

Ålands hälso- och sjukvård  
Att: Chefläkare  
Pb 1055  
22111 Mariehamn

## **Tillsyn av vårdgarantin inom ÅHS - Slutrapport**

ÅHS har själva identifierat flera förslag till utvecklingsområden. ÅMHHM har kompletterat med utvecklingsförslag för tre lagparagrafer. Kommande utveckling inom lagstiftningen får generera behovet av ny tillsyn. Tillsynen av vårdgarantin kan då reduceras att gälla enskild/ enskilda utvalda lagparagrafer och utvecklingsförslag i förhållande till bestämmelserna i vårdgarantin. Tillsynen kunde i framtiden även kompletteras med en anonym enkätundersökning riktad till patient med eller utan anhörigas medverkan beroende på utvalt område.

## **Juridisk utgångspunkt**

Enligt Landskapslag (2011:114) är Ålands miljö- och hälsoskyddsmyndigheter (ÅMHHM) är tillsynsmyndighet över Ålands hälso- och sjukvård (ÅHS).

I Landskapslag (2011:114) om hälso- och sjukvård (ÅHSL) 2 § 3 mom. stadgas följande:

Ålands hälso- och sjukvård är underställda landskapsregeringen. Landskapsregeringen handhar den allmänna styrningen av Ålands hälso- och sjukvård. Ålands miljö- och hälsoskyddsmyndigheter är tillsynsmyndigheter och utövar tillsyn över Ålands hälso- och sjukvård.

## **Mötetider mellan ÅHS och ÅMHHM under tillsynsprocessen**

Möte 1: onsdag 2 oktober klockan 10–11

Möte 2: onsdag 13 november klockan 10–11

Möte 3: torsdag 19 december klockan 10–11

## Vårdgarantin och tillsyn

Bakgrunden till reformen för Vårdgarantin står att finna i läkarbristen vid hälsocentraler och de regionala skillnaderna i Finland när det gäller volymen för många av behandlingarna inom den specialiserade sjukvården. Vårdgarantin syftar till att främja verklig jämställdhet i samhället och för att det skall lyckas är det viktigt med tillräckliga resurser och riktig fördelning, tillgång till kompetent personal, ändamålsenlig arbetsfördelning och effektiv information. När sjukvård och hälsovårdstjänster ordnas ska lika hänsyn tas till primärvården och till den specialiserade sjukvården. Genomförandet av vårdgarantin och dess effekt ska följas upp lokalt, regionalt och nationellt. I fokus för vårdgarantin står patientens rättigheter som bland annat bygger på grundlagen och på lagen om patientens ställning och rättigheter. I Finland och Sverige har diskussionen förts runt vårdens väntetider och vårdköer sedan 1980-talet. Båda länderna införde lagstadgad vårdgaranti med liknande ordalydelse 2010. Den åländska hälso- och sjukvårdslagen (ÅHSL) infördes 2011 med lagstadgad vårdgaranti samt offentliggörande av väntetiderna enligt 20 och 21 §§.

## Tillsynens syfte

Att främja hälsa bygger på ett gemensamt ansvarstagande och samverkan mellan verksamheter, myndigheter och den enskilda individen. Delaktighet, medverkan och inflytande inger känsla av att vara en del av ett sammanhang och ökar individens möjlighet att påverka den egna livssituationen och att lindra påfrestningar. Tillsynskulturen har enligt Valvira redan förändrats och kommer allt mer att förändras i en riktning mot större växelverkan och tyngdpunkten flyttas till proaktiv tillsyn och stärkande av den nya servicekulturen. Detta kommer i fortsättningen att kräva en allt större fokusering på dokumenterad riskbedömning och bedömningen av effekterna samt på en kraftig utveckling av kunskapsunderlaget. Den planenliga tillsynen fokuseras på tillsyn över servicestrukturen och på vård- och omsorgskedjorna samt avvärjande av risker för patientsäkerheten, vilket förändringsarbeten eventuellt kan orsaka. Tillsynsarbetet övergår från kontroll av resurser till proaktiv tillsyn över slutresultatet av den service patienten får. Den reaktiva tillsynen bevarar dock sin viktiga roll i att vara den tillsynsmetod som i sista hand säkerställer patientens rättigheter. Enligt Valvira är ambitionen att i högre grad sammanfläta proaktiv och reaktiv tillsyn till att bilda en helhet i vilken metoderna stöder varandra. Tillsyn bygger på lagenlighet varför utmaningen för myndigheten ligger i att levandegöra lagtexten i verksamhetens dagliga arbete för att främja patientens tillgång till icke-brådskande vård från första kontakten till behandling genom hela vårdprocessens kedjor.

Det tillfaller ÅMHHM (nedan myndigheten) att utöva tillsyn över hur vårdgarantin lagenligt beaktas inom ÅHS (verksamheten) samt hur ÅHS under väntetiden till icke-brådskande primär- och specialistsjukvård följer upp patientsäkerheten och hur ÅHS synliggör den icke-brådskande primär- respektive specialistsjukvårdens kösituation för patienten och allmänheten. Målet med tillsynen för myndigheten är att påvisa utvecklingsområden genom proaktiv tillsyn och ge en rapport över nuläget. För verksamheten är målet med tillsynen att finna nya lösningar och att utveckla patientcentrerat lagenliga arbetsprocesser så att icke-brådskande vård finns tillgänglig inom vårdgarantins föreskrivna tidsgränser.

### **Närregionerna**

I Finland är det Valvira och regionförvaltningsverkens uppgift att övervaka verksamhetens laglighet samt patientsäkerhet och tillgången till vård. Valvira har upprättat ett riksomfattande tillsynsprogram för social- och hälsovården för åren 2016–2019 med uppdatering för 2019. Tillgång till icke-brådskande vård både inom primärvården och specialistsjukvården är ett av tillsynsobjekten. Intentionen med tillsynen är att finna lösningar på kösituationen genom att övervaka att den lagstadgade maximala väntetiden för icke-brådskande vård inte överskrides. Vid tillsynen tillämpas helhetsprovning och tillsynen utövas i växelverkan med dem som det gäller i syfte att hitta och förankra permanenta lösningar. Tillsynsmetoden är styrnings- och utvärderingsbesök, överläggningar med ledningen för den organisation som övervakas, skriftliga utredningar och på basis av dem en bedömning av ärendet med enhetliga kriterier. Vid tillsynen framhålls särskilt verksamhetsenhetens egenkontroll och resultat samt att problemet med att få vård inte ska upprepas. De brister som förekommer i verksamhetsenheterna i fråga om registrering, behandling och rapportering av uppgifter om tillgång till vård utgör en av utmaningarna för en effektiv tillsyn och egenkontroll. En förutsättning för att genomföra egenkontroll av tillgången till vård är att registreringarna motsvarar den verkliga situationen.

I Sverige utför inspektionen för vård och omsorg, IVO, tillsyn över vården och de grundläggande uppgifterna är liksom i Finland att trygga befolkningen god och säker vård bedriven i enlighet med lagar och andra föreskrifter. Som led i den så kallade tillitsreformen har svenska regeringens Tillitsdelegation betonat vikten av lärande tillsyn. Den lärande tillsynen involverar patienten och patientens anhörig i tillsynen genom exempelvis elektronisk enkät för att erhålla brett underlag för tillsynen. Tillsynen anpassas efter situation och verksamhet genom systemansats och kommunikation. Den riskbaserade tillsynen är ett viktigt arbetsverktyg i tillsynen av vården och omsorgens bristande samordning mellan primärvård och specialiserad sjukvård.

## Tillsynsprocessen

ÅMHHM följer Valviras rekommendationer för en tidsenlig tillsynsprocess. Tillsynen präglas i både Finland och Sverige av fokusering på patientperspektivet, samverkan mellan verksamhet och tillsynsmyndighet samt med betoning på verksamhetens egenkontroll eller så som kallad i Sverige egen riskanalys. Båda länderna önskar att tillsynen tilldelas en utvecklande dimension med fokus på slutresultatet av den service som patienten får och vill frånga tillsyn som kontroll av resurser. Riskanalys eller egenkontroll ska mana verksamheten till ständigt förbättringsarbete så eventuella störningar arbetas bort före problem uppstår för patienten. På det sättet förväntas klagomålen reduceras så att tillsynsmyndigheten i större utsträckning bereds möjlighet att utöva proaktiv tillsyn framom reaktiv tillsyn. Ett hälsofrämjande arbetssätt kan med fördel användas i tillsynsprocessen där analys av helhet och delar kombineras med dialog och samverkan för att sprida kunskap och information mellan verksamheten och myndigheten samt i slutändan till patienten och allmänheten. I framtiden kunde den proaktiva tillsynsprocessen även tilldelas ett patient/anhörigperspektiv i den förberedande fasen exempelvis genom allmän enkät som läggs ut under en viss tid på verksamhetens hemsida alternativt på myndighetens hemsida och sammanställs av myndigheten före tillsynsmötet mellan ÅHS och ÅMHHM äger rum.

Tillsynsprocessen förlopp synliggörs nedan i Bild 1. Sommaren 2019 har myndigheten utarbetat en tillsynsplan där tyngdpunkten ligger i samarbete och dialog mellan myndigheten och verksamheten. Under processen kommer parterna att träffas två gånger. Ett inledande möte, *möte 1*, där resultaten från de på förhand utskickade frågorna diskuteras. Därefter sammanställer myndigheten resultatet från möte 1 och låter verksamheten ta del av det. Utvärderingen går igenom på *möte 2* som sker ungefär en månad efter möte 1. Verksamheten och myndigheten avtalar om tidpunkt när förbättringsarbetet väntas vara påbörjat eller delvis genomfört. Resultatet publiceras på myndighetens hemsida. Myndigheten utvärderar efter processtiden hur frekvent tillsynen av vårdgarantin i framtiden följs upp.

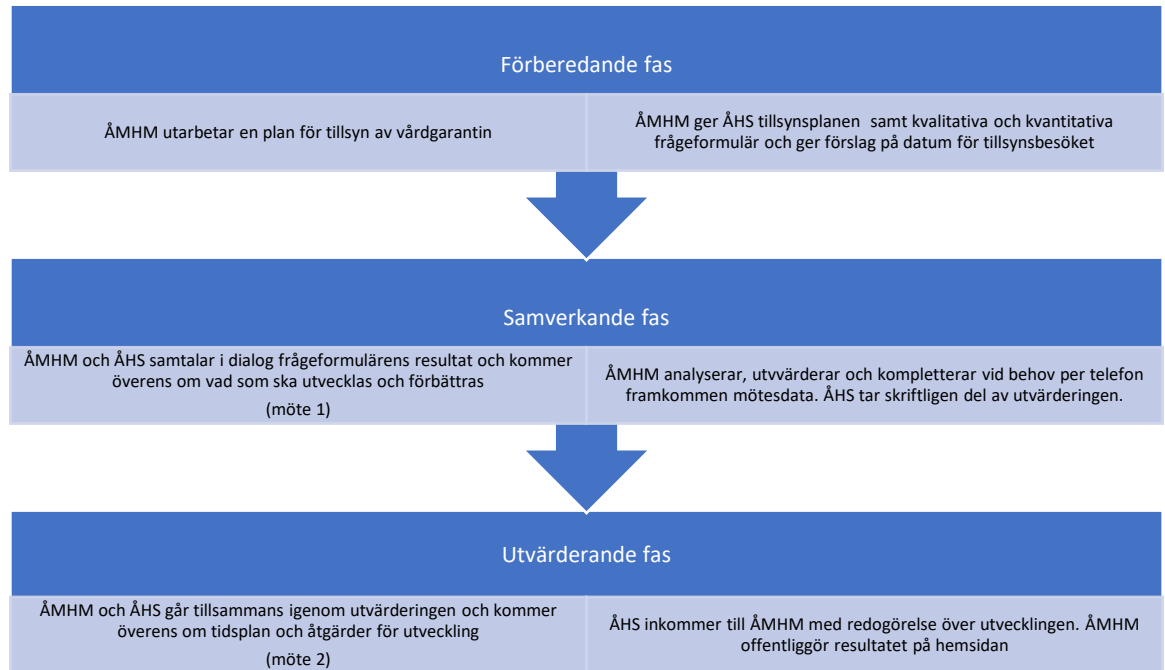


Bild 1. Tillsynsprocessen

## Lagstadgade föreskrifter, bedömningsgrunder och tillsynsfrågor

Kärnan i myndighetens utövande av tillsyn ligger i hur verksamheten lagenligt garanterar patienterna vård enligt rådande lagstiftning. Enligt 19 § 3 mom. i *Finlands grundlag* skall det allmänna, enligt vad som närmare bestäms genom lag, tillförsäkra var och en tillräcklig social-, hälso- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Myndigheterna tillämpar ett urval adekvata lagar för sina bedömningskriterier då utvärderingen och analysen av tillsynen sammanställs. Kausaliteten mellan lagen om vårdgarantin och övriga lagar i ÅHSL samt patientlagen ger effekter på verksamhetsnivå genom ÅHSL 1 § 2 mom. p 3 och 5, ÅHSL 15 § och ÅHSL 37 §. På individnivå återfinns kausaliteten till vårdgarantin genom ÅHSL 40 § och patientlagen 6 och 7 §. I bilden nedan är verksamhetsnivån färgad med blå text, individnivån med röd text och i mitten vårdgarantin samt kösituationen med grön text.

**ÅHSL 1 § 2 mom. punkt 3 och 5**

Alla invånare ska ha tillgång till och få ta del av samma vård. Patienten i centrum, har information och möjlighet att påverka sin vårdkedja.

**ÅHSL 15 §**

Patientsäkerhet genom riskanalys och utvecklande av vårdprocesser och strukturer. Systematisk kontroll. Människans värdighet och likvärdighet

**ÅHSL 37 §**

HSV uppgifter, ändamålsenlighet, samarbete, vård- och rehabiliteringsplan enligt god vårdpraxis. Institutionerna för äldre betonas.

**ÅHSL 40 §**

Undersöka och behandla psykiska och/eller psykiatriska symptom genom funktionellt samarbete mellan ÅHS och kommunal socialvård.

**ÅHSL 20 §**

Omedelbar kontakt. Primärvård; bedömning inom 3 dagar, vårtid inom 3 månader. Specialsjukvård; bedömning inom tre veckor, vårtid inom sex månader. Till psykiatri ska patient till och med 23 års ålder erbjudas tid inom tre månader. Vid behov ordna vård genom köpta tjänster.

**ÅHSL 21 §**

Vårdköns situation offentliggörs minst 2 gånger per år.

**PL 4 §**

Tidpunkt för vård och om den ändras ska patienten meddelas orsaken samt erhålla ny tid för vård.

**PL 6 §**

Beslut om vården och behandlingen ska fattas i muntligt eller skriftligt samråd med patienten.

**PL 7 §**

Vården av en minderårig patient ska ske i samförstånd. En 12 åring har partiell rätt att vara delaktig i sin vård.

**PL 6 och 7 §§**

Beslut om vården och behandlingen fattas i samråd med anhörig om patienten av någon orsak inte kan fatta beslutet själv

## I. ÅHSL 20 § *Vårdgarantin*

Ålands hälso- och sjukvård ska ordna sin verksamhet inom primärvården så att patienterna på vardagar under tjänstetid omedelbart kan få kontakt med en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ska göra en bedömning av vårdbehovet senast den tredje vardagen från det att patienten tog kontakt med Ålands hälso- och sjukvård, om inte bedömningen kunnat göras vid det första kontakttillfället. Vård som i samband med bedömningen av vårdbehovet har konstaterats vara medicinskt nödvändig ska med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp ordnas inom skälig tid, dock senast inom tre månader från det att behovet bedömdes.

Ålands hälso- och sjukvård ska ordna sin verksamhet inom den specialiserade sjukvården så att den som är akut sjuk omedelbart får den vård som hans eller hennes tillstånd förutsätter. För att få vård inom den specialiserade sjukvården för icke-brådskande sjukvård krävs en på läkarundersökning grundad remiss. Bedömningen av vårdbehovet ska inledas inom tre veckor från det att remissen anlände till den mottagande verksamhetsenheten. Vård som konstaterats vara medicinskt nödvändig ska, med beaktande av hur brådskande vården är, ordnas och inledas inom en skälig tid, dock senast inom sex månader från det att vårdbehovet konstaterades. För barn- och ungdomar till och med 22 års ålder ska den vård inom psykiatri som konstaterats vara nödvändig med beaktande av hur brådskande vården är ordnas inom tre månader om inte medicinskt, terapeutiskt eller andra motsvarande omständigheter kräver annat.

Om Ålands hälso- och sjukvård inte kan erbjuda den vård som avses i 1–3 mom. ska myndigheten ordna vården genom att köpa tjänster från en annan vårdproducent utan att det medför extra vårdkostnader för patienten. Ålands hälso- och sjukvård är dock inte skyldig att ersätta kostnader för vård som patienten på eget initiativ sökt hos en annan serviceproducent.

Vårdgarantin omfattar inte mun- och tandvård.

### ***För att uppfylla de krav som ställs ska:***

1. Patienten vardagar under tjänstetid få omedelbar kontakt med yrkesutbildad hälso- och sjukvårdsperson.
2. Patienten ska få en bedömning av vårdbehovet utförd av yrkesutbildad hälso- och sjukvårdsperson senast den tredje vardagen från att personen tog kontakt med ÅHS.
3. Utgående från vårdbehovet och det medicinska tillståndet vid bedömningen ordnas vård inom skälig tid dock senast inom tre månader.
4. Akut sjuk person får omedelbar vård inom den specialiserade sjukvården.

5. Person med remiss till specialistsjukvården får sitt vårdbehov bedömt inom tre veckor från det att mottagande verksamhetsenheten tagit emot remissen.
6. Specialistsjukvården ordnar och inleder medicinskt nödvändig vård senast sex månader från det att vårdbehovet konstaterats.
7. Om inte medicinskt, terapeutiskt eller andra motsvarande omständigheter kräver annat ska verksamheten för barn och ungdomar under 23 år ordna vård inom tre månader.
8. ÅHS ordnar vården som verksamheten inte kan erbjuda genom att köpa tjänster från annan vårdproducent.
9. De köpta vårdtjänsterna medför inga extra kostnader för patienten.

#### **Frågor till ÅHSL 20 § Vårdgarantin:**

1. Vilken process för egenkontroll följer ÅHS för att erbjuda patienten lagenlig icke-brådskande sjukvård inom vårdgarantins tidsramar?
2. Vilka arbetsprocesser följer ÅHS för att identifiera problem i vårdkedjan och därefter förankra permanenta lösningar för tillgången till remiss-baserad specialistsjukvård?
3. Vilka styrkor finns det i verksamheten så som den är ordnad idag för att uppfylla vårdgarantin för icke-brådskande vård?
4. Vilka svagheter finns det i verksamheten så som den är ordnad idag för att inte kunna uppfylla vårdgarantins tidsangivelser för icke-brådskande?
5. Vilka möjligheter finns det för verksamheten att utvecklas så att vårdgarantin för icke-brådskande vård kan uppfyllas?
6. Vilka utmaningar eller hotbilder gällande vårdgarantin för icke-brådskande vård kan störa verksamhetens utveckling?

#### **Svar till 20 § Vårdgarantin**

1. Kapaciteten (personal, specialistkompetens, operationssalar) är avgörande i att kunna erbjuda vård i lagstiftad tid. ÅHS följer vårdköerna och vidtar åtgärder, om kötiderna i några tjänster närmar den godtagbara gränsen. Till åtgärderna kan ingå att anställa mera personal eller köpa tjänster utanför ÅHS. Klinikerna är ansvariga att förse den tillräckliga kapaciteten.
2. Någon regelbunden uppföljning av själva arbetsprocesserna finns det inte. I samband med anmärkningar uppstår det behov att kartlägga hur t.ex. remisshantering har pågått. Det finns också en viss variation i remissvarförloppet (behandlas på klinikchefsmötet den 24.10.2019) som vårdutvecklaren har fått i uppdrag.



3. Den lilla skalan på ÅHS gör det möjligt i teorin att man kan hitta den bristande personalen på någon annan klinik, då det finns för långa köer på någon klinik. För remisspatienter reserveras det också tillräckligt mottagningstider.
4. ÅHS organisationsstruktur med 14 kliniker bygger många gränser och det är svårt att flytta resurser från en klinik till en annan, även temporärt. Trots att det reserveras mottagningstider för remisspatienter är det alltid en balansgång mellan remisser och recall. Vårdtider ges alltid enligt patientens vårdbehov.
5. Det kan vara möjligt att utveckla kliniköverskridande tjänster (t.ex. patientadministrator) som i en del av sitt arbete kunde hela tiden bevaka kösituation och göra förslag för åtgärder. Avtalsbaserat samarbete med kringliggande större sjukhus kan ge bättre stöd i att försäkra tillgång till specialister. Sådana exempel finns redan, i till exempel psykiatri och kirurgi.  
Vi strävar efter att det nya vårdinformationssystemet skulle larma, när remisspatienterna har varit för länge i kön.
6. Den fortsatta specialisering inom medicinen utveckling gör att ÅHS läge blir ännu mera skör. Om en specialistläkare saknas, förorsakar det omedelbart en sämre kösituation. Vården på Åland är alltid personberoende i en viss mån.

#### Möte II på ÅHS 13.11.2019:

- 50 specialiteter
- Monitorering av arbetsprocesser, främst remiss-processer mellan interna kliniker. Helhetstänkande i vårdkedjorna, utveckling av patientvårdens organisation mellan klinikerna.
- Stick-prov: remisskedja mellan akuten och medicinkliniken -> en patient kan återfinnas i flera olika klinikköer. Tittfunktion finns inte för verksamheten.
- Helhetssyn saknas men ÅHS önskar utveckla processen vidare. Svaghet: remisser från kliniker på fastlandet eller privata läkarmottagningar kan försvinna i hanteringen då de överförs per post. Internt överförs remisser elektroniskt.

## Matris och analys



I fokus för tillsyn av vårdgarantin ligger slutresultatet av den service patienten får. Den kvalitet som patienten upplever i servicen bygger på verksamhetens servicestruktur och hur smidigt vårdkedjorna är sammanlänkade för att garantera patientsäkerheten. Tidsangivelser som anges i ÅHSL 20 § om vårdgarantin ställer krav på omedelbar första kontakt, en bedömning av vårdbehovet inom tre dagar och uppstart av vård inom tre veckor hos primärvården. Om remiss utfärdas ska specialsjukvården erbjuda uppstart av vård inom sex månader om det inte handlar om patient under 23 år som är i behov av vård inom psykiatri och har rätt till uppstart av vård inom tre månader. Primärvården och specialvårdens polikliniker använder ett telefonsvararsystem för kontakt vid icke-brådskande vård där patienten rings upp ett angivet klockslag alternativt får patienten själv välja klockslaget. Detta system främjar lagens krav på omedelbar kontakt och sparar patienten tiden att sitta i lång telefonkö. Akut och omedelbar kontakt fås vid akuten eller på alarmnummer 112. I dagens läge kan ÅHS erbjuda vård inom ett femtiotal olika specialiteter men utvecklingen medger att behov av ytterligare specialiteter kan komma i fråga i framtiden, vilket kan försvåra rekryteringen av specialistläkare. Detta kan på sikt hota patientens möjlighet att erhålla vård enligt lagens tidsangivelser eftersom ÅHS för att kunna tillmötesgå dessa specialbehov antingen behöver hyra in specialkompetens eller remittera patienterna till närliggande sjukvårdsverksamheter på fastlandet eller i Sverige. Den medicinska utvecklingen medför således nya behandlingsmöjligheter men kan ställa krav som är svåra att förutse. Svårigheten att förutse behovet av varierande sjukvård är delvis även beroende av enskilda patienters hälsostatus. Det är svårt att förutse alla hälsotillstånd som kan uppkomma i en befolkning. En generell bedömning av befolkningens friskhet är möjlig att uppskatta men den faktiska omfattningen av

vårdköerna till olika mottagningar kan variera mellan olika tidsintervall. Att avväga tillgång och utbud av vård, utifrån över tid varierat behov av vård, kan ses som en utmaning eller ett hot. ÅHS arbetar kontinuerligt med uppföljning av vårdköerna och rekryterar vid behov ytterligare personalresurser för att uppfylla lagens tidsbestämmelser. En regelbunden uppföljning av remissprocesserna finns inte utvecklad utan patienters anmäkningsärenden kan generera utredning. För att undvika missnöje och olägenheter kunde en utvecklingsmöjlighet vara att inrätta en koordinatortjänst med uppgift att samordna remisser för att undvika att en patient återfinns i flera remissköer. ÅHS har genom ett mindre stickprovsprojekt kunnat påvisa att patienter remitterade från akutmottagningen återfunnits i redan befintliga remissköer. Ett koordineringssystem kunde motverka dubbelremitteringar. Ytterligare kan utvecklandet av avtalsbaserat samarbete med andra vårdproducenter ses som en möjlighet att garantera vård inom lagens tidsgränser.

Tillsynen har inspirerat ÅHS till följande förslag på utvecklingsåtgärder:

- Monitorering av arbetsprocesser, främst remissprocesserna
- Utveckla samarbetet i patientvården mellan klinikerna.

## II. ÅHSL 21 § *Offentliggörande av väntetiden*

Ålands hälso- och sjukvård ska med högst sex månaders mellanrum offentliggöra uppgifter om väntetiden som avses i 20 §.

*För att uppfyll de krav som ställs ska:*

1. Väntetider som avses i 20 § offentliggörs åtminstone två gånger per kalenderår

**Frågor till ÅHSL 21 § Offentliggörande av väntetiden:**

1. Hur ofta synliggörs för patienten i enlighet med ÅHSL 21 § den icke-brådslande sjukvårdens kösituation?
2. Vilka styrkor finns det i dagens läge i verksamheten för att offentliggöra väntetiden som avses i ÅHSL 20 §?
3. Vilka svagheter finns det i dagens läge i verksamheten för att inte offentliggöra väntetiden som avses i ÅHSL 20 §?
4. Vilka utvecklingsmöjligheter finns det för verksamheten att offentliggöra väntetiden som avses i ÅHSL 20 §?
5. Vilka utmaningar finns det i möjligheten att offentliggöra väntetiden som avses i ÅHSL 20 §?

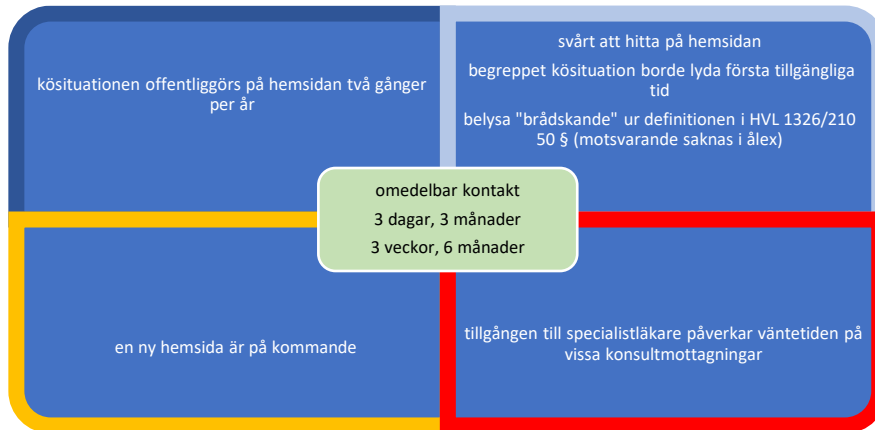
## Svar till 21 § Offentliggörande av väntetiden

1. Kösituationer offentliggörs två gånger om året.
2. Offentliggörandet sker på ÅHS hemsida [ÅHS hemsida http://www.ahs.ax/standard.con?iPage=168&m=&iLan=1](http://www.ahs.ax/standard.con?iPage=168&m=&iLan=1)
3. Hemsidans användbarhet kan förbättras och kösituationen är egentligen inte lätt att hitta på. Själva kötiden berättar inte så mycket för en enskild patient. Bättre alternativ att annonsera kösituationen kunde vara ”den första tillgängliga tiden”, men antalet vårdtillfällen hindrar detta angående de flesta köer. Vi har även upptäckt, att vi inte har preciserat på vår hemsida begreppet ”brådskande”. Enligt rikets hälsovårds lag 1326/2010 50 §: ” *Med brådskande vård avses omedelbar bedömning och vård som inte kan skjutas upp utan att sjukdomen förvärras eller kroppsskadan försvåras och som gäller akut sjukdom, kroppsskada, försämring av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.* ” Den definitionen saknas i den åländska lagen. Det kan väl vara, att patienterna har det svårt att begripa begreppet ”brådskande”. Vi ska göra ett tillägg med definition på vår hemsida.
4. ÅHS håller på att förnya sin hemsida. Ledningsgruppen har behandlat ärendet senast den 22.3.2019 § 80.
5. I den lilla volymen kan det alltid förekomma stora variationer i kötiderna mellan olika månader, då till exempel någon specialist inte kan vara närvarande.

## Möte II med ÅHS 13.11.2019:

- Arbetet med den nya Hemsidan väntas bli färdigt 2020, är under bearbetning och utveckling.
- ÅHS önskar förtydliga kötiderna på nya hemsidan.
- Begreppet brådskande = individen behöver inte akut eller livshotande vård men är i behov av vård som inte kan fördröjas. ÅHS vill förtydliga begreppet på hemsidan genom att låna definitionen så som den lyder i rikets Hälso- och sjukvårds lag.

## Matris och analys



ÅHS offentliggör lagenligt kösituationen på hemsidan två gånger per år under rubriken "kösituationen", som återfinns som snabb-länk på första sidan. På samma sida finns länkarna "Rätt väg till vård" och "Inför ditt besök". ÅHS kommer inom snar framtid att förnya sin hemsida i strävan att göra den mer överskådlig för patienten och underlätta informationssökningen. Begreppet "kösituation" borde enligt ÅHS bytas ut mot "Första tillgängliga tid" vilket möjliggör att ett datum visas istället för antalet väntetidsveckor. Rikets hälso- och sjukvårdslag har inspirerat ÅHS att tydligare definiera ordet *brådskande* på den kommande förnyade hemsidan.

Att ÅHS börjar publicera väntetiden enligt begreppet första lediga tid borde i praktiken innebära att offentliggörandet av väntetider uppgraderas på hemsidan oftare än två gånger vilket det görs i dagens läge helt enligt föreskrifterna i lagen. Detta kan anses vara en klar serviceförbättring för patienten i att hantera sin vardagslogistik. Väntetiden på en mindre specialpoliklinik är beroende av konsultspecialistens möjlighet att komma till Åland och kan hotas av oförutsedd händelse exempelvis om en konsultläkare av diverse orsak får förhinder.

Tillsynen har inspirerat ÅHS till följande förslag på utvecklingsåtgärd:

- Tydligare kötider på den nya hemsidan.

### **III. ÅHSL 1 § 2 mom. punkt 3 och 5 Tillämpningsområden och syftet**

Lagens syfte är att säkerställa att hela befolkningen i landskapet har rätt till sådan hälso- och sjukvård som vars och ens hälsotillstånd förutsätter, inom de gränser som står till hälso- och sjukvårdens förfogande vid respektive tidpunkt samt att öka patient- och klientorienteringen inom hälso- och sjukvård i landskapet.

*För att uppfylla de krav som ställs ska:*

1. ÅHS ska inom verksamhetens rådande gränser säkerställa att hela befolkningen får vård utgående från enskilt hälsotillstånd.
2. ÅHS ska öka patientens möjlighet att orientera sig inom hälso- och sjukvården.

**Frågor till ÅHSL 1 § 2 mom. punkt 3 och 5 Tillämpningsområden och syftet:**

1. Vilka är ÅHS styrkor i att erbjuda såväl boende på fasta Åland som i skärgården icke-brådskande vård?
2. Vilka är ÅHS svagheter i att erbjuda såväl boende på fasta Åland som i skärgården tillgång till icke-brådskande vård?
3. Vilka möjligheter har ÅHS att utveckla jämlik tillgång till icke-brådskande vård för boende oberoende boningskommun?
4. Vilka utmaningar står ÅHS inför vid utveckling av jämlik tillgång för icke-brådskande vård oberoende boningskommun?
5. Vilka styrkor har ÅHS i att ställa patienten i centrum för vården, att ge information om vårdkedjor och att göra patienten delaktig i sin egen vårdkedja?
6. Vilka svagheter har ÅHS i att ställa patienten i centrum för vården, att ge information om vårdkedjor och att göra patienten delaktig i sin egen vårdkedja?
7. Vilka möjligheter har ÅHS i att ställa patienten i centrum för vården, att ge information om vårdkedjor och att göra patienten delaktig i sin egen vårdkedja?
8. Vilka utmaningar har ÅHS i att ställa patienten i centrum för vården, att ge information om vårdkedjor och att göra patienten delaktig i sin egen vårdkedja?

**Svar till ÅHSL 1 § 2 mom. punkt 3 och 5: Tillämpningsområden och syftet**

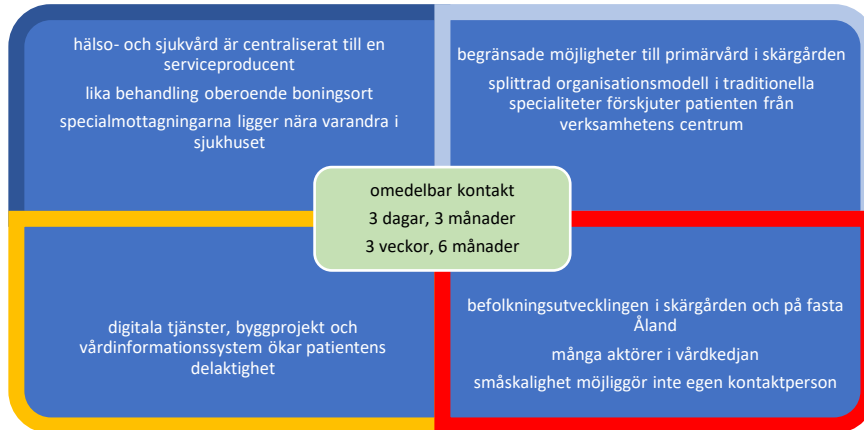
1. Om man jämför ÅHS med skilda samkommuner på finska fastlandet finns det avsevärda styrkor i att man kan lättare. All hälso- och sjukvård är

- centraliserat i händer av en serviceproducent. Alla behandlas lika oberoende av boningskommunen, och det gäller alla punkter.
2. Angående icke-brådskande vård kan de finnas svagheter i primärvårdens olika möjligheter i skärgården och på fasta Åland, därför att besökstiderna är begränsade i den yttersta skärgården.
  3. Utvecklingen av digitala tjänster kan förmodligen minska de möjliga skillnaderna mellan fasta Åland och skärgården.
  4. Antagligen ökar skillnaderna i invånartätheten ytterligare i framtiden mellan skärgården och fasta Åland.
  5. Skalan är liten och alla specialiteter är nära till hands i ÅHS huvudbyggnaderna.
  6. Organisationsmodellen är splittrad enligt traditionella specialiteter och de fysiska utrymmena är icke konstruerade så, att patienten verkligen skulle vara i verksamhetens centrum.
  7. Nya framtida byggprojekt på ÅHS och digitala lösningar- möjligen även det nya vårdinformationssystemet – kan förbättra avsevärt patientens delaktighet.
  8. Det finns många aktörer runtom patienten. Även ÅHS är tämligen liten, kan ÅHS inte ge en egen kontaktperson (läkare, skötare) som skulle ta hand om just den bestämda patientens ärenden.

#### Möte II med ÅHS 13.11.2019:

- Tillgängligheten kan förbättras genom digitala tjänster i ÅHS strävan till att garantera alla ålänningar kvalitativ vård
- ÅHS har diskuterat möjligheten till en mobil hälsovårdsenhet som i likhet med tandläkarbilen kunde besöka skärgårdskommunerna och erbjuda hälsovårdstjänster exempelvis vaccinering. Primärvården har verksamhet i alla kommuner vilket är en utmaning i strävar för att kvaliteten på vården ska vara jämlik oberoende boningskommun. Kvaliteten är beroende av tillgången till behörig personal och att denna personal känner sig motiverad av att arbeta under de krav som en tjänstgöring avskilt från huvudverksamheten kan innebära,

## Matris och analys



Hälso- och sjukvården är på Åland organiserad under en serviceproducent i motsats till fastlandet där verksamheten på många håll lyder under samkommuner. Detta underlättar ÅHS möjlighet att erbjuda alla patienter service på lika villkor oberoende boningskommun. Den geografiska splittringen påverkar dock möjligheten att erbjuda hela befolkningen samma tidsmässiga tillgång till vård. Behovet av antalet vårdtimmar i skärgårdskommunerna måste även avvägas mot befolkningstätheten i dessa kommuner, vilket i sig är svårt att förutse men en utmaning för ÅHS att beakta. ÅHS ser positiva möjligheter i att utveckla digitala tjänster och utvecklingen inom vårdteknologin erbjuder lösningar som underlättar tillgängligheten. Patienten har möjlighet att själv omboka sin tid för screeningundersökningar gällande mammografi och papa-provtagning via länkar på hemsidan och patienten kan via laboratorielänken själv boka sin provtagningstid, vilket har minimerat väntetiden avsevärt och underlättat för patienten exempelvis att uppskatta frånvarotid från arbetet samt att själv välja bäst egen personsanpassad provtagningstid. Enskilda patienter från skärgårdskommuner och glesbygdskommun kan stöta på problem med flera sjukhusresor då provtagning och röntgenundersökningar ska göras en viss tid före besöket till läkare alternativt kompletteras läkarbesöket med tilläggundersökningar som inte kan göras samma dag. Att erbjudas tillgång till övernattningslägenhet, om möjlighet inte finns att övernatta hos släktingar eller bekanta, kunde underlätta för patient från skärgårdskommun att få all vård på samma resa. Specialmottagningarna ligger fysisk nära varandra i huvudbyggnaden men verksamheten är traditionellt uppdelad i respektive specialområden vilka i verkligheten inte automatiskt samarbetar personcentrerat. Småskaligheten till trots finns det många aktörer i patientens vårdkedja och personaltätheten tillåter inte en egen kontaktperson med helhetssyn i den enskilda patientens hälsotillstånd och vårdbehov. Framtida byggprojekt och ett nytt vårdinformationssystem skulle



kunna påskynda tidsförloppet i patientens vårdkedja och motverka onödiga dröjsmål.

Tillsynen har inspirerat ÅHS till följande förslag för utvecklingsåtgärd:

- Utveckla digitala tjänster och mobila hälsovårdstjänster för att förbättra jämställdheten

#### **IV. ÅHSL 15 § *Kvaliteten och patientsäkerheten***

Verksamheten inom Ålands hälso- och sjukvård ska basera sig på vetenskap och beprövad erfarenhet samt på god vårdpraxis och goda rutiner. Verksamheten ska vara högklassig och trygg och fullgöras på ett behörigt sätt. Landskapsregeringen utfärdar vid behov närmare anvisningar gällande god vårdpraxis. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Verksamhetens kvalitet ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och kontrolleras.

***För att uppfylla de krav som ställs ska:***

1. ÅHS verksamhet baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet
2. ÅHS verksamhet baseras på god vårdpraxis.
3. ÅHS verksamhet baseras på goda rutiner.
4. Verksamheten ska vara högklassig och trygg
5. Verksamheten fullgörs på ett behörigt sätt.
6. Vården ges med respekt för alla människors lika värde.
7. Vården ges med respekt för den enskilda människans värdighet.
8. Verksamhetens kvalitet ska systematiskt och fortlöpande utvecklas.
9. Verksamhetens kvalitet ska systematiskt och fortlöpande kontrolleras.

**Frågor till ÅHSL 15 § *Kvaliteten och patientsäkerheten*:**

1. Vilka styrkor har ÅHS att uppfylla vårdgarantin enligt 20 § belyst ur ÅHSL 15 § om bestämmelserna över kvaliteten och patientsäkerheten?
2. Vilka svagheter har ÅHS att uppfylla vårdgarantin enligt 20 § belyst ur ÅHSL 15 § om bestämmelserna över kvaliteten och patientsäkerheten?
3. Vilka utvecklingsmöjligheter har ÅHS att uppfylla vårdgarantin enligt 20 § belyst ur ÅHSL 15 § om bestämmelserna över kvaliteten och patientsäkerheten?
4. Vilka svårigheter eller hinder har ÅHS att uppfylla vårdgarantin enligt 20 § belyst ur ÅHSL 15 § om bestämmelserna över kvaliteten och patientsäkerheten?

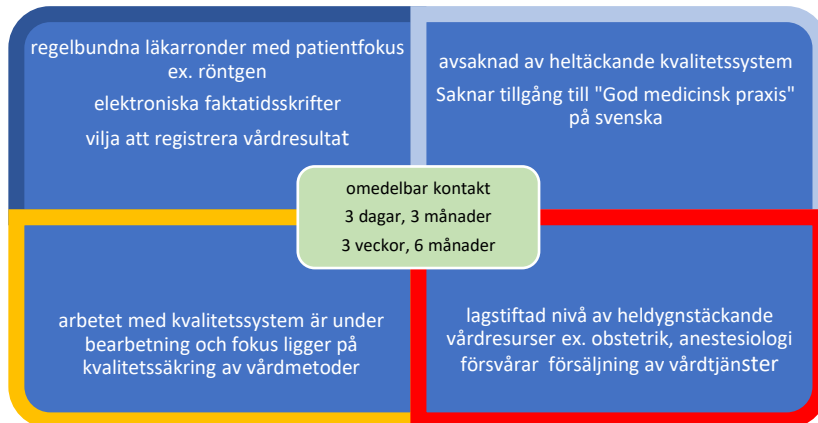
## Svar till ÅHSL 15 § Kvaliteten och patientsäkerheten

1. Kontakterna mellan medarbetare är lätta, till exempel det finns en röntgenronda varje morgon, där läkare kan diskutera om fall som kommit under jouten och det senaste dygnet. Tillgången till elektroniska tidskrifter för att kunna grunda vården på vetenskap och beprövad erfarenhet är tämligen bra och hölls att förbättras ytterligare. Klinikernas vilja för att följa sina vårdresultat med olika register är bra.
2. Det finns inget heltäckande kvalitetssystem på ÅHS. Ändå i ÅHS verksamhetsplan 2019 finns det målet, att ”plan för implementering av kvalitetssystem på ÅHS ska vara färdig i år 2019 samt att valet av kvalitetssystemet vore färdig (styrelse 8.2.2019 § 4). Laboratoriet har ackrediterat delvis sin verksamhet samt FINAS har editerat verksamheten på apoteket. Tillgång till den svenskspråkiga ”*God medicinsk praxis*” saknas fortfarande.
3. ÅHS söker fortfarande en lösning för sitt kvalitetssystem. Kvalitetssäkringen av vården är en del i upphandlingen av det nya vårdinformationssystemet.
4. ÅHS har svårt att upprätthålla den resursnivå som lagstiftningen kräver både i Sverige och i Finland. Till exempel jourförordningen i Finland 583/2017 stipulerar att på ett sjukhus med förlossningar ska det finnas ”*omedelbar tillgång till specialister i gynekologi och obstetrik samt anesthesiologi eller läkare som är väl förtrogna med förlossningsvård och anesthesiologi*”, som aldrig kunde vara möjlig på Åland. Detta hindrar att vi kunde sälja till exempel förlossningar till Sverige eller till Finland.

### Möte II med ÅHS 13.11.2019:

- Kvalitetsledningssystem är ovanligt även på fastlandet, men är infört på sjukhusen i Åbo, Kuopio och Vasa
- Rafaela är påtänkt att införas, förhoppningsvis under 2020

## Matris och analys



Kvaliteten och patientsäkerheten prioriteras högt av ÅHS. Personalen har tillgång till elektroniska faktatidskrifter inom medicin och omvårdnad för att kunna trygga och upprätthålla sin kunskap i evidensbaserad vård. Klinikerna följer regelbundet upp registerinförda resultat. För att minimera tidsåtgången i vårdkedjan från akutmottagningen till klinikbaserad vård håller läkarna från de olika klinikerna varje morgon en rond där akutmottagningens patienter under det senaste dygnet diskuteras. ÅHS har en vilja att utveckla verksamheten genom att erbjuda köptjänster inom obstetrik och kirurgi men lagstiftning om jourförordning och ÅHS tillgång till personalresurser begränsar denna möjlighet. ÅHS anser att verksamheten har en svaghet i avsaknad av ett heltäckande kvalitetssystem. ÅHS har sett det som en prioriterad utvecklingsåtgärd att utarbeta ett kvalitetssystem med fokus på kvalitetssäkring av vårdmetoder och systemet är före tillsynen under bearbetning. Det redan befintliga vårdinformationssystemet "Rafaela" är påtänkt att införas förhoppningsvis under år 2020. Tillsynsmyndigheten ser det som en förbättring för patientsäkerheten. Om kvaliteten och patientsäkerheten ställs mot bestämmelserna i vårdgarantin kunde resultatet av en riskanalys på hur väntetiden kan påverka patientens hälsotillstånd ytterligare belysa på vilket sätt vårdinformationssystemet ger mervärde för patienten. En del specialmottagningar har en väntetid som närmar sig den lagstadgade maximala väntetiden och periodvis kan även den lagligt tillåtna väntetiden överskrida sex månader varför det är viktigt att ÅHS under väntetiden mår om goda rutiner för att motverka ytterligare försämring av hälsan. Patienten bör under väntetiden få kvalitativ lindrande vård och kontinuerligt uppdateras om hur kösituationen utvecklas och erbjudas stöd i att själv stärka sitt hälsotillstånd genom exempelvis habiliterande självvårdsprogram.

ÅHS har redan innan tillsynen påbörjat en utvecklingsåtgärd för införandet av ett kvalitetsledningssystem.

Förslag på utvecklingsåtgärd från tillsynsmyndigheten:

- En riskanalys på hur väntetiden kan påverka patientens hälsotillstånd.
- En vårdprocess med fokus på habiliterande självvårdprogram under väntetiden utarbetas tillsammans med patienten utgående från individuella hälsoparametrar. Vårdaktör är antingen den remitterande enheten eller den remissmottagande enheten. Patientens hälsohinder avgör vårdaktören.

## V. ÅHSL 37 § *Hälso- och sjukvården*

Ålands hälso- och sjukvård ska ordna hälso- och sjukvård för invånarna i landskapet. Hälso- och sjukvårdens uppgifter är 1) att utföra undersökningar av patienter, fastställa medicinska diagnoser och ge vård samt att ge den medicinska rehabilitering som behövs, 2) att förebygga och bota sjukdom samt ge lindring, 3) att ge handledning som syftar till att stärka patientens inflytande på sin vård och patientens egenvård samt, 4) att i ett tidigt skede identifierar problem med hälsan hos patienter som behöver särskilt stöd, särskilda undersökningar och särskild vård, att behandla problem och hänvisa patienten till fortsatt vård. Sjukvården ska genomföras med beaktande av patientens behov av medicinsk vård, vetenskap och beprövad erfarenhet samt god vårdpraxis och goda rutiner som avses i 15 §. Vården ska genomföras på ett ändamålsenligt sätt och genom ett ändamålsenligt samarbete. Vården ska genomföras i form av öppenvård när detta är ändamålsenligt samt möjligt med beaktande av patientsäkerheten. För genomförandet av vården och rehabiliteringen ska en vård- och rehabiliteringsplan göras upp i enlighet med landskapslag (1993:61) om tillämpning i landskapet Åland av lagen om patientens ställning och rättigheter. Ålands hälso- och sjukvård tillhandahåller läkartjänster för äldre vid de offentliga institutionerna som finns i landskapet.

*För att uppfylla de krav som ställs ska:*

1. ÅHS ordna hälso- och sjukvård för invånarna i landskapet
2. Hälso- och sjukvårdens uppgift är att utföra undersökningar av patienter, fastställa medicinska diagnoser och ge vård samt att ge den medicinska rehabilitering som behövs.
3. Hälso- och sjukvårdens uppgift är att förebygga och bota sjukdom samt att ge lindring.
4. Hälso- och sjukvårdens uppgift är att ge handledning som syftar till att stärka patientens inflytande på sin vård och patientens egenvård
5. Hälso- och sjukvårdens uppgift är att i ett tidigt skede identifiera problem med hälsan hos patienter som behöver särskilt stöd, särskilda undersökningar och särskild vård, att behandla problem och hänvisa patienten till fortsatt vård.

6. Sjukvården ska genomföras med beaktande av patientens behov av medicinsk vård.
7. Sjukvården ska genomföras med beaktande av vetenskap och beprövad erfarenhet.
8. Sjukvården ska genomföras med beaktande av god vårdpraxis.
9. Sjukvården ska genomföras med beaktande av goda rutiner.
10. Vården ska genomföras på ett ändamålsenligt sätt.
11. Vården ska genomföras genom ändamålsenligt samarbete.
12. Vården ska genomföras i öppenvård då detta är möjligt med beaktande av patientsäkerheten.
13. Vård och rehabilitering genomförs genom uppgörande av en vård- och rehabiliteringsplan i enlighet med lagen om patientens ställning och rättigheter (FFS 785/1992 antagen på Åland genom LL 1993:61).
14. ÅHS tillhandahåller läkartjänster för äldre vid de offentliga institutionerna som finns i landskapet.

#### **Frågor till ÅHSL 37 § Hälso- och sjukvården:**

Innehållet har delvis frågats efter i de ovanstående frågeställningarna och svaret på de frågorna kan kombineras med svaret för denna paragraf enligt modellen ÅHS styrkor/ svagheter/ möjligheter/ utmaningar. Övriga frågor härrörande ÅHSL 37 §:

1. Vilka styrkor har ÅHS för att uppfylla vårdgarantin till icke-brådskande vård genom uppgörandet av en vård- eller rehabiliteringsplan enligt patientens lagstadgade rättighet?
2. Vilka svagheter har ÅHS för att uppfylla vårdgarantin till icke-brådskande vård genom uppgörandet av en vård- eller rehabiliteringsplan enligt patientens lagstadgade rättighet?
3. Vilka utvecklingsmöjligheter har ÅHS för att uppfylla vårdgarantin till icke-brådskande vård genom uppgörandet av en vård- eller rehabiliteringsplan enligt patientens lagstadgade rättighet?
4. Vilka utmaningar har ÅHS för att uppfylla vårdgarantin till icke-brådskande vård genom uppgörandet av en vård- eller rehabiliteringsplan enligt patientens lagstadgade rättighet?

#### **Svar till ÅHSL 37 § Hälso- och sjukvården**

1. Det finns nyligen godkända riktlinjer (ledningsgruppen den 30.10.2018, uppdaterad den 2.10.2019) ”Rehabiliteringsplaner och medicinsk rehabilitering gällande terapier”.
2. Rehabiliteringsteam-förfarandet kan behöva utvecklas ännu mer så att alla erforderliga specialiteter kunde vara med i arbetet,

3. Utvecklingen på organiseringen på ÅHS så att resurser inom rehabiliteringen kan delas bättre till alla klinikerna kan förbättra situationen. Organiseringsarbete har redan påbörjat på psykiatrin, så att psykiatriska rehabiliteringen skulle anknytas tätare i öppenvård.
4. Den största uppmaningen angående §37 ska bli, att ÅHS måste tillhandahålla läkartjänster för de äldre vid de offentliga institutionerna som finns i landskapet. Behovet av tjänster ökas i framtiden på grund av den åldrande befolkningen. På samma gång leder den teknologiska utvecklingen, att en större del av nutida sjukhustjänster borde ges vid de institutionerna utanför ÅHS.

#### Möte med ÅHS 13.11.2019:

Vården av äldre utanför ÅHS är ett område som ligger under utveckling. ÅHS och kommunerna har skilda huvudmän som fördelar de monetära resurserna. I riket är kommunen huvudman även för sjukvården emedan sjukvården vid ÅHS ligger under landskapsregeringen. Prioritering i budget av monetära medel sker olika i kommunerna och kan avvika från sjukvårdens uppfattning. Den kommunala institutionsvården har rätt att erhålla läkartjänster från ÅHS men vårdpersonalen inklusive sjukskötarna är anställda av kommunen eller av kommunförbundet. Noggranna samverkansavtal om innehållet i vård och hur vård utövas bör finnas mellan ÅHS och kommunal (sjuk)vård. Överföring av långvård från ÅHS geriatriska klinik till kommunal socialvård medförde ökade kostnader för kommunerna med krav på att utföra mer avancerad vårdteknologi och medicinska behandlingar samt behov av utökad resurs av antalet läkartimmar vid institutionerna. Ansvarsfrågan för sjukvård vid institutionerna bör diskuteras noggrant och detaljrikt för att bibehålla patientsäkerheten och vårdkvaliteten.

#### Matris och analys



Väntetiden mellan primärvård och specialvård kan innebära en olägenhet för patienten och det kan finnas en risk att hälsotillståndet förvärras. Remisshanteringen sker genom elektronisk överföring och bedömningen av specialistläkaren kan vara avhängig av hur väl remittenten har formulerat remissen och formulerat patientens hälsotillstånd. När specialsjukvårdens läkare för första gången träffar patienten är beroende av vårdköns omfattning, vilket i praktiken kan innebära flera månader då den lagena maximaltiden är sex månader. För den enskilda patienten kan sex månader vara lång tid. En väl formad länk mellan primärvård och specialsjukvård kunde vara att under väntetiden i samarbete med patienten upprätta en plan för rehabilitering och ge handledning som syftar till att stärka patientens inflytande på sin vård och den hälsostärkande egenvård som kan utövas under väntetiden. ÅHS har uppmärksammat problemet och försöker utveckla rehabiliteringsresurser på alla kliniker. Detta organiseringsarbete är påbörjat vid exempelvis psykiatrikliniken då primärvården numera kan erbjuda mottagningstider för patienter med psykisk ohälsa. Rehabilitering för psykisk ohälsa kan erhållas från både primärvård och specialvård. Utvecklingsmöjligheterna är under bearbetning och kan på sikt när det mångprofessionella teamarbetet formats övergå från svaghet till styrka.

**Diskussionen vid Möte II** berörde frågan om tillhandahållandet av läkartjänster för äldre vid de offentliga institutionerna som finns i landskapet. Sjukvården vid institutionerna har två huvudmän, den offentliga sjukvården underställd landskapet och socialvården underställd kommunerna. Den offentliga sjukvården tillhandahåller läkartjänster och kommunerna tillhandahåller sjukskötare. En intressekonflikt i form av hur monetära medel borde fördelas för att bäst producera adekvat vård för äldre kan uppstå då sjukvården och kommunerna har divergerande uppfattning om hur budgeterade medel ska användas. Fokus riskerar att flyttas från patientens behov till ambitionen att uppfylla budgetramarnas premisser. Den kommunalt anställda sjukskötaren har inte samma yrkesutövande utrymme som sjukskötaren anställd av ÅHS innehar. ÅHSL anger att sjukvården ska samarbeta med socialvården men motsvarande förbindelse finns inte i lag från socialvårdens sida. Krav på patientcentrerad vård- och rehabiliteringsplan ökar under dessa premisser. Tillsynsmyndigheten kan inte utesluta att en riskanalys kunde tillföra ytterligare objektivitet i huruvida äldre i behov av långtidsvård bäst skulle gagnas av landskapet eller kommunal socialvård som huvudman. I enlighet med vårdgarantin erhåller äldre boende på institution läkartjänster från primärvården. Sedvanligt remissförfarande till specialsjukvården bedrivs som för alla andra innevånare i landskapet men en äldre människas allmänna mående påverkas fortare än en yngre människas trots att diagnosen kan vara den samma. Eventuellt kunde det ses som adekvat att utarbeta speciella vårdkedjor med snabbare tidsförlopp för denna patientgrupp. ÅHS har överfört långvården med dess sjukvård till kommunerna. Ett samverkansavtal kunde förslagsvis upprättas

över på vilken nivå sjukvården bedrivs och om specialvården för den äldre institutionspatienten fortsättningsvis bedrivs enligt vårdgarantin eller enligt ÅHS praxis i samtalsforum på läkarmöten.

ÅHS har före tillsynen påbörjat utredningen hur vård lagenligt garanteras äldre vid de institutioner som finns i landskapet under projekt ”Vård av äldre utanför ÅHS”.

Förslag på utvecklingsåtgärder från myndigheten:

- en plan för habilitering och handledning som syftar till att stärka patientens inflytande på sin vård och hälsostärkande egenvård under väntetiden.
- att under samarbete mellan sjukvård och socialvård utarbeta personcentrerad vårdplan för äldre boende på institutionerna.
- Se över möjligheten att utarbeta vårdkedjor med snabbare tidsförlopp för äldre boende på institution.

## **VI. ÅHSL 40 § Arbete för psykisk hälsa**

Ålands hälso- och sjukvård ska ordna sådant arbete för psykisk hälsa som behövs för att främja hälsan och välfärden för invånarna i landskapet. Med arbete för psykisk hälsa avses att undersöka och behandla samt ge medicinsk rehabilitering i samband med psykiska symptom och sjukdomar. Det arbete för psykisk hälsa som utförs av Ålands hälso- och sjukvård ska planeras och genomföras så att det bildar en funktionell helhet tillsammans med den kommunala socialvården.

***För att uppfylla de krav som ställs ska:***

1. ÅHS ska ordna sådant arbete för psykisk hälsa som behövs för att främja hälsan och välfärden för invånarna i landskapet.
2. Arbete för psykisk hälsa avser att undersöka och behandla psykiska symptom.
3. Arbete för psykisk hälsa avser att undersöka och behandla psykiska sjukdomar.
4. Arbete för psykisk hälsa avser att ge medicinsk rehabilitering i samband med psykiska symptom.
5. Arbete för psykisk hälsa avser att ge medicinsk rehabilitering i samband med psykisk sjukdom.
6. ÅHS planerar och genomför arbete för psykiska hälsa genom att bilda en funktionell helhet med den kommunala socialvården.



### Frågor till ÅHSL 40 § Arbete för psykisk hälsa:

1. Vilka styrkor har ÅHS i samarbetet med interna och externa enheter/ aktörer att bilda en funktionell helhet i enlighet med bestämmelserna för vårdgarantin för att främja psykisk hälsa?
2. Vilka svagheter har ÅHS i samarbetet interna och externa enheter/ aktörer att bilda en funktionell helhet i enlighet med bestämmelserna för vårdgarantin för att främja psykisk hälsa?
3. Vilka utvecklingsmöjligheter har ÅHS i samarbetet interna och externa enheter/ aktörer att bilda en funktionell helhet i enlighet med bestämmelserna för vårdgarantin för att främja psykisk hälsa?
4. Vilka utmaningar har ÅHS i samarbetet interna och externa enheter/ aktörer att bilda en funktionell helhet i enlighet med bestämmelserna för vårdgarantin för att främja psykisk hälsa?

### Svar till ÅHSL 40 §: Arbete för psykisk hälsa

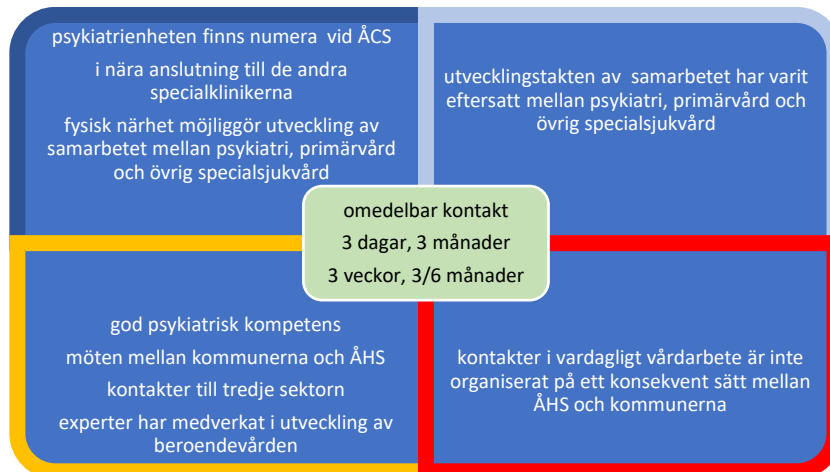
1. Flytten av Grelsby sjukhus till Mariehamn på ÅHS tomt har skapat utomordentliga möjligheter att bilda en funktionell helhet för att främja psykiska hälsa. Tillgången till tjänster har blivit bättre och det finns alltid tjänster av andra specialiteter nära till hands.
2. Fastän det finns goda fysiska omständigheter, finns det mycket att göra i att utveckla samarbete mellan psykiatri, primärvård och andra specialiteter inom sjukvården.
3. Det finns goda kompetenser på psykiatri och den akuta läkarbristen har lindrats nyligen. Det finns utvecklingsmöjligheter, men man måste hitta en bra arbetsfördelning med primärvården, andra kliniker, kommuner samt den tredje sektorn på Åland. ÅHS har påbörjat kommunmöten och ÅHS har använt erfarenhetsexperter i början av arbetet gällande beroendevården.
4. Utmaningarna beror till exempel på att naturliga kontakter mellan kommuner och ÅHS i det vardagliga vårdarbetet inte är organiserade på ett konsekvent sätt.

#### Möte med ÅHS 13.11.2019:

Det finns patienter som hamnat i olika köer till psykiatrin eftersom det finns olika vägar/ vårdkedjorna för att erhålla psykiatrisk vård.

I dagens läge dominerar traditionell remissbaserad psykiatrisk vård. Det finns önskan att omskapa psykiatrivården under ett helt nytt koncept enligt modell från Nyland. En lågröskelmottagning i primärpsykiatri där rehabilitering och specialpsykiatrisk vård samarbetar utgående från patientens behov.

## Matris och analys



Psykisk hälsa omfattar både psykiska symptom och psykiatriska sjukdomar. Området är stort och kan indelas i många undergrupper. En bidragande faktor till mångfalden är patientgruppens storlek som omfattar alla livets åldrar. I det åländska samhället återfinns vårdaktörer i sjukvården, i kommunerna och i den tredje sektorn. Vårdaktörerna har yrkeskompetens med flertalet mångprofessionella infallsvinklar för att hjälpa patienten och främja psykisk hälsa. Olika faktorer exempelvis genetiska, sociala eller sekundära kan ligga till grund för psykisk ohälsa. Det finns en önskan att samordna aktörernas insatser för främjandet av psykisk hälsa och ÅHS har påbörjat processen med kommunmöten för att åstadkomma en organiserad arbetslinje med enhetliga metoder för kontakt och remittering. Som ett led i utvecklingsprocessen önskar ÅHS även förbättra kontakten till tredje sektorn. Vården av patienter med beroendeproblematik är kommunernas ansvar men det finns ambition från ÅHS att utveckla samarbetet och därför har experter med erfarenhet av denna problematik anlåtats. Det finns en uppfattning om att arbetet för psykisk hälsa har gått för långsamt men sammantaget kan konstateras att utvecklingen inom psykiatriområdet har framskridit väl. Flytten av psykiatriska kliniken från Grelsby till sjukhusområdet kan ses som starten till utvecklingen. Inom barn- och ungdomspsykiatri har flera moderna satsningar påbörjats och genomförts exempelvis lågtröskelmottagning till Treat-enheten för ungdomar. Det finns god och varierande kompetens i psykiatri och efter en tids läkarbrist inom området har ÅHS under hösten 2020 lyckats med nyrekrytering av special-läkare inom psykiatri. Flytten till sjukhusområdet har även främjat samarbetet med primärvården och hälsocentralen har startat upp mottagningar för främjande av psykisk hälsa. En brist är dock att kommunerna ålagts ansvaret för psykiatriska vården. Detta ansvar tillskrevs institutionerna efter flytten av psykiatri. Vid Grelsby sjukhus fanns en

psykogeriatrisk avdelning för åldrande patienter med psykiatrisk sjukdom eller med symptom på psykisk ohälsa. Denna avdelning avskaffades i flytten och patienterna överfördes till kommunala institutionsvården. Olyckligtvis var överföringen inte väl igenomtänkt och institutionerna saknar än idag adekvata resurser i psykiatriskt kunnig personal och fysiska specialboendemöjligheter. En patient med avvikande beteende uppfattas som skrämmande för andra och med deras närvaro kan personer med demenssjukdom känna stor otrygghet och oro. Den geriatriska patientens rätt till psykiatrisk vård bör dock diskuteras mer ingående och samverka mellan psykiatrin och institutionerna bör utvecklas så att lägre tröskel till psykiatrisk vård möjliggörs för denna patientgrupp. Tillsynsmyndigheten kan konstatera att målmedvetet och långsiktigt arbete börjar ge synliga resultat och utvecklingsviljan främjar även psykiatrins möjligheter att lagenligt uppfylla tidsangivelserna i vårdgarantin.

Tillsynen har inspirerat ÅHS till följande förslag på utvecklingsåtgärd:

- Psykiatriutredningens implementation av en lågtröskelmottagning där patienten får snabb tillgång till terapi kan förkorta vårdkö

## **VII. Patientlagen 4 § Intagning för vård**

Patienten ska meddelas en tidpunkt när han eller hon får vård. Om tidpunkten ändras, ska patienten omedelbart meddelas en ny tidpunkt och orsaken till ändringen.

***För att uppfylla de krav som ställs ska:***

1. Patientens ska meddelas tidpunkt för erhållandet av vård.
2. Om ÅHS ändrar den meddelade tidpunkten för vård ska patienten omedelbart meddelas en ny tidpunkt.
3. Om ÅHS ändrar den meddelade tidpunkten för vård ska patienten upplysas om orsaken till ändringen.

**Frågor till Patientlagen 4 § Intagning för vård:**

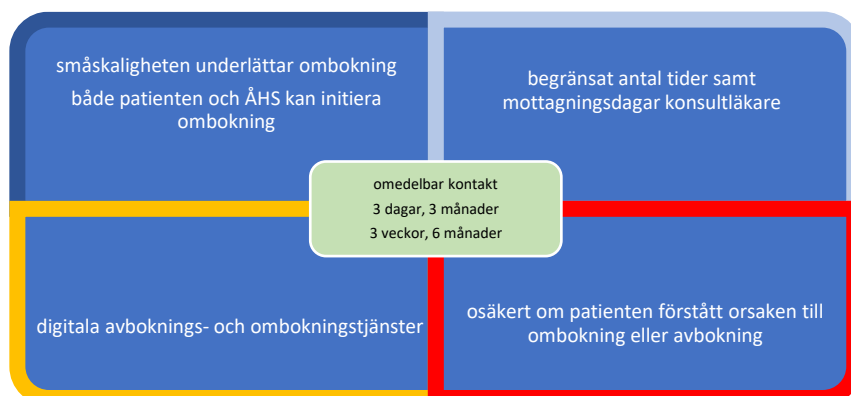
1. Vilka styrkor har ÅHS i dagens läge för att erbjuda patienten tid inom såväl primärvården som specialsjukvården, erhålla ombokad tid samt upplysas om orsaken till ombokningen utan att äventyra vårdgarantins bestämmelser?
2. Vilka svagheter har ÅHS i dagens läge för att erbjuda patienten tid inom såväl primärvården som specialsjukvården, erhålla ombokad tid samt upplysas om orsaken till ombokningen utan att äventyra vårdgarantins bestämmelser?

3. Vilka möjligheter till utveckling har ÅHS i dagens läge för att erbjuda patienten tid inom såväl primärvården som specialsjukvården, erhålla ombokad tid samt upplysas om orsaken till ombokningen utan att äventyra vårdgarantins bestämmelser?
4. Vilka utmaningar har ÅHS i dagens läge för att erbjuda patienten tid inom såväl primärvården som specialsjukvården, erhålla ombokad tid samt upplysas om orsaken till ombokningen utan att äventyra vårdgarantins bestämmelser?

### Svar till Patientlagen 4 §: Intagning för vård

1. Ombokningen kan ske antingen på grund av patientens vilja eller på grund av ÅHS. Den små skalan underlättar att nya tider kan bokas smidigt och informering av orsaken enligt lagen sker mestadels bra.
2. Om man måste avboka och söka efter en ny tid är Ålands svaghet, att resurserna är sårbara angående special områden. Det kan finnas ytterst få tillgängliga tider, då en specialistkonsult kan besöka ÅHS endast på några bestämda dagarna.
3. Digitala tjänster där avbokningen och ombokningen skulle ske mobilt borde ge möjligheter att förbättra servicen.
4. Det är inte alltid lätt bekräfta, att patienten har förstått avbokningen eller orsaken till denna.

### Matris och analys



ÅHS har jämförelsevis med fastlandet ett relativt litet upptagningsområde vilket underlättar möjligheten att omboka vårdbesök inklusive läkarbesök till klinikernas mottagningar. Ett undantag utgör konsultmottagningarna där läkarresurser finns endast bestämda dagar några gånger per år. Mottagningen skickar till den remitterade patienten en tid på basen av specialistläkarens bedömning av remissen. Ibland behöver tiden ombokas antingen av patienten eller av mottagningen. Mottagningar med personal anställd vid ÅHS kan smidigare

erbjuda en ny tid än konsultläkarmottagningarna. De flesta patienter accepterar en välmotiverad ombokning. Tillsynsmyndigheten bedömer att ÅHS försöker uppfylla bestämmelserna i patientlagen 4 § men i enstaka fall kan det vara svårt att bekräfta att patienten förstått orsaken till ombokningen därför är det viktigt att meddela ombokning både muntligt och skriftligt. För att uppfylla tidsbestämmelserna i vårdgarantin är det önskvärt att konsultmottagningarna så snart som möjligt vid oförutsett förhinder kan erbjuda patienterna en ny mottagningsdag så att avbokning inte påverkar väntetiden mer än nödvändigt. I sitt svar uppger inte ÅHS praxis för ombokning vid konsultmottagningarna men upplever det som en svaghet. Den digitala utvecklingen kan med rätt teknik möjliggöra lösningar för patienten att själv omboka eller avboka sin mottagningsdag. Det har ovan nämnts att sådan självservice finns att tillgå på ÅHS hemsida för provtagning vid laboratoriet samt för vissa röntgenundersökningar och cellprovtagningar.

### **VIII. Patientlagen 6 § Patientens självbestämmanderätt**

Vården och behandlingen ska ges i samförstånd med patienten. Om patienten vägrar ta emot en viss vård eller behandling ska den i mån av möjlighet och i samförstånd med honom eller henne ges på något annat sätt som är godtagbart från medicinsk synpunkt.

***För att uppfylla de krav som ställs ska:***

1. Vården och behandlingen ges i samförstånd med patienten.
2. Vård ges om möjligt på annat medicinskt godtagbart sätt i samförstånd med patienten ifall patienten vägrar att ta emot vård eller behandling.

**Frågor till Patientlagen 6 § Patientens självbestämmanderätt:**

1. I vilken grad beaktar ÅHS patientens rätt till samförstånd i vård/ behandling samt möjlighet att vägra och därmed erhålla alternativ vård/ behandling i verksamhetens strävan att uppfylla bestämmelserna om vårdgarantin?
2. Vilka svårigheter har ÅHS i dagens läge att beakta patientens rätt till samförstånd i vård/ behandling samt möjlighet att vägra och därmed erhålla alternativ vård/ behandling i verksamhetens strävan att uppfylla bestämmelserna om vårdgarantin?
3. Vilka möjligheter har ÅHS i dagens läge att beakta patientens rätt till samförstånd i vård/ behandling samt möjlighet att vägra och därmed erhålla alternativ vård/ behandling i verksamhetens strävan att uppfylla bestämmelserna om vårdgarantin?

4. Vilka utmaningar har ÅHS i dagens läge att beakta patientens rätt till samförstånd i vård/ behandling samt möjlighet att vägra och därmed erhålla alternativ vård/ behandling i verksamhetens strävan att uppfylla bestämmelserna om vårdgarantin?

#### Svar till Patientlagen 6 §: Patientens självbestämmanderätt

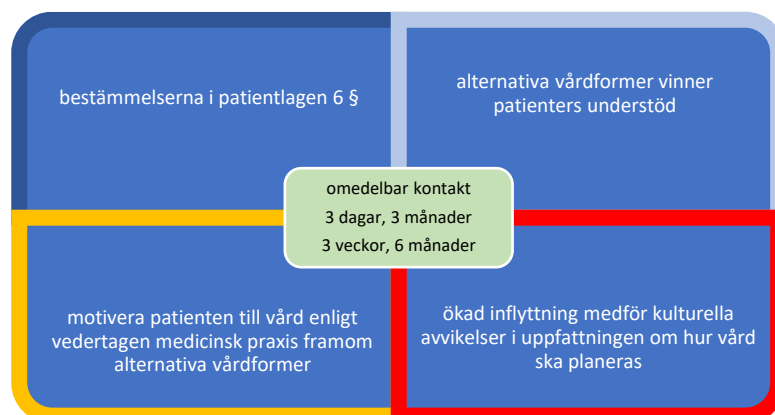
1. ÅHS måste lyda lagen 785/1992 6§.
2. Samförståndet kan försvåras på grund av språk- eller kulturskillnader. Även några nya alternativa vårdformer har vunnit understöd bland medborgare och behöver noggrann diskussion så att 6 §:s bestämmelser kan följas.
3. Mestadels har ÅHS bra möjligheter att respektera patientens självbestämmanderätt.
4. På Åland ska variationen av kulturer öka sig p.g.a. inflyttning. Det blir svårare att övertyga patienter om fördelar av den planerade vården.

#### Möte II med ÅHS 13.11.2019:

ÅHS skulle kunna utarbeta en manual för att förbättra beredskapen att bemöta patienter från andra kulturer och med andra religionsåskådningar.

I dagens läge finns bild-stöd och tolkningstjänst via telefonkontakt, telefontolk.

#### Matris och analys



Bestämmelserna i patientlagen och bestämmelserna om vårdgarantin tryggar patienten lagstadgad vård. Beslut om vården och behandlingen fattas i samråd med patienten. Avsikten med stadgandet är att i enlighet med självbestämmandeprincipen göra patientens samtycke till en förutsättning för tillåten vård och behandling. Incitamentet att söka vård fattas av patienten och kan i sig ses som ett muntligt eller tyst samtycke i att inleda vårdåtgärder. Ett skriftligt

Samtycke har av tradition inte ansetts nödvändigt men kunde diskuteras eftersom alternativa vårdformer börjar vinna stöd exempelvis inom förlossningsvården. Patientlagen föreskriver dock vård av medicinskt godtagbara sätt vilket innebär att upprätthållande och trygghet av liv i risksituationer går före patientens uppfattning om hur vården ska ges. Godtagbara sätt är föreskrivna enligt västerländsk medicinsk praxis. Vården kan inspireras av alternativa vårdmetoder men inte styras av dem eftersom alternativa vårdmetoder inte är lagstadgade. Det är viktigt att vården motiverar patienten till trygga och evidensbaserade vårdåtgärder så att vårdgarantins tidsbestämmelser inte äventyras av längden på vårdkän. Remisser som inte har patientens samtycke till fullo och inte har diskuterats tillräckligt med patienten kan förlänga andra patienters kötid. Om patienten ställer sig tveksam till remittering bör remittenten erbjuda uppföljningstid för att grundligare motivera patienten till vård utgående från de möjligheter som finns och de alternativ som patientens hälsotillstånd kräver. Inflyttning innebär i sig en utmaning för vården då andra kulturella uppfattningar och trosövertygelser kan påverka patientens uppfattning om hur vård ska ges. ÅHS använder sig i dagens läge av tolktjänster via telefon eller av direkttolk om sådan finns tillgänglig. Dagens digitala utbud på servicetjänster kunde tillåta tolken att vara närvarande via skärm vilket kan anses viktigt då kommunikation inte enbart är ord utan även kroppsspråk, gester och miner.

Tillsynen har inspirerat ÅHS till följande förslag på utvecklingsåtgärd:

- Personalutbildning i språk- och kulturskillnader
- Personalinformation om alternativa vårdmetoder

### **IX. Patientlagen 7 § *Minderåriga patienters ställning***

En minderårig patients åsikter om en vård- eller behandlingsåtgärd skall utredas, om det med beaktande av patientens ålder eller utveckling är möjligt. Vården av en minderårig patient skall ske i samförstånd med patienten, om han eller hon med beaktande av ålder eller utveckling kan fatta beslut om vården.

***För att uppfylla de krav som ställts ska:***

1. En minderårig patients åsikter om vård- eller behandlingsåtgärd skall utredas.
2. Åsikten om vård- eller behandlingsåtgärd ska utredas med beaktande av patientens ålder och utveckling.
3. Vården av en minderårig patient ska ske i samförstånd med patienten.
4. Vården av en minderårig patient ska ske med beaktande av ålder och utveckling om han eller hon kan fatta om beslut av vården.

### **Frågor till Patientlagen 7 § Minderåriga patienters ställning:**

1. I vilken grad beaktar ÅHS den minderåriga patientens rätt till samförstånd i vård/ behandling samt möjlighet att vägra och därmed erhålla alternativ vård/ behandling i verksamhetens strävan att uppfylla bestämmelserna om vårdgarantin?
2. Vilka svårigheter har ÅHS i dagens läge att beakta den minderåriga patientens rätt till samförstånd i vård/ behandling samt möjlighet att vägra och därmed erhålla alternativ vård/ behandling i verksamhetens strävan att uppfylla bestämmelserna om vårdgarantin?
3. Vilka möjligheter har ÅHS i dagens läge att beakta den minderåriga patientens rätt till samförstånd i vård/ behandling samt möjlighet att vägra och därmed erhålla alternativ vård/ behandling i verksamhetens strävan att uppfylla bestämmelserna om vårdgarantin?
4. Vilka utmaningar har ÅHS i dagens läge att beakta den minderåriga patientens rätt till samförstånd i vård/ behandling samt möjlighet att vägra och därmed erhålla alternativ vård/ behandling i verksamhetens strävan att uppfylla bestämmelserna om vårdgarantin?

### **Svar till Patientlagen 7 §: Minderåriga patienters ställning**

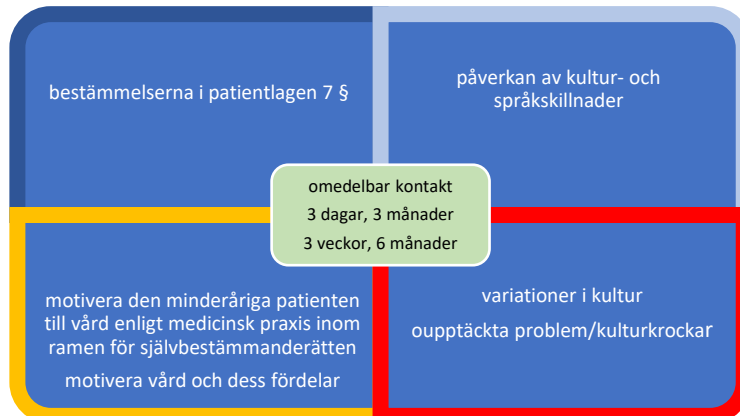
1. ÅHS måste lyda lagen 785/1992 7§.
2. Kultur- och språkskillnader påverkar även här, och ofta även i större utsträckning.
3. Mestadels har ÅHS bra möjligheter att respektera patientens självbestämmanderätt.
4. På Åland ska variationen av kulturer öka sig p.g.a. inflyttning. Det blir svårare att övertyga patienter om fördelar av vården. Då det gäller minderåriga, kan svårigheter växa upp i framtiden.

#### **Möte II med ÅHS 13.11.2019:**

ÅHS kunde erbjuda personalen en utbildning i den minderåriga patientens ställning. Språk- och kulturskillnader utgör en utmaning.



## Matris och analys



Lagstiftningen innehåller inte några allmänna stadganden om hur beslut som gäller vård av patienter under 18 år skall fattas men patientlagen föreskriver att åsikten om vård- eller behandlingsåtgärd ska utredas med beaktande av patientens ålder och utveckling. Enligt patientlagens förarbete (RP 185/1991, s. 18) har annan lagstiftning iakttagits i ärenden som berör självbestämmanderätten exempelvis lagen angående vårdnad om barn och umgängesrätt (FFS 361/1983), barnskyddslagen (FFS 683/1983) samt föreskrifterna i FN:s barnkonvention artikel 12. Genom specialstadganden har barn skyddats när det gäller donation av organ och vävnader och mentalvårdslagen ger den som fyllt 12 år självständig rätt att söka ändring i beslut om att han eller hon ska tas in för vård. Det har konstaterats att barn som fyllt 12 år i praktiken nästan alltid kan anses vara så mogna att man måste ställa sig allvarligt till deras motstånd. Samtycke till vård ska fattas i samråd med vårdnadshavaren/-havarna och kräver, med undantag i akutavgöranden om barnets liv är i fara, båda föräldrarnas samtycke. Avgörandet av en minderårig patients förmåga att själv bestämma om sin vård blir i praktiken beroende av läkarens eller den övriga yrkesutbildade hälso- och sjukvårdspersonalens bedömning Kultur- och trosfrågor kan ge upphov till meningsskillnad men får inte äventyra den unga patientens rätt till vård. Det är svårt att fullständigt förutse vad eventuella kulturkrockar kan innebära för den unga patienten senare i hans eller hennes liv. Ett sätt att förebygga repressalier kunde vara att genom utbildning stärka vårdpersonalens kunskap i kulturella frågor och vad som bör beaktas i vårdgivandet. I likhet med vuxna patienter är det även för denna patientgrupp viktigt att förklara och motivera vårdalternativen för att undvika onödig kösituation.

Tillsynen har inspirerat ÅHS till följande utvecklingsåtgärd:

- Personalutbildning i den minderåriga patientens ställning

**Det bör uppmärksammas av vårdgivaren att Patientlagen 6 och 7 §§ innehåller bestämmelser om hur vårdgivaren skall förfara i samråd med anhörig om patienten inte kan fatta beslut om sin vård eller behandling.**

1. Till vilken grad beaktar ÅHS i dagens läge bestämmelserna i ÅHSL 20 § och anhörigas möjlighet att vara delaktiga i vård/ behandling av patient som inte själv kan ta beslut/ godkänna föreslagen vård eller behandling på grund av fysisk eller mentalt sjukdomstillstånd/ ålderssvaghet?
2. Vilka svårigheter har ÅHS i dagens läge att beakta anhörigas möjlighet att vara delaktiga i vård/ behandling av patient som inte själv kan ta beslut/ godkänna föreslagen vård eller behandling på grund av fysisk eller mentalt sjukdomstillstånd/ ålderssvaghet?
3. Vilka möjligheter finns för ÅHS i dagens läge att beakta anhörigas möjlighet att vara delaktiga i vård/ behandling av patient som inte själv kan ta beslut/ godkänna föreslagen vård eller behandling på grund av fysisk eller mentalt sjukdomstillstånd/ ålderssvaghet?
4. Vilka hinder finns för ÅHS i dagens läge att beakta anhörigas möjlighet att vara delaktiga i vård/ behandling av patient som inte själv kan ta beslut/ godkänna föreslagen vård eller behandling på grund av fysisk eller mentalt sjukdomstillstånd/ ålderssvaghet?
5. Till vilken grad beaktar ÅHS i dagens läge bestämmelserna i ÅHSL 20 § och anhörigas möjlighet att vara delaktiga i vård/ behandling av minderårig patient under respektive över 12 år?
6. Vilka svårigheter har ÅHS i dagens läge att beakta anhörigas till minderåriga, under respektive över 12 år, möjlighet att vara delaktiga i vård/ behandling?
7. Vilka möjligheter har ÅHS i dagens läge att utveckla beaktandet av anhörigas till minderåriga, under respektive över 12 år, möjlighet att vara delaktiga i vård/ behandling?
8. Vilka utmaningar har ÅHS i dagens läge att utveckla beaktandet av anhörigas till minderåriga, under respektive över 12 år, möjlighet att vara delaktiga i vård/ behandling?

**ÅHS svar om möjligheten för anhöriga att vara delaktiga i vården:**

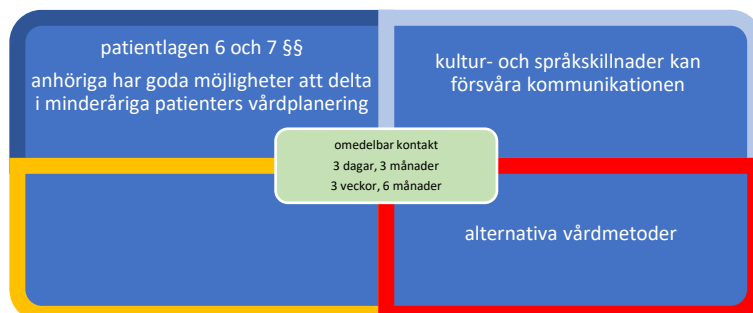
1. Bestämmandet av behandlingstider är inte beroende på, om patienten inte kan ta beslut eller godkänna föreslagen vård eller behandling. Vården planeras enligt 785/1992 §§ 6 och 7.
2. Kultur- och språkskillnader kan försvåra kommunikation.
3. Det finns i genomsnitt tillräcklig tid med anhöriga för att kraven i 785/1992 §§ 6 och 7 kan uppfyllas.
4. Vi identifierar inte sådana hinder.

5. Vi anser att de anhörigas möjligheter att vara delaktiga i vård/behandling av minderåriga patienter är goda.
6. Kultur- och språkskillnader kan försvåra kommunikation.
7. Möjligheterna är tämligen goda, men tolktjänster på ÅHS kan bli en kritisk resurs.
8. Utmaningar är beroende på alternativa vårdmetoder som man antar utanför skolmedicin. I samband med förlossningar har det redan förekommit några enstaka knepiga fall.

#### Möte II med ÅHS 13.11.2019:

De alternativa vårdmetoderna och patienternas önskemål utmanar personalen främst inom obstetrik. De blivande föräldrarna har egen uppfattning om hur de vill att förlossningen skall ske. Denna punkt hann inte diskuteras tillräckligt under mötet varför svaret inte kunde korrigeras i riktning till anhörigas möjlighet att vara delaktiga, vilket var innebörden i frågeställningen.

#### Matris och analys



Både patientlagen 6 och 7 §§ föreskriver anhörigas rätt att frågas i vårdfrågor ifall patienten inte själv kan fatta beslut om vården på grund av mental ohälsa, psykisk utvecklingsstörning, långvarig medvetlöshet, ålderssvaghet eller patienten har inte uppnått myndighetsålder 18 år. Enligt patientlagens förarbete (RP 185/1991, s. 18) ska patienten vårdas på ett sätt som kan anses vara förenligt med hans eller hennes bästa, vilket betyder att anhörigas medverkan är viktig vid vårdplaneringen om patienten själv på grund av någon av ovan nämnda orsaker inte själv kan ta ställning till riskfaktorer eller tillgängliga vårdalternativ.

Myndigheten har noterat att de flesta mottagningarna har besökstid på kontorstid vilket kan försvåra anhörigas möjlighet att delta som stöd vid besöket.

Arbetsgivaren tillåter inte dylik närvaro på arbetstid vilket kan medföra olägenheter för den anhöriga som kan tvingas att senarelägga patientens mottagningstid ifall ledighet inte beviljas. Ett läkarbesök kan för anhörig medföra förlorad inkomst, semesterdag eller övertidsarbete. ÅHS kunde förslagsvis utvärdera om mottagning vardag under kontorstid medför oskälig belastning för

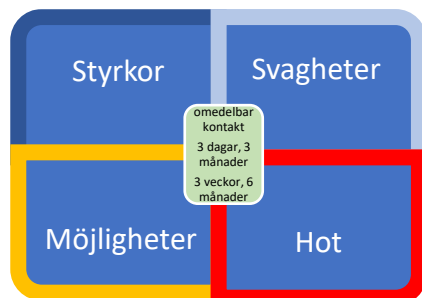
anhöriga och om delar av poliklinikmottagningen kunde utövas på kvällstid för att säkerställa möjlighet för anhöriga att delta som stöd vid besöket. Verksamheten kunde vinna på detta då färre tider behöver ombokas och vårdkön hålls mer intakt vilket även ökar möjligheten att uppfylla tidsangivelserna i vårdgarantin.

Myndighetens förslag:

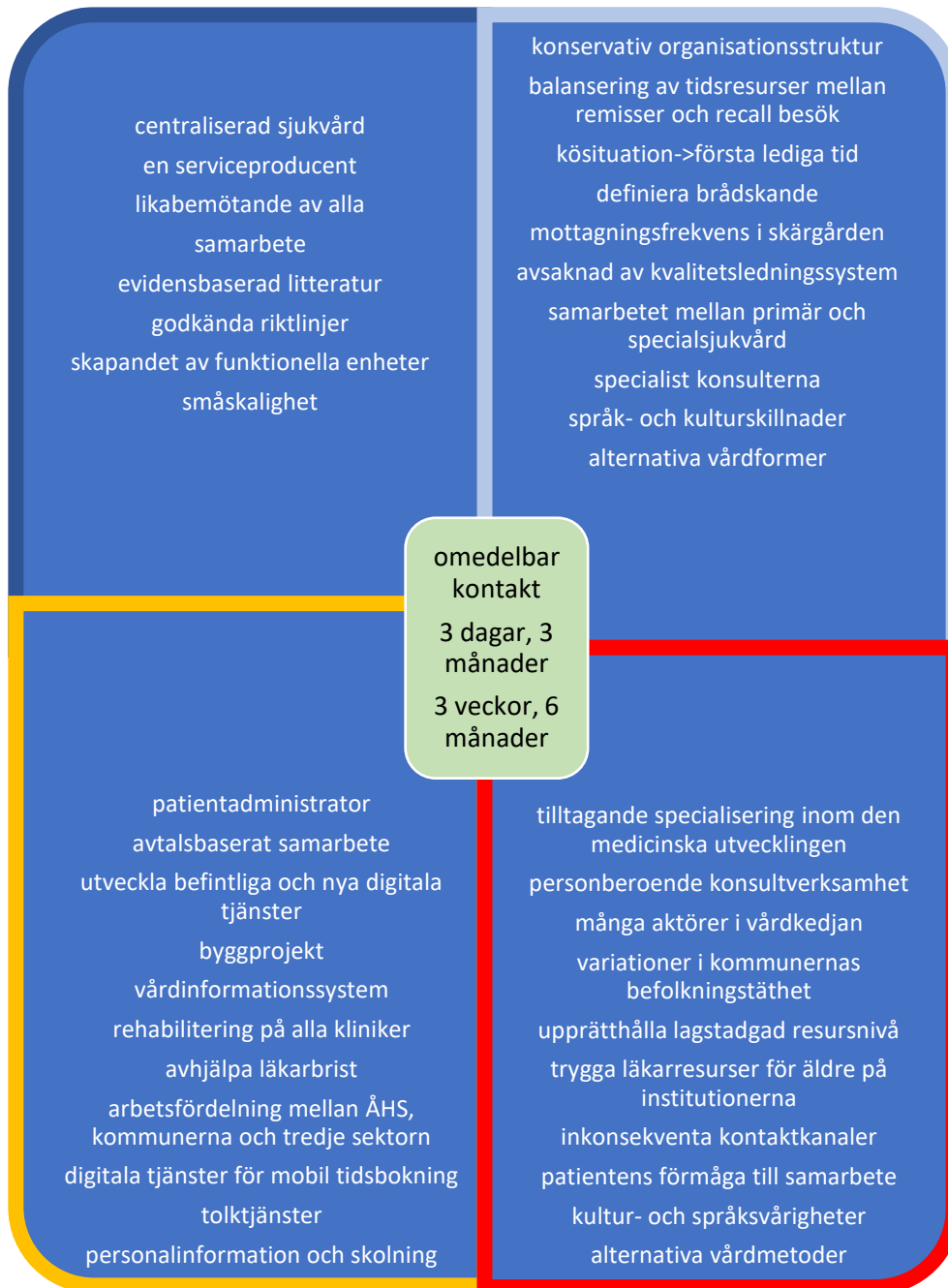
- Poliklinikverksamhet på sen eftermiddag eller kvällstid

