

Nu kommer vårdgarantin

dosti vasta, kun huomioon otetaan se tosiasia, että perus-
hammashoitoa tuottavat sekä terveystakeskukset että yksityis-
hammaslääkärit. Yksityinen sektori ei ole hammashuollossa
vain täydentävässä roolissa, vaan se tuottaa yli puolet aikuis-
väestön suun terveydenhuollon palveluista. Hammaslääkäri-
liitto onkin pitänyt tiukasti kiinni siitä, että hoidon saata-
vuutta koskevia ratkaisuja tehtäessä tulee nykyinen palvelu-
rakenne ottaa huomioon. Vain siten potilaalla on oikeasti
mahdollisuus saada nopeasti hyvää hoitoa sairautensa pe-
rusteella — siitä huolimatta, että lain pykälät koskevat vain
julkista terveydenhuoltoa. Suun tavallisimmat ongelmat,
karies ja kiinnityskudossairaudet, ovat luonteeltaan piileviä
ja kroonisia. Säännöllinen hoito ja terveydentilan seuranta
yksilöllisesti määritetyin hoitovälein ovat kustannustehok-
kainta ja väestön terveyttä edistävintä hoitoa. Aiheellinen
pelko on, että mikäli lakisäätöiden määräysten täyttämiseksi
kunnan hoitoon yritetään mahduttaa kaikki halukkaat pyr-
kijät, joudutaan tasoa laskemaan ja tinkimään potilaan tar-
vitsemasta hoidosta ja hoidon laadusta. Ainoastaan toimin-
takäytäntöjä muuttamalla ei terveystakeskusten kapasiteetti
veny tuottamaan riittävästi palveluja. Asiakkaan aliarvioin-
tia ovat myös kahdenlaiset tutkimukset, etenkin jos hänelle
ei ole riittävästi selvitetty, minkä tasoisen tutkimus hänelle
on tehty. Hyvää tarkoittavan päämäärän kannalta huonoin
lopputulos onkin se, jos hoitotakuun katsotaan täyttyneen
silloin, kun hoitaja on vastannut puhelimeen ja kuitannut
asiakkaan rimpautuksen.

Hoitoon pääsyä koskevat säädösmuutokset merkitsevät
joka tapauksessa sekä perusterveydenhuollossa että erikois-
sairaanhoidossa suurta haastetta saada palvelujärjestelmät
nykyistä toimivammiksi. Aikaa muutosten läpiviennille on
vähän, vain puoli vuotta. Hoitotakuun onnistuminen riip-
puu siitä, pystymmekö otta-
maan sen sisältämät vaateet
ammattietiikan mukaisesti vas-
taan arjessamme. Hyvän tai ai-
nakin kohtuullisen hoidon saa-
tavuuden toteutuminen lepää
pitkälti työntekijöiden vahvan
ammattillisen sitoutumisen va-
rassa — ja silläkin on rajansa.

*Hoitoon pääsyn perusteita kos-
kevia luonnoksia esitellään tar-
kemmin tämän lehden sivuilla
1130—1137.*



LIISA LUUKKONEN

Vårdgaranti är ett begrepp som omfattar de allmän-
giltiga grunder för vårdtillgång och de tidsgränser
för vårdköer som tas i bruk inom den offentliga
hälsovården den 1.3.2005. Denna förändring i hur man får
vård, som man har förberett under de senaste åren, är den
mest synliga delen av det nationella hälsoprojektet.

Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte en separat ar-
betsgrupp för munhälsovården som en del av det bered-
ningsarbete som gjordes kring tillgången på vård. De grun-
der för vård som arbetsgruppen gjorde upp har indelats i
munhälsovård på basnivå och på specialnivå, och de berör
en del av de mest betydelsefulla sjukdomarna inom munhäl-
sovården.

När det gäller icke akut vård utgår man från att patien-
terna snabbt skall kunna få kontakt med hälsocentralerna
under tjänstetid på vardagar. Kontakten skall kunna ske per
telefon, genom personligt besök eller, i framtiden, genom
en certifierad e-postkontakt. I det första skedet skall en
person med utbildning inom hälsovården reda ut orsaken
till att patienten tar kontakt, bedöma graden av eventuella
symtom och avgöra hur brådskande fallet är, utgående från
vad patienten berättar. Det skall göras en anteckning om
den bedömningen i patientens journal. Enligt gällande be-
stämmelser är de fackutbildade personer som här avses,
förutom tandläkare och läkare, tandhygienister, tandsköta-
re, sjukvårdare, hälsovårdare, basvårdare, närvårdare och
sinnessjukvårdare. Senast nu måste alltså en fackutbildad
person svara i telefon på alla hälsostationer, och tidsreserver-
ingen och rådgivningen måste sammanslås. Dessutom måste
man informera allmänheten om hur man kan effektivisera
hemvården.

Inom tandvården måste vårdbehovet fastställas senast
under den tredje vardagen efter att patienten har kontaktat
hälsocentralen, förutsatt att man inte har kunnat göra det
genast. När man gör det reder man ut personens hälsotill-
stånd och funktionsduglighet och hur de utvecklas. Obser-
vera att resultatet av den utredningen också kan vara att
patienten inte har något behov av vård. Att fastställa vårdbe-
hovet är inte samma sak som att ställa diagnos, vilket görs av
en tandläkare. Bara en tandläkare kan göra en odontologisk
undersökning och ställa en diagnos som baserar sig på den,
och göra upp en behandlingsplan. I grunderna för vården
har man också anlagt synpunkter på arbetsfördelningen
mellan tandläkare och fackutbildad personal inom hälsovår-
den. Fackpersonalen måste vid behov kunna konsultera tand-
läkare.

En fråga som behandlas i utredningen om grunderna

■ LEDARE

för vård är tillgången på akutvård, både under vardagar och under veckoslut och helger – och framför allt att man kan få uppföljande vård efteråt. Om det behövs skall man få brådskande behandling genast. Å andra sidan ville arbetsgruppen alldeles speciellt fästa uppmärksamhet vid att också den förebyggande vården fungerar, och därför har man fastställt grunder också för den delen av vården.

Om man utgående från en bedömning av vårdbehovet anser att behandling är odontologiskt motiverad skall själva behandlingen påbörjas inom de tidsramar som lagen anger, och som är beroende av hur brådskande fallet är. Inom tandvården och specialistsjukvården skall behandlingen inledas inom sex månader från det vårdbehovet har fastställts. När man påbörjar en behandling, och när man fortsätter en behandling som redan har konstaterats vara nödvändig, skall man beakta både det allmänna hälsotillståndet och remisser och den uppföljande behandlingen av akutfall. Specialistsjukvården kommer att få ett poängsystem där gränsen för vårdgarantin ligger vid 50 poäng. Munhålssovården på basnivå har lämnats utanför poängsystemet. När man har fastställt de maximala väntetiderna har man eftersträvat ett rättvist och jämlikt system. Kundservicen måste bli bättre. Patienterna måste få veta när de kommer att få vård, och om tiden förändras skall man genast meddela detta och varför tiden måste ändras. Om kommunen inte själv kan producera vården inom utsatt tid måste den köpas av en annan producent. Patienterna har i alla fall inte obegränsad rätt till vilken behandling som helst, utan behovet fastställs av en fackutbildad person. Vårdgarantins indikationer och andra data från uppföljningen av vårdtillgången på riksomfattande nivå kommer att vara offentliga, och vem som helst kommer att kunna läsa dem via Internet.

De tidsgränser man har bestämt för den mindre brådskande vården har väckt väl grundade misstankar att den nuvarande balansen inom hälsovården kommer att förändras. Man misstänker att specialistsjukvårdens ställning kommer att stärkas på bekostnad av basvård och förebyggande verksamhet. Hur kommer kroniker och personer med flera olika problem att kunna dra nytta av en serviceform som finns tillgänglig utgående från behovet av snabb behandling? Man har beräknat att det kommer att behövas betydande tilläggsfinansiering om man skall kunna hålla sig inom de tidsgränser lagen fastställer. Man oroar sig också för att man bara garanterar att långsiktiga behandlingsprogram inleds, men inte att de kan slutföras inom rimlig tid. Terapiplanen måste innehålla noteringar om hur man skall genomföra behandlingen och hur den eventuellt skall delas upp i olika perioder, utgående från vårdbehovet. Varje tandläkare kommer i fortsättningen att bli tvungen att ta ställning till den typen av frågeställningar gällande behandlingens tidtabell noggrannare än förr, och utgående från sin egen kliniska bedömning.

Inom munhålssovården kan vårdgarantin förverkligas på allvar bara om man beaktar det faktum att både hälso-centraler och privata tandläkare producerar bastandvård.

Inom tandvården har privatsektorn inte bara en kompletterande roll, utan den står för över hälften av munhålssovården för vuxna. Tandläkarförbundets bestämda åsikt är att den nuvarande strukturen inom serviceproduktionen måste beaktas när man fattar beslut om tillgången på vård. Bara om så sker har patienterna en verklig möjlighet att få god vård snabbt, utgående från deras personliga behov. Detta trots att paragraferna i lagen bara gäller den offentliga hälsovården. De vanligaste munsjukdomarna, karies och stödjevävnadssjukdomar, är kroniska och latenta. Den bästa kostnadseffektiviteten och den största effekten på befolkningens hälsa når man med hjälp av regelbunden vård och en uppföljning av hälsotillståndet med intervall som bestäms individuellt, beroende på patientens behov. Rädslan att man för att fylla lagens krav tar emot alla som står i kö till kommunal vård, och att man därför blir tvungen att sänka vårdens nivå och göra avkall på den behandling patienterna behövs, är helt motiverad. Man kan inte få hälso-centralernas kapacitet att räcka till bara genom att ändra på rutinerna. Att införa två olika slag av undersökningar är också att undervärdera patienterna, åtminstone om man inte klart har informerat dem om nivån på de undersökningar som görs. Det sämsta tänkbara resultatet av en välmenande reform får vi om man kommer att anse att vårdgarantins utfästelser har uppfyllts när en skötare har svarat i telefonen och på det sättet har kvitterat patientens kontakt.

De nya bestämmelserna om hur man skall ha tillgång till vård kommer i alla händelser att innebära en stor utmaning för både bassjukvården och specialistsjukvården då det gäller att få servicen att fungera bättre än nu. Det finns inte mycket tid att genomföra förändringarna, bara ett halvt år. Hur vårdgarantin slutligen utfaller beror på hur vi i vår egen vardag, mot bakgrunden av vår egen yrkesetik, kan möta de krav den ställer på oss. Tillgången på god eller åtminstone acceptabel vård beror trots allt på den känsla för yrkets krav som manifesterar sig på mottagningarna på fältet – och också den har sina gränser.

Grunderna för tillgång till vård presenteras preliminärt på sidorna 1130–1137 i denna tidning.



LIISA LUUKKONEN