vård i flera dagar.

I välfärdsområdena söker man nu besparingar till exempel genom att lägga ner hälsovårdscentraler eller gallra i deras verksamheter, centralisera jourerna, minska antalet vårdplatser med heldygnsvård för äldre och skärpa kriterierna för tillgång till serviceboende med heldygnsvård och till hemvård. Detta kan innebära att fler patienter i fortsättningen hänvisas till samjourerna, vilket ökar kostnaderna för den specialiserade sjukvården.

Med tanke på tillgången till arbetskraft bör specialistläkarnas kompetens inte inskränkas ytterligare

Vid beredningen av centraliseringsförordningen beaktades inte överhuvudtaget vad patienternas vårdtyngd innebär för personalresurserna. Utifrån revisionen har centraliseringen av kompetensen i praktiken inneburit att universitetssjukhusen nu vårdar de mest tungskötta patienterna. Universitetssjukhusen har utvecklat särskilda åtgärder för att trygga tillgången till personal, men de har inte varit tillräckliga.

Revisionen pekade på att kompetenskravet vid jourerna har ökat, eftersom vårdpersonalen måste ha kompetens inom både primärvård och specialiserad sjukvård. Dessutom förutsätter jourförordningen att en enhet för omfattande jour ska ha jour inom flera medicinska verksamhetsområden, men specialistläkarutbildningen har utvecklats i en riktning med snävare avgränsningar. De snäva avgränsningarna ökar antalet jourhavande läkare som behövs vid jourerna. Med tanke på tillgången till läkare bör kompetensen således inte inskränkas ytterligare.

Centraliseringen av hälso- och sjukvårdstjänsterna påverkar tjänsternas tillgänglighet, vilket ökar patientkostnaderna och de ersättningar som FPA betalar

Vid beredningen av reformen av sjukhus- och journätet bedömdes resekostnaderna och besparingarna vara lika stora. Resans längd ansågs ha betydelse endast i brådskande fall. Utifrån revisionen har resans längd dock betydelse även för behandlingar som kräver flera besök. Upprepade besök för undersökningar och behandlingar ökar patientens resekostnader och de reseersättningar som FPA betalar. När servicenätet för social- och hälsovården förnyas bör man bedöma också kostnaderna för tjänsternas tillgänglighet som helhet (alla fordon, restider och FPA-ersättningar).

Sjukhus är inte nödvändigtvis längre rätt begrepp för att beskriva små sjukhus

Genom att koncentrera de anestesikrävande operationerna till centralsjukhusen strävade man efter att upphöra med operationsverksamhet på små sjukhus och därigenom uppnå besparingar. Utifrån revisionen har de små sjukhusens verksamhet dock vuxit och deras kostnader för specialiserad sjukvård har ökat. Sjukhusen tillhandahåller mycket mångsidig kirurgisk poliklinikverksamhet. I stället för operationer under anestesi görs operationer under lokalbedövning och vårdavdelningar för specialiserad sjukvård har delvis ersatts med vårdavdelningar för primärvård och delvis börjat användas av socialvården. Förändringen i de små sjukhusens verksamhetsprofil har, när det gäller vården på vårdavdelning, utvecklats i den önskade riktningen och främjat sammanslagningen av social- och hälsovården. En struktur som påminner om en hybridenhet motsvarar dock inte längre ett traditionellt sjukhus.

Revisionsverkets rekommendationer

På basis av revisionen rekommenderar revisionsverket att

1. om innehållsmässiga eller ekonomiska mål ställs upp för centraliseringen av hälso- och sjukvården, ska de styrande ministerierna fastställa sådana indikatorer för dem att det är möjligt att följa upp dem. Ansvariga myndigheter är Social- och hälsovårdsministeriet och Finansministeriet.
2. när sjukhus- och journätet förnyas ska man säkerställa att akutmottagningarna inom primärvården fungerar för att patienterna inte i onödan ska hänvisas till dyr specialiserad sjukvård. Ansvariga myndigheter är Social- och hälsovårdsministeriet, välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen.
3. beslutsfattandet och beslutsefterlevnaden inom samarbetsområdena bör stärkas genom att man löser oklarheter i fråga om behörigheten. Ansvariga myndigheter är Social- och hälsovårdsministeriet, Finansministeriet, Inrikesministeriet, välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen.