

RP 81/2026 rd

Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagar om ändring av hälso- och sjukvårdslagen, 10 kap. 1 § i fängelselagen och 6 kap. 1 § i häktninglagen

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL

I denna proposition föreslås det att hälso- och sjukvårdslagen, fängelselagen och häktninglagen ändras.

I propositionen föreslås det att bestämmelserna om sjukvårdstjänster i hälso- och sjukvårdslagen preciseras så att det uttryckligen föreskrivs att palliativ vård och vård i livets slutskede hör till de tjänster som välfärdsområdet har ansvar för att ordna. Lagen ska också innehålla bestämmelser om definitionerna av palliativ vård och vård i livets slutskede.

Enligt förslaget ska bestämmelserna om val av vårdenhet ändras så att hälsovårdscentral eller hälsostation i fortsättningen får väljas med tre månaders mellanrum, när bytet i nuläget får göras en gång per år.

Bestämmelserna om uppföljningen av hur maximitiderna för tillgång till vård uppfylls ändras enligt förslaget så att ett välfärdsområde och Enheten för hälso- och sjukvård för fångar månadsvis ska offentliggöra nyckeltal för den föregående kalendermånaden om hur de längsta väntetiderna för att få vård inom den specialiserade sjukvården har hållits, när uppgifterna enligt den gällande lagstiftningen ska offentliggöras med fyra månaders mellanrum.

Lagarna avses träda i kraft den 1 januari 2027.

INNEHÅLL

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL	1
MOTIVERING	4
1 Bakgrund och beredning.....	4
1.1 Bakgrund.....	4
1.2 Beredning.....	5
2 Nuläge och bedömning av nuläget	5
2.1 Palliativ vård och vård i livets slutskede	5
2.1.1 Lagstiftning om palliativ vård och vård i livets slutskede.....	5
2.1.2 Vårdpraxis och bedömning av nuläget inom den palliativa vården och vården i livets slutskede.....	10
2.2 Val av vårdenhet inom primärvården	18
2.2.1 Lagstiftning om val av vårdenhet för icke-brådskande vård	18
2.2.2 Praxis vid val av vårdenhet inom primärvården och bedömning av nuläget.....	19
2.3 Offentliggörande av uppgifter om hur de längsta väntetiderna för att få vård har hållits.....	22
2.3.1 Lagstiftning om offentliggörande av uppgifter om hur de längsta väntetiderna för att få vård har hållits	22
2.3.2 Praxis vid offentliggörandet av uppgifter om hur väl de längsta väntetiderna för att få vård har hållits samt bedömning av nuläget	26
3 Målsättning	28
4 Förslagen och deras konsekvenser	29
4.1 De viktigaste förslagen	29
4.2 De huvudsakliga konsekvenserna	29
4.2.1 Ekonomiska konsekvenser.....	29
4.2.2 Konsekvenser för myndigheterna	33
4.2.3 Konsekvenser för människor och samhälle	36
5 Alternativa handlingsvägar.....	41
5.1 Alternativen och deras konsekvenser	41
5.2 Lagstiftning och andra handlingsmodeller i utlandet	44
6 Remissvar	46
7 Specialmotivering.....	49
7.1 Hälso- och sjukvårdslagen	49
7.2 Fängelselagen	53
7.3 Häktningsslagen	53
8 Bestämmelser på lägre nivå än lag	53
9 Ikraftträdande	54
10 Verkställighet och uppföljning	54
11 Förhållande till andra propositioner	54
12 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning	54
LAGFÖRSLAG.....	58
1. Lag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen	58
2. Lag om ändring av 10 kap. 1 § i fängelselagen	60
3. Lag om ändring av 6 kap. 1 § i häktningsslagen.....	61
BILAGOR	62
1. Lag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen	62

2. Lag om ändring av 10 kap. 1 § i fängelselagen	66
3. Lag om ändring av 6 kap. 1 § i häktninglagen	68

MOTIVERING

1 Bakgrund och beredning

1.1 Bakgrund

Enligt regeringsprogrammet för statsminister Petteri Orpos regering förtydligas rätten till vård i livets slutskede i författningarna, vilket tryggar en god vård i livets slutskede oberoende av var personen bor eller vårdas. Kompetensen inom och tillgången till den palliativa vården och vården i livets slutskede samt beaktandet av de anhöriga inom den palliativa vården och vården i livets slutskede säkerställs. Enligt regeringsprogrammet säkerställs dessutom värdigheten i livets slutskede utan lidande och med beaktande av individuella behov. Behövliga specialarrangemang för god vård i livets slutskede och palliativ vård genomförs oberoende av om vården ges hemma, i servicehus eller på sjukhus, med beaktande av språkliga och kulturella behov och funktionsnedsättningar av olika grad¹. Vid förhandlingarna våren 2025 om planen för de offentliga finanserna 2026–2029 fastställde regeringen att det snabbt bör göras preciseringar av ordalydelser i lagstiftningen för att var och en ska få lagstadgad rätt till vård i livets slutskede².

Riksdagen behandlade 2017–2018 ett medborgarinitiativ där det föreslogs att riksdagen skulle vidta lagberedelseåtgärder för att stifta en eutanasilag och legalisera eutanasi i Finland (MI 2/2017 rd). Riksdagen förkastade initiativet men godkände ett uttalande enligt vilket riksdagen förutsätter att statsrådet tillsätter en brett sammansatt expertgrupp för att utreda behovet av lagstiftning om god vård i livets slutskede, självbestämmanderätten samt vård i livets slutskede och eutanasi och att statsrådet vid behov och utifrån utredningen lämnar förslag till lagstiftningsändringar till riksdagen. Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte en expertarbetsgrupp (STM055:00/2018) för att mellan den 8 maj 2018 och 30 juni 2021 bland annat utreda nuläget och den lagstiftning som gäller i Finland för vården i livets slutskede, självbestämmanderätten och den palliativa vården och terminalvården och att utreda om det behöver definieras vad vård i livets slutskede och palliativ vård är och om ordnandet behöver styras genom lagstiftning samt att vid behov lämna förslag till lagstiftningsändringar. Under expertgruppen fanns underarbetsgrupper, varav en var en författningsarbetsgrupp. Författningsgruppen tog enhälligt fram författningsförslag om palliativ vård och vård i livets slutskede för fortsatt beredning, varav det enligt ett i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) bör införas bestämmelser om kommunens (numera alltså välfärdsområdets) skyldighet att ordna palliativ vård och vård i livets slutskede. Slutrapporten, som kartlade regleringsbehoven och lagförslagen, publicerades 2021³.

¹ Ett starkt och engagerat Finland. Regeringsprogrammet för statsminister Petteri Orpos regering 20.6.2023, s. 39. Tillgängligt via länken [Ett starkt och engagerat Finland: Regeringsprogrammet för statsminister Petteri Orpos regering 20.6.2023 | Valto](#)

² <https://vm.fi/sv/-/194055633/orpos-regering-besluten-under-ramforhandlingarna-starker-finlands-konkurrenskraft-och-sakerhet>

³ Utredning om regleringsbehov och arbetsgruppens synpunkter på ändring av lagstiftningen. Slutrapport från den expertarbetsgrupp som utrett behovet av lagstiftning för vård i livets slutskede, självbestämmanderätt, palliativ vård och eutanasi. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2021:23). Tillgänglig på finska på adressen <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/163380>

Enligt regeringsprogrammet för statsminister Petteri Orpos regering ska det dessutom bli möjligt att i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen byta vårdenhet för icke-brådskande vård med tre månaders mellanrum, och valet ska kunna göras digitalt. Vidare enligt regeringsprogrammet förpliktigas välfärdsområdena att med tätare intervaller och på ett kundorienterat sätt offentliggöra uppgifter om hur de lagstadgade tidsfristerna uppfyllts.⁴

1.2 Beredning

Propositionen har beretts som tjänsteuppdrag vid social- och hälsovårdsministeriet. Projektet har identifieringskoderna VN/21436/2025 och STM069:00/2025. Beredningsunderlaget till propositionen finns i den offentliga tjänsten på adressen <https://stm.fi/sv/projekt?tunnus=STM069:00/2025>.

Vid beredningen har man utnyttjat utredningar och rapporter om palliativ vård och vård i livets slutskede. Dessa beskrivs i avsnitten 1.1 och 2.1.2.

Social- och hälsovårdsministeriet beställde en förstudie om digitalisering av valfrihetsprocessen av konsultbolaget Nordic Health Group (NHG). Förstudien blev klar den 8 oktober 2024. Som en del av beredningen av propositionen ordnades den 15 december 2025 ett diskussionsmöte för ledningen för primärvården inom välfärdsområdena, där man i synnerhet diskuterade frågor som gällde valet av vårdenhet. I anslutning till diskussionsmötet sände social- och hälsovårdsministeriet välfärdsområdena skriftliga frågor som gällde tolkningen och verkställigheten av den gällande lagstiftningen om valet av vårdenhet. I diskussionsmötet deltog representanter för 16 områden, och 13 välfärdsområden lämnade skriftliga svar på ministeriets frågor. De synpunkter som framkom i förstudien, vid diskussionsmötet och i välfärdsområdenas skriftliga svar har utnyttjats vid beredningen av propositionen.

I den version av propositionen som var på remiss föreslogs det att bestämmelserna om val av vårdenhet i 47 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen skulle preciseras så att den skriftliga anmälan om valet kan göras i elektronisk form eller i pappersform. Under den fortsatta beredningen av propositionen kom man dock fram till att patientens rätt att utträta ärenden elektroniskt inte kräver några lagändringar, utan att den allmänna lagstiftningen om utträttandet av ärenden på elektronisk väg är tillämplig i frågan. I avsnitt 5.1 (Alternativen och deras konsekvenser) behandlas alternativet att införa en digital nationell tjänst för valet av vårdenhet, som övervägdes under beredningen.

Propositionen var ute på remiss mellan den 24 februari och den 7 april 2026. Utlåtanden begärdes av välfärdsområdena och av de centrala statliga myndigheterna, fackorganisationerna, patientföreningarna och andra intressentgrupper. Remissvaren behandlas i avsnitt 6.

2 Nuläge och bedömning av nuläget

2.1 Palliativ vård och vård i livets slutskede

2.1.1 Lagstiftning om palliativ vård och vård i livets slutskede

Palliativ vård och vård i livets slutskede har inte definierats i lagstiftningen. Institutet för hälsa och välfärd definierar *palliativ vård* som aktiv helhetsinriktad vård av en patient som lider av

⁴ Regeringsprogrammet, s. 31

en obotlig, progressiv sjukdom. Dess syfte är att minska lidandet och värna om livskvaliteten. I den palliativa vården ingår att beakta och stödja de närstående. Vården kan pågå i flera år. *Vård i livets slutskede* är det sista skedet i palliativ vård. Den äger rum under de sista levnadsveckorna eller levnadsdagarna. Centralt i den palliativa vården och vården i livets slutskede är att lindra smärta och andra symtom samt att svara på fysiska, psykiska, sociala och andliga behov. Vården är multiprofessionell och betonar växelverkan.⁵

Palliativ vård och vård i livets slutskede kan ordnas som öppenvård till exempel i patientens hem, vid enheter inom social- och hälsovården, såsom enheter för serviceboende och gemenskapsboende med heldygnsomsorg, och vårdavdelningar på hälsovårdscentraler och sjukhus. Vård i livets slutskede kan ordnas i hemmet med stöd av hemsjukhuset, hemsjukvården eller hemvården beroende på den lokala servicestrukturen och patientens situation. Palliativ vård på specialnivå kan fås till exempel på sjukhus, hospice eller hemma med hemsjukhusets hjälp eller inom boendeservicen.

Enligt 24 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ska ett välfärdsområde ordna sjukvårdstjänster för dem som bor i välfärdsområdet. Till sjukvårdstjänsterna hör

- 1) att undersöka sjukdomar, ställa medicinska och odontologiska diagnoser, ge vård och behandling, tillhandahålla nödvändiga förbrukningsartiklar enligt vårdplanen för behandling av långvarig sjukdom och ge den medicinska rehabilitering som behövs,
- 2) att förebygga och bota sjukdomar och att lindra lidande,
- 3) att ge handledning som syftar till att stärka patientens engagemang i sin vård och patientens egenvård,
- 4) att i ett tidigt stadium identifiera hälsoproblem hos patienter som behöver särskilt stöd, särskilda undersökningar och särskild vård, att behandla hälsoproblemen och att hänvisa patienten till fortsatt vård.

Riksdagen godkände den 21 april 2026 ändringar i momentet enligt vilka det i 1 och 4 punkten föreskrivs att det i tjänsterna också ska ingå uppföljning av vården (RP 159/2025 rd).

Enligt 24 § 2 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ska sjukvården genomföras med beaktande av patientens behov av medicinsk eller odontologisk behandling och i enlighet med de enhetliga grunderna för vård. Enligt 7 § hälso- och sjukvårdslagen ska social- och hälsovårdsministeriet leda arbetet med att genomföra de riksomfattande enhetliga grunderna för medicinsk eller odontologisk vård. Tillsammans med Institutet för hälsa och välfärd gör ministeriet upp de enhetliga grunderna för vård. Institutet för hälsa och välfärd följer och bedömer hur grunderna tillämpas i välfärdsområdena. De olika aktörerna inom välfärdsområdet ska tillsammans övervaka att de enhetliga grunderna för vården tillämpas. I de grunder för icke-brådskande vård som social- och hälsovårdsministeriet publicerade 2019 ingår grunder för palliativ vård i livets slutskede och terminalvård.⁶ Innehållet i grunderna behandlas i avsnitt 2.1.2.

⁵ <https://thl.fi/sv/teman/aldre/vard-i-livets-slutskede/vad-ar-palliativ-varld>

⁶ Enhetliga grunder för icke-brådskande vård 2019. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2019:22. Tillgänglig på adressen <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/11111/6603>

Enligt 27 § i hälso- och sjukvårdslagen omfattar den mentalvård som välfärdsområdena ansvarar för att ordna handledning och rådgivning inom hälso- och sjukvården i fråga om de faktorer som dels skyddar, dels hotar den psykiska hälsan och, vid behov, psykosocialt stöd till individen, familjen och andra närstående och samordning av det.

Enligt 25 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ska ett välfärdsområde ordna hemsjukvård för dem som bor i välfärdsområdet. Hemsjukvården genomförs som multidisciplinär hälso- och sjukvårdsservice enligt vård- och serviceplanen eller tillfälligt där patienten är bosatt, i dennes hem eller på en jämförbar plats. De förbrukningsartiklar enligt vårdplanen som behövs för behandling av långvarig sjukdom i hemsjukvården ingår i vården. Enligt 2 mom. är hemsjukhusvård tidsbunden, effektiviserad hemsjukvård. Den kan ordnas inom ramen för primärvården, den specialiserade sjukvården eller som ett samarbete mellan dessa. De mediciner som ges och de förbrukningsartiklar enligt vårdplanen som används i hemsjukhusvården ingår i vården.

Varken i 24 §, som handlar om sjukvård, eller annanstans i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs det om palliativ vård eller vård i livets slutskede. Att ge sådan vård ingår likväl i välfärdsområdenas organiseringsansvar som en del av uppgiften att ordna sjukvård.

Enligt 3 § i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992, nedan *patientlagen*) har varje patient rätt till hälso- och sjukvård av god kvalitet. Vården ska ordnas och patienten bemötas så att personens människovärde inte kränks och så att personens övertygelse och integritet respekteras. Patientens modersmål och individuella behov samt den kultur som han företräder ska i mån av möjlighet beaktas i vården och bemötandet. Enligt 5 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) ska social- och hälsovård i tvåspråkiga välfärdsområden ordnas på både finska och svenska så att kunderna blir betjänade på det språk de väljer, antingen finska eller svenska. I enspråkiga välfärdsområdens område ordnas social- och hälsovården på välfärdsområdets språk. Bestämmelser om kundens rätt att använda sitt eget språk, bli hörd och få expeditioner på finska eller svenska och om rätten till tolkning finns i språklagen (423/2003). Kunden har rätt att använda samiska i social- och hälsovårdstjänster som produceras i kommuner som hör till samernas hembygdsområde samt inom Lapplands välfärdsområdes område i sådana social- och hälsovårdstjänster som produceras endast vid verksamhetsenheter som finns utanför hembygdsområdet. Dessutom har kunden rätt att använda samiska i Lapplands välfärdsområde när det gäller social- och hälsovårdstjänster producerade av verksamhetsenheter som finns utanför kommunerna i hembygdsområdet, om Lapplands välfärdsområde har hänvisat invånarna i kommunerna i hembygdsområdet att använda tjänsterna med anledning av den tillgänglighet som avses i 4 §. I övrigt föreskrivs det om rätten att använda samiska i samiska språklagen (1086/2003). Om social- eller hälsovårdspersonalen inte behärskar ett teckenspråk eller ett annat språk som kunden använder eller om kunden på grund av en funktionsnedsättning eller av någon annan orsak inte kan göra sig förstådd, ska vid tillhandahållandet av tjänster tolkning ordnas och en tolk anskaffas i den mån det är möjligt.

Enligt 5 § i patientlagen har en patient rätt att få upplysningar om sitt hälsotillstånd, vårdens och behandlingens betydelse, olika vård- och behandlingsalternativ och deras verkningar samt om andra omständigheter som hänför sig till vården och behandlingen och som har betydelse då beslut fattas om hur patienten ska vårdas. Upplysningar ska dock inte ges mot patientens vilja eller om det är uppenbart att de skulle medföra allvarlig fara för patientens liv eller hälsa. En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ska ge upplysningar på ett sådant sätt att patienten i tillräcklig utsträckning förstår innebörden av dem.

I 6 § i patientlagen föreskrivs det om 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 ges på något annat sätt som är godtagbart från medicinsk synpunkt. Om en patient som har uppnått myndighetsåldern, på grund av mental störning eller psykisk utvecklingsstörning eller av någon annan orsak inte kan fatta beslut om vården eller behandlingen, ska hans eller hennes lagliga företrädare, en nära anhörig eller någon annan närstående person höras före ett viktigt vårdbeslut i avsikt att utreda hurdan vård som bäst motsvarar patientens vilja. Om detta inte kan utredas, ska patienten vårdas på ett sätt som kan anses vara förenligt med hans bästa. I så fall förutsätts att patientens lagliga företrädare eller en nära anhörig eller någon annan närstående person samtycker till vården. Patientens lagliga företrädare, en nära anhörig eller någon annan närstående person ska när samtycke ges beakta patientens tidigare uttryckta vilja eller, om någon sådan viljeyttring inte förekommit, patientens bästa. Om patientens lagliga företrädare, en nära anhörig eller någon annan närstående person förbjuder vård eller behandling av patienten, ska vården eller behandlingen så vitt möjligt i samförstånd med den person som vägrat ge sitt samtycke ges på något annat sätt som är godtagbart från medicinsk synpunkt. Om den lagliga företrädarens, en nära anhörigs eller någon annan närstående persons åsikter om vården eller behandlingen går isär, ska patienten vårdas eller behandlas på ett sätt som kan anses vara förenligt med hans eller hennes bästa. I lagens 7 § föreskrivs det om minderåriga patienters ställning.

I 4 a § i patientlagen och i 24 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs det om skyldigheten att utarbeta en vårdplan. Av planen ska det framgå hur och enligt vilken tidtabell vården av patienten ordnas. Planen ska utarbetas i samförstånd med patienten, dennes anhöriga eller närstående eller lagliga företrädare.

I lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000) föreskrivs det om klientens rättigheter inom socialvården på motsvarande sätt som i patientlagen.

Enligt 45 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ska en del av de undersökningar, åtgärder och behandlingar som är sällan förekommande eller krävande och därför ska kunna upprepas, eller som kräver specialkompetens inom flera områden för att förvärva och upprätthålla den kunskap och kompetens som krävs eller betydande investeringar i fråga om anordningar och utrustning för att säkerställa kvaliteten, patientsäkerheten, genomslaget, produktiviteten och effektiviteten inom hälso- och sjukvården sammanslås till de större enheterna. Enligt 2 mom. ska den specialiserade sjukvård som centraliseras regionalt sammanslås till fem universitetssjukhus eller av särskilda skäl till ett sjukhus på motsvarande nivå.

Enligt 4 § i statsrådets förordning om arbetsfördelning och centralisering av vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården (582/2017, nedan *centraliseringsförordningen*) ska de välfärdsområden som är huvudmän för ett universitetssjukhus och HUS-sammanslutningen ha hand om krävande palliativ vård och vård i livets slutskede samt planeringen av den och samordningen av den på regional nivå. Enligt 6 § i förordningen ska utarbetandet av en plan för genomförande av vård i livets slutskede och palliativ vård för barn och unga koncentreras till de fem universitetssjukhusen.

I lagstiftningen om socialvården föreskrivs det om boendeservice. Palliativ vård och vård i livets slutskede kan ges vid enheter för serviceboende med heldygnsomsorg och i samband med slutna vård. Bestämmelser om serviceboende med heldygnsomsorg finns i 21 c § i socialvårdslagen (1301/2014) och bestämmelser om service på en institution i 22 § i samma lag. I hemmet kan vården stödjas med hemvårdstjänster enligt 19 §. I 18 § i lagen om funktionshinderservice (675/2023) föreskrivs det om rätten för en person med funktionsnedsättning att få stöd för sitt boende

Den palliativa vården och vården i livets slutskede omfattas av den reglering som i fråga om den hälso- och sjukvård och socialvård som ordnas av välfärdsområdena normerar ordnandet och tjänsternas innehåll. Här kan en del bestämmelser som medför en skyldighet att säkerställa kvaliteten och smidiga servicekedjor lyftas fram. Enligt 8 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ska verksamheten inom hälso- och sjukvården baseras på evidens, god vårdpraxis och goda rutiner. Verksamheten inom hälso- och sjukvården ska vara högkvalitativ och säker och bedrivs på behörigt sätt. Enligt 4 § 1 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska välfärdsområdet planera och genomföra social- och hälsovården så att den till innehåll, omfattning och kvalitet svarar mot kundernas behov. Tjänsterna ska tillhandahållas jämlikt, i form av samordnade tjänstehelheter och nära kunderna med beaktande av befolkningens behov i välfärdsområdet. Tjänsterna kan sammanföras i större helheter i välfärdsområdets område när tillgången till tjänster och säkerställandet av deras kvalitet kräver specialkunskaper eller dyra investeringar eller när ett ändamålsenligt, kostnadsnyttoeffektivt och effektivt tillhandahållande av tjänsterna kräver det. Enligt 10 § 1 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård ansvarar välfärdsområdet för att de social- och hälsovårdstjänster som tillhandahålls kunderna samordnas till helheter. Välfärdsområdena ska se till att sådana kunder och kundgrupper som behöver samordnade tjänster på bred basis identifieras, att social- och hälsovården samordnas och servicekedjorna och tjänstehelheterna fastställs, att social- och hälsovårdstjänsterna samordnas med välfärdsområdets övriga tjänster och att de olika producenterna använder sig av den information som finns om en kund. I hälso- och sjukvårdslagen, socialvårdslagen och andra lagar om social- och hälsovårdstjänster finns det närmare bestämmelser om samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialvården.

I 3 kap. i lagen om ordnande av social- och hälsovård föreskrivs det om anskaffning av tjänster från privata tjänsteproducenter. Några hospice drivs av privata tjänsteproducenter, och privata tjänsteproducenter producerar en stor mängd boendeservice inom socialvården. Enligt 10 § i lagen om välfärdsområden (611/2021) ska välfärdsområdet säkerställa att andra tjänsteproducenter som producerar tjänster som omfattas av välfärdsområdets organiseringsansvar har tillräckliga professionella, verksamhetsmässiga och ekonomiska förutsättningar för att sörja för produktionen av tjänsterna. Välfärdsområdet ska styra och övervaka den tjänsteproduktion som omfattas av dess organiseringsansvar. Bestämmelser om tillsyn och egenkontroll finns i lagen om tillsynen över social- och hälsovården (741/2023).

I 55 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård föreskrivs det om ordnande av tjänster vid byte av välfärdsområde. Enligt paragrafen kan den som önskar flytta och bli invånare i en kommun som ligger inom ett annat välfärdsområdes område, men på grund av ålder eller funktionsnedsättning eller av någon annan liknande orsak inte kan bo där utan familjevård, service på institution eller boendeservice ansöka om dessa tjänster och därtill andra socialtjänster som han eller hon behöver hos det välfärdsområde inom vars område kommunen i fråga ligger, på samma grunder som om han eller hon var invånare i kommunen. I paragrafen föreskrivs det om förfarandet när ansökan behandlas. En person som får palliativ vård och till exempel vill flytta till sina närståendes bostadsområde och behöver aktuella tjänster kan på förhand göra en ansökan enligt 55 § om att få tjänsterna så att beslut om de tjänster som tillhandahålls är klart vid flytten. Regleringen gäller i första hand tjänster inom socialvården, men enligt de ursprungliga motiveringarna till regleringen ska det inte heller finnas något absolut hinder för att de tjänster som en person behöver ordnas vid någon verksamhetsenhet inom social- och hälsovården och delvis som tjänster baserade på hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Således kan en person i långvarig vård till exempel på en hälsovårdscentrals bäddavdelning tack vare det föreslagna nya förfarandet flytta över till vård vid en hälso- och sjukvårdsenhet inom en annan kommun [nuförtiden: ett annat välfärdsområde], om yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården i sitt beslut anser det motiverat (RP 101/2010 rd, s. 27). Regleringen gäller i princip också vård i livets slutskede,

men eftersom det handlar om vård som ges under de sista veckorna eller dagarna i patientens liv, är en överflyttning av patienten till ett annat välfärdsområde sällan ändamålsenlig på grund av att tidigare vård- och servicekedjor bryts och att det administrativa arbete som flyttningen orsakar kräver tid samt patientens hälsotillstånd. I övrigt behandlas den reglering som gäller valet av vårdenhet i avsnitt 2.2.

Bestämmelser om kundavgifter inom, social- och hälsovården finns lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992) och förordningen om klientavgifter inom social- och hälsovården (912/1992).

2.1.2 Vårdpraxis och bedömning av nuläget inom den palliativa vården och vården i livets slutskede

Patientgrupper som behöver palliativ vård och vård i livets slutskede

Hur länge den palliativa vården ges beror på den underliggande sjukdomen och dess stadium. Vården kan vara i allt mellan några veckor och flera år. Patientens funktionsförmåga kan variera mycket under det palliativa skedet. En del av patienterna kan leva ett tämligen normalt liv och till exempel studera eller arbeta. Den palliativa vården begränsar sig således inte till livets sista veckor, utan den kan inledas flera månader eller år innan patienten dör. Ingående statistik över användningen av palliativ vård enligt diagnosgrupp finns ännu inte i Finland, vilket gör det svårare att bestämma volymen exakt. Under vården i livets slutskede är patientens tillstånd och funktionsförmåga i allmänhet sämre, och symtomen kan vara fler.

Den palliativa vården och vården i livets slutskede begränsas inte enligt diagnos eller ålder, utan grundar sig på symtombörda och sjukdomsprognos.

De sjukdomar som kan leda till att patienten som behöver palliativ vård kan delas in i grupper till exempel som följer:

- Cancersjukdomar, som är den största gruppen: I ett långt framskridet stadium behöver nästan alla cancerpatienter symtombaserad vård. Cancersjukdomar orsakar uppskattningsvis 40 % av behovet av palliativ vård.
- Organsvikt och kroniska sjukdomar som framskrider, såsom hjärtsvikt, kronisk obstruktiv lungsjukdom, vissa andra lungsjukdomar, njur- och leversjukdomar, blodsjukdomar och ämnesomsättningssjukdomar.
- Neurologiska sjukdomar och minnessjukdomar: Exempelvis ALS (amyotrofisk lateralskleros), Parkinsons sjukdom och svår demens.

Palliativ vård av barn är ovanlig (under 5 % av alla patienter i palliativ vård) men förekommer till exempel i samband med svåra medfödda eller genetiska sjukdomar och cancersjukdomar.

Många cancersjukdomar, neurologiska sjukdomar och kroniska sjukdomar har samband med att befolkningen åldras. Det har beräknats att 30 000 personer om året i Finland behöver palliativ vård i livets slutskede och ännu fler redan före det. I denna uppskattning har man dock inte beaktat den nedgång i befolkningens hälsa som följer av åldrandet och det gradvis ökande behov

av palliativ vård som det medför.⁷ Utifrån data från WHO har det uppskattats att antalet personer som behöver palliativ vård årligen är upp till 60 000.⁸

För att utveckla den palliativa vården och vården i livets slutskede har mycket arbete utförts under de senaste 10 åren. Social- och hälsovårdsministeriet gav år 2016 den riksomfattande arbetsgruppen för tillgång till vård och enhetliga grunder för vården tillsatt av ministeriet i uppdrag att utarbeta ett förslag om hur den palliativa vården och vården i livets slutskede ska ordnas så att de aktörer som anges i den förordning av statsrådet om ordnande och centralisering av den specialiserade vården som var under beredning i samarbete ser till att den palliativa vården och vården i livets slutskede genomförs jämlikt och verkningsfullt i hela landet. Rekommendationen Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen (2017, Ordnande av den palliativa vården och terminalvården)⁹ grundar sig på tidigare rekommendationer från 2010. Den föreslår kompetens- och kvalitetskriterier för de olika nivåerna i servicesystemet för social- och hälsovård samt åtgärder med syfte att utveckla kompetensen bland yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården. Rekommendationen grundar sig på en modell för ordnande av servicen i tre nivåer: grundläggande nivå (A), specialnivå (B) och krävande specialnivå (C). Utifrån denna kan man planera servicekedjorna regionalt och komma överens om arbetsfördelningen i enlighet med statsrådets förordning (582/2017).

Riksdagen beviljade år 2017 ett anslag på en miljon euro att användas före 2020 för utveckling av den palliativa vården och vården i livets slutskede. Den arbetsgrupp som tillsattes för att utföra arbetet publicerade år 2019 en interimrapport där bland annat nuläget inom den palliativa vården och vården i livets slutskede beskrivs.¹⁰ Som slutrapport utarbetade arbetsgruppen en rekommendation om produktionen av tjänster inom den palliativa vården och förbättrande av kvaliteten på tjänsterna i Finland.¹¹ Syftet med rekommendationen var att skapa enhetlig praxis och möjliggöra högkvalitativ vård i livets slutskede och palliativ vård för de patienter som behöver denna vård, oberoende av boendeort eller vårdgivare.

År 2019, det vill säga samma år som rekommendationerna publicerades på finska, publicerades enhetliga grunder för icke-brådskande vård. Enligt grunderna ska man vid palliativ vård i livets slutskede och terminalvård och differentieringen av denna vård iaktta rekommendationen

⁷ Palliativisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. Alueellinen karttoitus ja suosituskehdotukset laadun ja saatavuuden parantamiseksi (Läget i fråga om palliativ vård och vård i livets slutskede i Finland: Regional kartläggning och förslag för att förbättra kvalitet och tillgång, på finska med referat på svenska). Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2019:14, s. 14. Tillgänglig på adressen <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161396>

⁸ Saarto, Tiina och Lehto, Juho: Palliativisen hoidon järjestäminen Suomessa. Duodecim 2026;142:279–86

⁹ Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatukriteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle (Ordnanande av den palliativa vården och terminalvården, på finska med referat på svenska). Saarto, Tiina och en expertgrupp. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2017:44. Tillgänglig på adressen <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/items/f7852699-1534-40ab-bb16-93e06d5f3240>

¹⁰ Social- och hälsovårdsministeriet 2021:7

¹¹ Rekommendation om produktion av tjänster inom palliativ vård och förbättring av kvaliteten på palliativ vård i Finland. Slutrapport av expertgruppen för palliativ vård. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2021:7. Tillgänglig på adressen <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/11111/5545>.

Ordnanandet av den palliativa vården och terminalvården (2017) som beskrivits ovan. Patienter styrs till tjänster på specialnivå eller krävande specialnivå på medicinska och vårdmässiga grunder.

I de enhetliga grunderna för icke-brådskande vård fastställs också uppgifter och krav för de olika nivåerna. Den grundläggande nivån inom den palliativa vården har till uppgift att genomföra den palliativa vården och vården i livets slutskede för patienter vars symtombild är stabil och vars behov av vård och stöd kan förutses i en vårdplan för livets slutskede. Kraven för vård i livets slutskede på grundläggande nivå är att en läkare och en sjukvårdare kan konsulteras, att de läkemedel som behövs i terminalvården, såsom starka opioider och lugnande läkemedel, finns att tillgå, att en föregripande vårdplan för livets slutskede har utarbetats och att samarbetet med specialnivån och konsultationsstödet från specialnivån fungerar. Med specialnivån avses de palliativa centrum som finns i samband med centralsjukhuset och de lokala enheter på specialnivå som tillhandahåller följande tjänster inom palliativ vård och vård i livets slutskede på specialnivå: ett hemsjukhus som svarar för palliativ vård och vård i livets slutskede som sker i hemmet, en stöдавdelning som utsetts att bistå hemsjukhuset, ett dagsjukhus, poliklinikmottagningen vid ett palliativt centrum, ett konsultationsteam som är tillgängligt dygnet runt vid ett palliativt centrum, en avdelning för palliativ vård eller vård i livets slutskede eller ett hospice. En förutsättning är en multiprofessionell personal som är specialiserad på palliativ vård och vård i livets slutskede eller annars tillräckligt utbildad. De palliativa centrum på krävande specialnivå som drivs av välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus tillhandahåller mångsidiga tjänster inom palliativ vård och vård i livets slutskede, såsom poliklinikverksamhet som är specialiserad på palliativ vård och vård i livets slutskede, konsultationsteam, palliativa vårdavdelningar eller palliativa bäddplatser, avdelningar för vård i livets slutskede och hospice samt dagsjukhusverksamhet. En bredbasig och multiprofessionell arbetsgrupp bedömer och vårdar patienter på specialnivå. I arbetsgruppen ska de medicinska specialiteter som behövs i det aktuella fallet vara företrädare. Dessutom ska det vid behov ingå experter på psykosocialt stöd, psykiskt stöd och andligt stöd samt specialarbetare. Palliativa centrum på krävande specialnivå ordnar konsultationsstöd för palliativ vård på specialnivå.

År 2021 utlyste social- och hälsovårdsministeriet statsunderstöd för utvecklingsprojekt för att genomföra rekommendationen. Syftet med utvecklingsprogrammet är att trygga en vård i livets slutskede, palliativ vård och smärtlindring som respekterar människovärdet. Social- och hälsovårdsministeriet beviljade sammanlagt cirka 5,6 miljoner euro i statsunderstöd till välfärdsområdenas projekt för utvecklande av den palliativa vården under åren 2021–2024. Åtgärdsområdena för de statligt finansierade projekten var utveckling av hemsjukhusverksamhet, inrättande av palliativa centrum i sjukvårdsdistrikten, utveckling av kompetensen inom palliativ vård och vård i livets slutskede hos personal inom boendeservice och hemvård, utveckling av den palliativa vården för barn och unga samt utveckling av digitala tjänster för hemsjukhus och mottagningar för palliativ vård. En slutrapport om projekten publicerades 2025.¹²

¹² Palliativisen hoidon palveluiden tuottaminen ja laadun parantaminen -ohjelma (FinPall). Hankkeiden loppuraportti palliativisen hoidon kehittämistä vuosina 2021–2024 (Programmet för produktion av tjänster inom palliativ vård och förbättring av kvaliteten på vården (FinPall). Projektens slutrapport om utvecklingen av palliativ vård 2021–2024, på finska med sammandrag på svenska). Institutet för hälsa och välfärd, rapport 4/2025. Tillgänglig på adressen <https://www.julkari.fi/handle/10024/150875>

I en slutrapport av social- och hälsovårdsministeriet som publicerades 2019¹³ rekommenderade arbetsgruppen som fortsatta åtgärder bland annat att man ordnar kontroll av kvaliteten på tjänsterna inom den palliativa vården och vården i livets slutskede och tillgången på sådana tjänster och att informationen om kvalitet och effektivitet utvecklas. För att främja detta gav social- och hälsovårdsministeriet Institutet för hälsa och välfärd i uppdrag att starta ett projekt för information om kvaliteten på den palliativa vården och vården i livets slutskede (Palliativisen hoidon ja saattohoidon laatutieto). Dess syfte var att bestämma vilket slags information och vilka informationskällor som behövs för att följa kvaliteten på den palliativa vården och vården i livets slutskede och att ge förslag till behövlig insamling av information och strukturerad registrering av informationen. En rekommendation om kvaliteten på den palliativa vården och vården i livets slutskede bereddes som en del av projektet om information om vårdkvaliteten, och vid beredningen utnyttjades kompetens- och kvalitetskriterierna i rekommendationen från 2017. Den publicerades 2022 under titeln Nationell kvalitetsrekommendation för palliativ vård och vård i livets slutskede.¹⁴ Ett av syftena med kvalitetsrekommendationen är att främja genomförande av jämlik och högklassig palliativ vård överallt i Finland. Den ska också utgöra en grund för systematisk bedömning och uppföljning av kvaliteten. Kvalitetsrekommendationen är avsedd för yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården samt ledare, organisationer och beslutsfattare som ansvarar för ordnande av hälso- och sjukvård. Rekommendationen är också avsedd för patienter som får palliativ vård och deras närstående.

Kvalitetsrekommendationen utgår från den indelning i en grundläggande nivå (A), specialnivå (B) och krävande specialnivå (C) som beskrivits ovan. I kvalitetsrekommendationen beskrivs sex horisontella och fyra vertikala kvalitetsområden för den palliativa vården enligt en matrismodell. För dessa har kvalitetskriterier och preliminära exempel på kvalitetsindikatorer bestämts. De horisontella kvalitetsområdena är tillgång till vård i rätt tid och smidig kontinuitet i vården, föregripande planering av vården, helhetsinriktad individ- och familjecentrerad vård (som innehåller de tre kvalitetsområdena individcenterad vård som upprätthåller livskvaliteten, effektiv behandling av symtom samt psykosocialt, psykiskt och andligt stöd, stödjande av närstående och möjliggörande av delaktighet) samt human vård i livets slutskede och respektfullt stöd till närstående efter döden. De vertikala kvalitetsområdena är tillräcklig personal och ändamålsenliga övriga resurser, högklassig kompetens, smidigt informationsutbyte och effektiv kommunikation samt god samordning och ledning av servicekedjan. För kvalitetsområdena har sammanlagt 50 kvalitetskriterier fastställts, och för dessa flera exempel på kvalitetsindikatorer. Genom vidareutveckling av de mätbara kvalitetsindikatorerna blir det möjligt att bygga upp ett faktaunderlag för ett nationellt kvalitetsregister för palliativ vård och vård i livets slutskede. Förutsättningarna för att inrätta ett kvalitetsregister samt utveckling av faktaunderlaget beskrivs närmare i rapporten Mot ett kvalitetsregister för palliativ vård: Palliativisen hoidon ja saattohoidon laatutieto -projektin loppuraportti (Mot ett kvalitetsregister för palliativ vård: Slutrapport för projektet Kvalitetsuppgifter om palliativ vård och vård i livets slutskede, på finska med referat på svenska).¹⁵ Kvalitetsrekommendationen styrde också de utvecklingsprojekt som genomfördes med hjälp av statligt stöd 2021–2024 framskred.

¹³ Social- och hälsovårdsministeriet 2021:7

¹⁴ Nationell kvalitetsrekommendation för palliativ vård och vård i livets slutskede. Institutet för hälsa och välfärd, Handledning 4/2022. Tillgänglig på adressen <https://www.julkari.fi/handle/11111/33264>.

¹⁵ Kohti palliativisen hoidon laaturekisteriä. Palliativisen hoidon ja saattohoidon laatutieto -projektin loppuraportti (Mot ett kvalitetsregister för palliativ vård: Slutrapport för projektet Kvalitetsuppgifter om

För palliativ vård och vård i livets slutskede har det också getts en God medicinsk praxisrekommendation 2019¹⁶.

Bedömning av nuläget

Syftet med programmet för produktion av tjänster inom palliativ vård och förbättring av kvaliteten på vården¹⁷¹⁸ är att i Finland trygga rättidig och jämlik behandling, vård och omsorg i livets slutskede för alla som behöver det. Programmet genomfördes åren 2021–2024 först inom specialupptagningsområdena och sedan inom välfärdsområdena i form av utvecklingsprojekt med statsunderstöd. Utvecklingsarbetet grundade sig på social- och hälsovårdsministeriets rekommendationer om ordnande av palliativ vård.

Innan de statsstödda projekten inleddes uppfyllde situationen inom den palliativa vården och vården i livets slutskede inte social- och hälsovårdsministeriets rekommendationer: alla välfärdsområden hade ännu inte något palliativt centrum, det fanns inte jämlik tillgång till tjänster på specialistnivå, det fanns brister i konsultationsverksamheten och personalens kompetens och specialistnivåns stöd till enheterna inom socialvården var inte systematiskt. Det riksomfattande programmet för produktion av tjänster inom palliativ vård och förbättring av kvaliteten på vården (FinPall) hade till syfte att förbättra kvaliteten på och den rättidiga tillgången till palliativ vård vid social- och hälsovårdens enheter och höja de yrkesutbildades kompetens. Inom FinPall-projektet har det utvecklats fungerande modeller och tagits i bruk flera tjänster som ingår i social- och hälsovårdsministeriets rekommendationer från 2019. I och med dessa har tillgången till palliativ vård och kvaliteten på vården förbättrats betydligt. I slutrapporten för projektet konstateras dock att det fortfarande finns områden i vårt land där det saknas palliativa centrum och de palliativa vårdtjänsterna är beroende av små och sårbara resurser. Nätverket av experter och utvecklare stärktes genom projekten, och dess verksamhet har blivit etablerad.

Ansvar för att etablera de tjänster som startats efter projektet och göra tjänsterna jämlika mellan regionerna faller till största delen på välfärdsområdena. I den statliga styrningen bör det fästas vikt vid bevarande och vidareutveckling av de palliativa tjänsterna. Klarare bestämmelser stödjer säkerställandet av kompetensen i palliativ vård och vård i livets slutskede samt jämlik tillgång till tjänster inom denna vård i hela landet i enlighet med skrivningarna i regeringsprogrammet. I det följande beskrivs nuläget inom den palliativa vården och vården i livets slutskede utförligt utifrån FinPall-projektets slutrapport.

Enligt slutrapporten har hemsjukhusverksamhetens geografiska täckning förbättrats avsevärt. Bristen på personalresurser och specialkompetens i palliativ vård vid hemsjukhusen medför fortfarande utmaningar. Detta begränsar hemsjukhusens möjligheter att stödja hemvården och boendeservicen, vilket gör det utmanande att trygga en högklassig palliativ vård särskilt för äldre. Äldreomsorgsenheterna bör enligt rapporten integreras i de palliativa servicekedjorna

palliativ vård och vård i livets slutskede, på finska med referat på svenska). Saarto T, Finne-Soveri H, Hammar T, Forsius P, Lyytikäinen M, Lehto J & Ahtiluoto S. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2022:3. Tillgänglig på adressen

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/items/c125fb39-6603-45f9-9700-00d5cd454327>

¹⁶ <https://www.kaypahoito.fi/sv/gvr00063>

¹⁷ <https://stm.fi/sv/terminalvard>

¹⁸ <https://www.innokyla.fi/fi/kokonaisuus/palliativisen-hoidon-palvelujen-tuottaminen-ja-laadunparantaminen-ohjelma> (på finska)

mera systematiskt enligt modellen med hemsjukhus och det mobila sjukhuset. På så sätt befästs nivån på den palliativa vården inom äldreomsorgen. En av hörnstenarna inom hemsjukhusverksamheten och särskilt den vård i livets slutskede som ges i hemmet utgörs av hemsjukhusens stödavdelningar. Vid behov ska patienten smidigt kunna komma från hemmet till en vårdavdelning utan onödiga jourbesök.

För uppgifter som centraliserats i enlighet med centraliseringsförordningen och i överensstämmelse med rekommendationerna för den palliativa vården har de välfärdsområden som är huvudmän för ett universitetssjukhus och sammanslutningen HUS inrättat palliativa centrum. När projektet avslutades hade palliativa centrum inrättats i tre fjärdedelar av välfärdsområdena. I en del välfärdsområden utgör det palliativa centrumet en egen enhet i organisationen, och i en del är centrumet utformat som ett nätverk och en del saknar palliativt centrum.

De palliativa centrumen tillhandahåller invånarna i sitt område tjänster på specialnivå och krävande specialnivå. Enligt slutrapporten har inrättandet av palliativa centrum visat sig vara ett fungerande sätt att ordna tjänster och konsultationsstöd på specialnivå samt ansvara för hela den palliativa vårdkedjan i välfärdsområdena. Deras verksamhet gör det möjligt för experter att utvecklas professionellt. Trots den förbättrade tillgången bör de palliativa centrumens konsultationsverksamhet utvecklas vidare. Den modell för psykosocialt stöd som utvecklades inom ramen för projektet och integreringen av yrkesutbildade inom psykosocialt stöd i de palliativa centrumens multiprofessionella team har förbättrat förmågan att identifiera behovet av psykosocialt stöd och tillgången på stödet.

Det har visat sig att stöd för den palliativa vården under jourtid behövs. Enligt slutrapporten bör jourstöd för den palliativa vården finnas tillgängligt 24/7, så att tjänsten når patienten och kan tryggas i krävande fall och så att konsultationsstöd kan tillhandahållas utan tidsbegränsningar. Konsultationsverksamhet på specialnivå under jourtid har inletts på vissa orter i Södra Finland och Inre Finland under veckoslut. I övriga delar av Finland saknas den ännu.

Kompetensen för personalen i boendeservicen och hemvården inom palliativ vård och vård i livets slutskede utvecklades i programmet för produktion av tjänster inom palliativ vård och förbättrande av kvaliteten på vården. I samtliga välfärdsområden har det ordnats utbildning vid områdenas enheter för boendeservice och hemvård. I projektet skapades ett nätverk för expertsjukskötare och en modell för att säkerställa utbildningarnas kontinuitet. Dessa lösningar har tagits i bruk i en del av välfärdsområdena. En nationell modell för fortbildning inom palliativ vård och vård i livets slutskede på grundläggande nivå har tagits fram, och de utbildningsmaterial och utbildningsvideor som ingår finns att tillgå för alla yrkesutbildade i branschen. I samarbete med projektet Saava¹⁹ har man utarbetat anvisningar för att inleda frivilligverksamhet vid olika enheter²⁰. I slutrapporten konstateras att det för att stärka kompetensen och upprätthålla fortbildningarna behövs ett nätverk av kliniska expertsjukskötare inom palliativ vård.

Enligt rapporten har också servicehandledningen och tillgången på tjänster inom den palliativa vården och vården i livets slutskede för barn och unga förbättrats i och med de palliativa poliklinikerna, konsultationsverksamheten och hemsjukhusverksamheten. Verksamheten är

¹⁹ <https://www.sphy.fi/saava/>

²⁰ https://evl.fi/plus/wp-content/uploads/sites/3/2024/02/SAAVA-Saattohoidon-vapaaehtoisen-kasikirja_2024.pdf

fortfarande småskalig och behöver stärkas. I synnerhet för att tjänster som kan tillhandahållas i hemmet ska kunna ordnas nära hemmet förutsätts att samarbetet utvecklas.

Den palliativa vårdens tillgänglighet kan förbättras genom digitala tjänster särskilt i glesbygden. Digitala tjänster används ännu sparsamt inom den palliativa vården. En digital palliativ vårdväg kan stödja servicekedjorna och förbättra patienternas och de närståendes kontakt med de yrkesutbildade vårdgivarna och förbättra informationsgången mellan de olika yrkesutbildade vårdgivarna.

Ur den patients synvinkel som får palliativ vård är rekommendationen om en föregripande vårdplan särskilt betydelsefull. Också Tillstånds- och tillsynsverket anser att en föregripande vårdplan för vården i livets slutskede bör utarbetas. I denna antecknas bland annat patientens önskemål, vårddirektiv, behandlingsriktlinjer och begränsningar av vården samt anvisningar för hur man ska agera om patientens tillstånd plötsligt försämras²¹. I 4 a § i patientlagen, 24 § i hälso- och sjukvårdslagen och 7 § i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården finns bestämmelser om skyldigheten att utarbeta en vård- och serviceplan. Enligt en utredning av Institutet för hälsa och välfärd från 2022 uppfylls rekommendationen om att upprätta en föregripande vårdplan inte i de olika serviceformerna. Av enheterna för heldygnsvård uppgav över hälften att en föregripande vårdplan hade utarbetats för nästan alla patienter. Däremot är situationen inom hemvården klart sämre: i över hälften av hemvårdens verksamhetsområden eller team hade ingen plan utarbetats för någon av klienterna eller så hade den utarbetats för högst en tredjedel av klienterna²². Denna observation visar att praxis med föregripande planering särskilt i hemvårdens tjänster inte införts jämligt enligt syftet med rekommendationerna.

Behov att utveckla lagstiftningen om palliativ vård och vård i livets slutskede

Palliativ vård och vård i livets slutskede är uppgifter som redan omfattas av välfärdsområdenas organiseringsansvar, men det finns inga uttryckliga bestämmelser om dem i hälso- och sjukvårdslagen. En expertarbetsgrupp som utredde behovet av lagstiftning för vård i livets slutskede, självbestämmanderätt, palliativ vård och eutanasi föreslog i sin slutrapport (2021) att hälso- och sjukvårdslagen kompletteras med en ny 24 a § om palliativ vård och vård i livets slutskede. Enligt förslaget skulle kommunen (i dag således välfärdsområdet) bli skyldigt att ordna palliativ vård och vård i livets slutskede. Dessutom skulle begreppen palliativ vård och vård i livets slutskede definieras i den nya paragrafen. Därtill skulle det enligt förslaget föreskrivas att den palliativa vården och vården i livets slutskede differentieras enligt kompetensnivå så att en nationellt jämlig och behovsbaserad tillgång till vård tryggas i hela landet. I paragrafen skulle det också anges en skyldighet för sjukvårdsdistriktet (numera välfärdsområdena) att tillhandahålla mångsidiga och multiprofessionella palliativa centrum på specialnivå samt palliativa hemsjukhusnätverk som skulle täcka hela sjukvårdsdistriktet. Deras tjänster skulle vara tillgängliga under alla dygnets timmar. Dessutom föreslogs en bestämmelse enligt vilken de sjukvårdsdistrikt som hade ett universitetssjukhus skulle ha palliativa centrum som skulle för tjänsterna inom palliativ vård på krävande specialnivå i hela specialupptagningsområdet och som skulle ansvara för att genomförandeplaner för den palliativa vården och vården i livets slutskede för barn och unga utarbetas. I paragrafen skulle

²¹ <https://ivv.fi/sv/social-och-halsovord/vard-i-livets-slutskede>

²² Elämän loppuvaihetta pitäisi suunnitella iäkkäiden palveluissa enemmän (på finska). Forsius Pirita, Hammar Teija & Alastalo Hanna. Institutet för hälsa och välfärd, Tutkimuksesta tiiviisti 58/2022. Tillgänglig på adressen <https://www.julkari.fi/items/6f362770-fc19-4368-9b1d-37334e7edba0>

det enligt förslaget också ingå ett bemyndigande att genom förordning utfärda närmare bestämmelser om att producera tjänster inom palliativ vård och vården i livets slutskede och förbättra kvaliteten på tjänsterna.