### Sammanfattande analys – vårdgarantins kausalitet till andra lagar

Inom verksamheter där samarbete av olika slag förekommer är det vanligt att göra en SWOT-analys. SWOT är en sammanslagning av de engelska orden strengths (styrkor), weaknesses (svagheter), opportunities (möjligheter) och threats (hot). Svaret på tillsynsfrågorna har grupperats i en matris med tidsbestämmelserna i vårdgarantin som genomgående kärna.



Till styrkor hör det som verksamheten gör bra. Det kan röra sig om såväl materiella som immateriella faktorer. Till svagheter hör det som kan förbättras. Det kan vara både utmaningar som finns i organisationen eller resursmässiga begränsningar. Möjligheter handlar om det som verksamheten redan gör bra men vill förbättra, optimera det som är sämre och att finna nya potentiella idéer om samarbete, projekt eller andra förbättringar som skapar utveckling för verksamheten. Hot kan ses som utmaningar som verksamheten kan påverka men det kan också vara externa faktorer som verksamheten inte kan påverka. Genom tydligt ledarskap och samarbete kan verksamheten konvertera svagheter och hot till utvecklingsområden. Konverteringen tillför en positiv dimension till hur en svaghet kan bearbetas till en möjlighet eller hur framförhållning och identifiering av en extern faktor genom riskanalys kan vändas till styrka efter att verksamheten utarbetat verktyg för att bemöta hotet. Desto bättre verksamheten känner sina svagheter och hot ju lättare har verksamheten att bemöta faktorerna och vända dem till något positivt som en möjlighet eller en styrka. Tillsynsmyndigheten har utgående från ÅHS svar sammanfattat en matris över det styrkor, svagheter, möjligheter och hot som kan påverka verksamhetens olika arbets sätt i förhållningen till bestämmelserna i vårdgarantin.



Patientens hälsoparametrar står i fokus i all vård således bör alla vårdstrukturer och vårdprocesser i slutändan ha som primärt syfte att direkt eller indirekt främja hälsa och lindra lidande. Samarbete är nyckelordet i all verksamhetsutövning. Ur den sammanfattande matrisen kan utläsas att samarbete eller brist på samarbete är en löpande faktor i alla fyra SWOT fält. Samarbete ses som en styrka då ÅHS

som organisation är relativt liten jämfört med sjukvårdsorganisationerna i fasta Finland. En serviceproducent där alla kliniker följer samma riktlinjer för vård ökar möjligheten samarbete genom ett vårdinformationssystem som anger patientens pågående vårdkontakter kunde positivt främja kösituationen och korta vårdköerna. Dubbelremitteringar och remisser som överlappar varandra hindrar flödet i vårdköerna och kan ge upphov till längre väntetider än nödvändigt. En modern sjukvårdsorganisation kännetecknas av verbalt samarbete i form av lågröskelmottagningar mellan primärvård och specialsjukvård samt mindre konservativa gränser mellan specialvårdsklinikerna. Samarbetet mellan sjukvård, kommuner och tredje sektorn ses nu hotas av inkonsekventa kontaktkanaler. Att utarbeta en riktgivande kontaktprocess kunde underlätta samarbetet och sätta fokus på patientcentrerad vård. Tidsangivelserna i vårdgarantin anger den maximala tiden en patient ska behöva vänta på att få vårdbehovet bedömt och på att erhålla egentlig vård. Genom samarbete och väl utarbetade vårdkedjor samt vårdprocesser kunde ÅHS småskalighet och jämförelsevis ringa upptagningsområde utnyttjas att reducera väntetiderna så att maximal väntetid endast nyttjas i enstaka situationer där verksamheten inte kan rå över oförutsedda faktorer exempelvis tillgång till specialistläkare vid konsultmottagningarna. Kulturskillnader och språksvårigheter kan ses som ett hot men också en utmaning. Intern personalutbildning och samarbete med tolkservice är led i utvecklingen för att erbjuda patienten delaktighet och god vårdservice så att väntetiden inte äventyras eller onödigt fördröjs. Samarbete mellan ÅHS och kommunerna kunde tryggas genom välutarbetade samverkansavtal utarbetade i dialogprojekt där bägge parter lyfter faktorer som kan påverka möjligheterna till hur vårdande vård och medicinsk vård utövas i respektive kontext så att bestämmelserna i vårdgarantin tryggas utgående från patientens hälsoparametrar och funktionsförmåga.

Bestämmelserna i vårdgarantin och de övriga utvalda lagparagraferna har ett tydligt patientcentrerat fokus. ÅHS har en ambition att erbjuda vård där patienten står i fokus. ÅMHHM har tagit del av ÅHS svar genom diskussionsmöten och skriftligt svar samt följt kösituationen under 2019 på ÅHS hemsida. ÅHS identifierat utvecklingsområden vilka framkommer i svart text i sammanställningen av lagparagraferna som kort sammanfattats i blå text i följande bild.

Analysen avslutas med en kort sammanfattning av ÅMHHM utvecklingsförslag samt av ÅMHHM implikationer för framtiden.

## Tillsynen har inspirerat ÅHS till dessa utvecklingsförslag (i ruta svart text)

### ÅHSL 1 § 2 mom. punkt 3 och 5

Alla invånare ska ha tillgång till och få ta del av samma vård. Patienten i centrum, har information och möjlighet att påverka sin vårdkedja.  
**Digitala och mobila tjänster för jämställdhet**

### ÅHSL 15 §

Patientsäkerhet genom riskanalys och utvecklande av vårdprocesser och strukturer. Systematisk kontroll. Människans värdighet och likvärdighet.  
**Kvalitetsledningssystem**

### ÅHSL 37 §

HSV uppgifter, ändamålsenlighet, samarbete, vård- och rehabiliteringsplan enligt god vårdpraxis. Institutionerna för äldre betonas.  
**Vården för äldre boende på institution**

### ÅHSL 40 §

Undersöka och behandla psykiska och/eller psykiatriska symptom genom funktionellt samarbete mellan ÅHS och kommunal socialvård.  
**Psykiatriutredningens implementering**

### ÅHSL 20 §

Omedelbar kontakt. Primärvård; bedömning inom 3 dagar, vårtid inom 3 månader. Specialsjukvård; bedömning inom tre veckor, vårtid inom sex månader. Till psykiatri ska patient till och med 23 års ålder erbjudas tid inom tre månader. Vid behov ordna vård genom köpta tjänster.

### ÅHSL 21 §

Vårdköns situation offentliggörs minst 2 gånger per år.

**Monitorering av arbetsprocesser, främst remisser**  
**Utveckla organisationen av patientvården mellan klinikerna**  
**Förtydliga information om kötider på hemsidan.**

### PL 4 §

Tidpunkt för vård och om den ändras ska patienten meddelas orsaken samt erhålla ny tid för vård.

### PL 6 §

Beslut om vården och behandlingen ska fattas i muntligt eller skriftligt samråd med patienten.

**Utbildning i språk- och kulturskillnader**

### PL 7 §

Vården av en minderårig patient ska ske i samförstånd. En 12 åring har partiell rätt att vara delaktig i sin vård.

**Utbildning i den minderåriga patientens ställning**

### PL 6 och 7 §§

Beslut om vården och behandlingen fattas i samråd med anhörig om patienten av någon orsak inte kan fatta beslutet själv.

**Personalinformation i alternativa vårdmetoder**

**ÅHSL 15 §. Förslag på utvecklingsåtgärd från tillsynsmyndigheten:**

- En riskanalys på hur väntetiden kan påverka patientens hälsotillstånd.
- En vårdprocess med fokus på habiliterande självvårdprogram under väntetiden utarbetas tillsammans med patienten utgående från individuella hälsoparametrar. Vårdaktör är antingen den remitterande enheten eller den remissmottagande enheten. Patientens hälsohinder avgör vårdaktören.

**ÅHSL 37 §. Förslag på utvecklingsåtgärder från myndigheten:**

- en plan för habilitering och handledning som syftar till att stärka patientens inflytande på sin vård och hälsostärkande egenvård under väntetiden.
- att under samarbete mellan sjukvård och socialvård utarbeta personcentrerad vårdplan med tidsangivelser för äldre boende på institutionerna.
- Se över möjligheten att utarbeta vårdkedjor med snabbare tidsförlopp för äldre boende på institution.

**Patientlag 6 och 7 §§/ anhörigas delaktighet. Myndighetens förslag:**

- Poliklinikverksamhet på sen eftermiddag eller kvällstid

Målet med tillsynen för myndigheten är att påvisa utvecklingsområden genom proaktiv tillsyn och ge en rapport över nuläget. För verksamheten är målet med tillsynen att finna nya lösningar och att utveckla patientcentrerat lagliga arbetsprocesser så att icke-brådskande vård finns tillgänglig inom vårdgarantins föreskrivna tidsgränser.

ÅMHM kan sammanfattningsvis konstaterar att tillsynen av vårdgarantin vid ÅHS har framskridit i god anda myndigheten och verksamheten emellan. ÅHS har själva identifierat flera förslag till utvecklingsområden. ÅMHM har kompletterat med utvecklingsförslag för tre lagparagrafer. Kommande utveckling inom lagstiftningen får generera behovet av ny tillsyn. Tillsynen av vårdgarantin kan då reduceras att gälla enskild/ enskilda av ovan utvalda lagparagrafer och utvecklingsförslag i förhållande till bestämmelserna i vårdgarantin. Tillsynen kunde i framtiden även kompletteras med en anonym enkätundersökning riktad till patienterna med eller utan anhörigas medverkan beroende på utvalt område. Enkäten kunde i samarbete myndigheten och verksamheten emellan läggas ut på enderas hemsida.

För Ålands miljö- och hälsoskyddsmyndighet

Maria Erikson



## Källförteckning

Finlands kommunförbund, 2005: Vårdgarantin inom hälso- och sjukvården. Cirkulär 7/80/2005, Liisa-Maria Voipio-Pulkki, Hannele Häkkinen/aha 28.4.2005. Tillgänglig på [www.kommunforbundet.fi](http://www.kommunforbundet.fi)

Inspektionen för vård och omsorg (IVO): Vad har IVO sett 2018. Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2018. Tillgänglig på [www.ivo.se](http://www.ivo.se)

Lagen om patientens ställning och rättigheter (FFS 785/1992), antagen på Åland genom landskapslag (1993:61) om tillämpning i landskapet Åland av lagen om patientensställning och rättigheter.

Landskapslag (2011:114) om hälso- och sjukvård. Ålands Lagsamling 2017.

Sveriges kommuner och landsting (SKL), 2016: Väntetider och vårdgarantier. Vad är det som är så svårt. ISBN: 978-91-7585-417-5.

Sveriges kommuner och landsting (SKL), 2017: Tillgänglig vård. Vägledande strategier och koncept för hållbar utveckling. ISBN: 978-91-7585-525-7.

SWOT-analys. <https://projektledning.com/swot-analys>, hämtad 25.7.2019

Valvira: Riksomfattande tillsynsprogram för social- och hälsovården för åren 2016–2019. Uppdatering för år 2019. Tillgänglig på [www.valvira.fi](http://www.valvira.fi)

Ålands landskapsregering: Hälsopolitiskt program för Åland 2010–2020. Tillgänglig på [www.regeringen.ax](http://www.regeringen.ax)

Ålands landskapsregering: Tillsynsplan för socialvårdsbyrån. Social- och miljöavdelningen vid Socialvårdsbyrån, 23.6.2009/ uppdaterad 17.9.2012

Äldres psykiska ohälsa – projektrapport 2019. Tillgänglig på [www.regeringen.ax](http://www.regeringen.ax)