Arbetsgruppen konstaterade att en partiell uppdatering av hälso- och sjukvårdslagen enbart genom att lägga till nya bestämmelser om palliativ vård och vård i livets slutskede är en mångfacetterad fråga, eftersom lagen och förordningen redan nu innehåller bestämmelser om sådan vård. Det är uppenbart att bestämmelserna och föreskrifterna om palliativ vård och vård i livets slutskede de facto överlappat den reglering som redan är i kraft, men genom att höja författningsnivån framhålls regleringens betydelse. Dessutom kan det effektivisera användningen av styr- och tillsynsmedel och sanktioner inom hälso- och sjukvårdsområdet.²³

Såsom framgår av de avsnitt som beskriver och bedömer nuläget inom den palliativa vården och vården i livets slutskede har bristerna i vården i livets slutskede och svårigheterna med att genomföra vården jämlikt i hela landet konstaterats redan för över tio år sedan. Man har försökt utveckla verksamheten genom utredningar, rekommendationer och utvecklings- och genomförandeprojekt. Kvaliteten på vården i livets slutskede har genom dessa åtgärder höjts och tillgången på den har förbättrats, men det förekommer fortfarande brister av vilka en del har bedömts vara väsentliga med avseende på tjänsternas kvalitet och jämlikhet.

Palliativ vård och vård i livets slutskede behövs i samband med flera olika grupper av sjukdomar, och de vårdmetoder som används för dem hör inte till en enda medicinsk specialitet, såsom cancersjukdomarnas specialitet. Modern palliativ vård och symtombehandling involverar flera specialiteter och yrken och kan också innehålla till exempel palliativa kirurgiska ingrepp och åtgärder. Läkarförbundet beviljar läkare intyg över specialkompetens i palliativ vård under vissa förutsättningar. Den palliativa vården är dock inte ett egen separat specialitet, och i Finland finns det inget utbildningsprogram för specialistläkare inom palliativ medicin. En motion om att införa palliativ medicin som en ny specialitet har lämnats in till social- och hälsovårdsministeriet. En utredning om att införa specialiteten behandlas som bäst vid social- och hälsovårdsministeriet och de organ som samordnar utbildningen av specialistläkare.

Metoder och åtgärder som hör till den palliativa vården och vården i livets slutskede används inom såväl primärvården som den specialiserade sjukvården. Genom enhetliga grunder för vården och rekommendationer för den palliativa vården och vården i livets slutskede har man strävat efter att fastställa en differentiering av vården och en vårdnivå som motsvarar patientens behov. Genom vård på grundläggande nivå kan man inte ersätta sådan palliativ vård eller vård i livets slutskede baserad på patientens behov där det behövs kompetens eller metoder som enligt differentieringen hör till den specialiserade vården.

För att vidareutveckla den palliativa vården och vården i livets slutskede inom hälso- och sjukvården och tillgodose patienternas rättigheter är det motiverat att precisera lagstiftningen så att det i hälso- och sjukvårdslagen uttryckligen föreskrivs om välfärdsrådets skyldighet att ordna palliativ vård och vård i livets slutskede. Genom att i lag definiera palliativ vård och vård i livets slutskede kan man dessutom styra vården så att den ges på ett högklassigt sätt.

Välfärdsområdena är självstyrande när det gäller genomförandet av servicen. Genom lagstiftning kan man utöva till och med kraftig styrning av hur tjänster tillhandahålls, men i regel föreskrivs det inte i hälso- och sjukvårdslagen eller de förordningar som utfärdats med

²³ Social- och hälsovårdsministeriet 2021:23, s. 57–59

stöd av den om någon skyldighet att ordna en viss tjänst i överensstämmelse med en viss förvaltningsstruktur eller ett visst förfarande. När man bedömer hur exakt det till exempel ska föreskrivas om differentieringen av vården eller huruvida välfärdsområdena ska påföras en skyldighet att driva palliativa centrum ska man därför noga överväga hur nödvändig styrande lagstiftning är. Reglering genom mycket detaljerade bestämmelser beaktar kanske inte olikheter mellan välfärdsområdena och kan leda till att lagstiftningen blir föråldrad genom att den till exempel förhindrar att nya slags verksamhetsmodeller utvecklas. Efter att expertgruppen lade fram de förslag som beskrivits ovan har utvecklingsarbetet fortsatt, och i störta delen av välfärdsområdena – men inte alla – finns ett palliativt centrum. Det väsentliga är inte huruvida centrumet fungerar som en skild enhet inom organisationen eller om det palliativa centrumets tjänster och kompetens har byggts upp i form av ett nätverk i välfärdsområdets struktur såvida patienten får service i enlighet med uppställda mål. Med stöd av den centraliseringsförordning som redan är i kraft har den krävande palliativa vården och vården i livets slutskede centraliserats till de välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus och sammanslutningen HUS, och för att sköta uppgiften driver de palliativa centrum. Någon skyldighet att uttryckligen driva palliativa centrum anges dock inte i förordningen.

Efter lagstiftningsarbetsgruppens arbete har det också skett en betydande förändring i omständigheterna såväl verksamhetsmässigt som juridiskt i och med att ansvaret för att ordna social- och hälsovård har överförts från kommunerna till välfärdsområden. Eftersom samma organisation ordnar tjänsterna har det därför blivit möjligt att planera och genomföra förnuftiga funktionella helheter inom såväl primärvården och den specialiserade sjukvården som socialvården. I lagen om ordnande av social- och hälsovård, lagen om välfärdsområden och lagen om tillsynen över social- och hälsovården finns en stor mängd bestämmelser som styr produktionen av tjänster. Även om hälso- och sjukvårdslagen kan preciseras så att där uttryckligen föreskrivs om välfärdsområdets skyldighet att ordna lagstadgad palliativ vård och vård i livets slutskede, anses det åtminstone inte för närvarande vara nödvändigt att genomföra andra mera detaljerade ändringar i hälso- och sjukvårdslagen.

2.2 Val av vårdenhet inom primärvården

2.2.1 Lagstiftning om val av vårdenhet för icke-brådskande vård

Bestämmelser om att välja vårdenhet för icke-brådskande vård finns i 47 § i hälso- och sjukvårdslagen. Paragrafens 1 mom. gäller primärvården. Enligt momentet får en person välja vid vilken hälsovårdscentral eller vilken hälsostation han eller hon vill få de hälso- och sjukvårdstjänster som avses 2 och 3 kap. i lagen, oavsett inom vilket välfärdsområdes område hälsovårdscentralen eller hälsostationen finns. I 2 kap. i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs det om tjänster för främjande av hälsa och välfärd och i 3 kap. om sjukvårdstjänster. Enligt 2 mom. gäller rätten att välja inte skolhälsovård enligt 16 § eller studerandehälsovård enligt 17 §. Rätten att välja gäller inte heller långvarig sluten vård, om inte något annat föreskrivs i lag. Ett välfärdsområde har ingen skyldighet att ordna hemsjukvård enligt 25 § utanför sitt eget område.

Den bestämmelse enligt vilken rätten att välja vårdenhet gäller långvarig sluten vård bara om det föreskrivs om detta i lag hänvisar i praktiken till 55 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Enligt denna kan den som önskar flytta och bli invånare i en kommun som ligger i ett annat välfärdsområdes område, men på grund av ålder eller funktionsnedsättning eller av någon annan liknande orsak inte kan bo där utan familjevård, service på institution eller boendeservice, ansöka om dessa tjänster och därtill andra socialtjänster som han eller hon behöver hos det välfärdsområde i vars område kommunen i fråga ligger på samma grunder som om han eller hon var invånare i kommunen. I paragrafen föreskrivs det också om förfaranden i samband med detta. I praktiken gäller nämnda 55 § i synnerhet tjänster inom socialvården, men

den kan i princip också tillämpas i en situation där en patient får långvarig vård vid en hälsovårdscentralers vårdavdelning (se även avsnitt 2.1.1).

I 47 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen finns bestämmelser om förfarandet vid byte av hälsovårdscentral eller hälsostation. En skriftlig anmälan om bytet ska lämnas både till den hälsovårdscentral eller hälsostation som personen anlitar för närvarande och till den valda hälsovårdscentralen eller hälsostationen. Vårdansvaret övergår till den valda hälsovårdscentralen eller hälsostationen senast tre veckor efter det att anmälan har kommit in. Valet kan gälla endast en hälsovårdscentral eller hälsostation åt gången. Personen kan välja hälsovårdscentral och hälsostation på nytt tidigast ett år efter det föregående valet.

Enligt 48 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen får en person som på grund av arbete, studier, fritid eller en nära anhörigs eller annan närstående persons boende eller av någon annan motsvarande orsak är bosatt eller regelbundet eller under en längre tid vistas i ett välfärdsområde inom vars område personen inte har sin hemkommun, för vård enligt vårdplanen också utnyttja primärvårdstjänsterna i ett annat välfärdsområde än det egna utan att den vårdansvariga hälsovårdscentralen eller hälsostationen ändras. Med regelbundet avses här att man känner till eller kan förutse tidpunkten för vistelsen och att vistelsen upprepar sig. Med vistelse en längre tid avses en oavbruten vistelse på åtminstone flera veckor. Denna situationen kan till exempel vara för handen i ett fall där en person arbetar på olika håll i landet och arbetet utförs under perioder av olika längd vid de enskilda arbetsställena (RP 90/2010 rd, s. 151/I). Enligt 2 mom. ska personen göra en anmälan om sitt val av hälsovårdscentral eller hälsostation på det sätt som föreskrivs i 47 § 1 mom.

I 47 och 48 § föreskrivs det också om val av vårdenhet för specialiserad sjukvård. Enligt 47 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen får en person om en läkare eller tandläkare bedömer att personen behöver tjänster inom den specialiserade sjukvården, välja vilken vårdgivande verksamhetsenhet inom ett välfärdsområdes specialiserade sjukvård han eller hon vill anlita, oavsett inom vilket välfärdsområdes område verksamhetsenheten finns. Vårdenheten ska väljas i samförstånd med den remitterande läkaren eller tandläkaren. Enligt 48 § i hälso- och sjukvårdslagen kan en person i den situation som beskrivs i föregående stycke för specialiserad sjukvård enligt vårdplanen också utnyttja tjänster vid en sådan verksamhetsenhet inom den specialiserade sjukvården som finns i ett annat välfärdsområde än det egna utan att vårdansvaret överförs.

Enligt 48 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ska studerande vid högskolor och andra läroanstalter inom ett samarbetsområde under den tid då de på grund av sina studier måste vistas i ett samarbetsområde inom vars område de inte har sin hemkommun beredas sjukvård på ett sjukhus eller vid en annan verksamhetsenhet i samarbetsområdet i fråga. Detsamma gäller en person som på grund av sitt arbete måste vistas på främmande ort och situationer där någon annan orsak absolut kräver att sjukvård ges i ett samarbetsområde inom vars område personen inte har sin hemkommun.

2.2.2 Praxis vid val av vårdenhet inom primärvården och bedömning av nuläget

Byte av vårdenhet inom primärvården

Enligt 47 § 1 mom. får en person välja hälsovårdscentral eller hälsostation tidigast ett år efter det föregående valet, det vill säga i praktiken får en person välja hälsovårdscentral eller hälsostation högst en gång per år. I förarbetena till bestämmelsen (RP 90/2010 rd) anges ingen motivering till att detta sågs som ett lämpligt intervall. Det får antas att begränsningarna hade

sin bakgrund i att man önskade ge kommunerna, numera välfärdsområdena, möjlighet att organisera sin verksamhet systematiskt, vilket är lättare om det inte förekommer snabba variationer i antalet kunder som anlitar enstaka hälsovårdscentraler eller hälsostationer. På lösningen har sannolikt också den bestämmelse i 48 § 1 mom. inverkat enligt vilken en person som på grund av arbete, studier, fritid eller en nära anhörigs eller annan närstående persons boende eller av någon annan motsvarande orsak är bosatt eller regelbundet eller under en längre tid vistas i ett välfärdsområde inom vars område personen inte har sin hemkommun, för vård enligt vårdplanen också får utnyttja primärvårdstjänsterna i ett annat välfärdsområde än det egna utan att den vårdansvariga hälsovårdscentralen eller hälsostationen ändras. Sålunda är det möjligt när livssituationen kräver det och under villkor som anges i lagen att få vård i ett annat välfärdsområde utan byte av hälsovårdscentral eller hälsostation. I en regeringsproposition där regleringen om valet av vårdenhet görs klarare konstateras att om en person flyttar, utgör detta ett skäl till att välja vårdenhet på nytt även om det ännu inte har gått ett år sedan det föregående valet (RP 319/2022 rd, s. 41).

Enligt regeringsprogrammet för statsminister Petteri Orpos regering ska det bli möjligt att välja ny vårdenhet för den icke-brådskande vård som definieras i hälso- och sjukvårdslagen med tre månaders intervaller. I förarbetena till gällande reglering om valet av vårdplats angavs som motivering till regleringen att syftet med den ökade valmöjligheten var att garantera patienternas möjligheter att få de tjänster de behöver på den ort och vid den tidpunkt som passar patienten. Ökade valmöjligheter kan i bästa fall leda till mera klientcentrerade serviceprocesser och en utveckling av tjänsternas kvalitet, förkorta patientköerna och öka klienternas förtroende för offentliga tjänster (RP 90/2010 rd, s. 150/I). Genom att det blir möjligt att välja vårdenhet inom primärvården oftare än för närvarande ökar kundernas valfrihet. Kundnöjdheten kan också öka. En flexiblere valmöjlighet gynnar i synnerhet patienter som under ett år bor på flera orter och vars servicebehov inte i tillräcklig grad motsvaras av den nuvarande rätt att välja enligt 48 § 1 mom. som är knuten till en vårdplan. Dessutom hjälper en flexiblere möjlighet att välja vårdenhet än för närvarande de patienter som är missnöjda med sin hälsovårdscentral eller hälsostation och gör det möjligt att flexiblere bli kund vid en annan central eller station. I den statistik- och indikatorbank Sotkanet.fi som förs av Institutet för hälsa och välfärd samlas årligen information om hur kunderna inom primärvården har valt hälsostation. Som indikator används antalet nya kunder per 10 000 invånare (ind. 5058). Värden på indikatorn publiceras årligen. Informationen finns att tillgå för åren 2015–2024. Statistiken baserar sig på data från tjänsteproducenterna som dagligen samlas in från patientdatasystemen automatiskt (Avohilmo-data). Data för indikatorer inom den öppna primärvården har tagits från registret Avohilmo några dagar innan indikatorn uppdaterades i Sotkanet.

Åren 2015–2024 blev 22,2–40,5 personer per 10 000 invånare nya kunder i hela landet. Störst var antalet år 2022 (40,5/10 000 invånare). År 2023 och 2024 var antalet 37,4 respektive 34,0, det vill säga lägre än 2022 då det var tidsseriens högsta. I absoluta tal låg antalet nya kunder i intervallet 11 353–22 556. Antalet var störst år 2022. Åre 2023 och 2024 uppgick de nya kunderna till 20 941 respektive 19 157 personer.

Det finns luckor i uppgifterna vars inverkan på de riksomfattande antalen har bedömts av Institutet för hälsa och välfärd. Luckor finns i uppgifterna för Vanda (från och med 2019), Helsingfors (från och med 2021) och Kervo (från och med 2021). Deras inverkan på antalet besök i hela landet var störst år 2022, då antalet besök av denna orsak blev ca 7 procent lägre. Från och med år 2024 verkar uppgifterna för Helsingfors åter vara på sin tidigare korrekta nivå. Uppgiften om antalet besök år 2024 är för Vandas del ca 20 procent för låg och för Kervos del ca 30 procent för låg. Inverkan av dessa brister i uppgifterna för 2024 på besöksstalet för hela landet är runt en procent.

Enligt tillgängliga uppgifter om indikatorer och antal har det relativa och absoluta antalet nya kunder länge hållit sig på samma nivå, och utifrån åren 2023–2024 väntas inga stora förändringar i antalen.

I konsultföretaget NHG:s utredning tillfrågades två välfärdsområden om antalet byten. Svaren ligger i linje med statistiken i sotkanet.fi, eftersom det i ett välfärdsområde gjordes ca 1000 byten per år av vilka hälften gjordes elektroniskt och hälften på papper. I ett annat välfärdsområde gjordes sammanlagt 500 byten. I båda områdena skedde merparten av bytena inom välfärdsområdet, och bara en liten del av dem som bytte till en vårdenhet i ett annat välfärdsområde.

Begränsningar i valet av vårdenhet

I den reglering i gällande 47 § 2 mom. som gäller tjänster som inte omfattas av rätten att välja vårdenhet inom primärvården har det observerats en del preciseringsbehov. Enligt momentet gäller rätten att välja inte skolhälsovård enligt 16 § eller studerandehälsovård enligt 17 §. Enligt motiveringarna till bestämmelsen grundar sig undantaget på att det ligger i barnens och de ungas intresse att den fysiska platsen för skolgången och elevvården bildar en helhet så att inte skolhälsovården genom möjligheten att välja åtskiljs från elevvårdshelheten. På samma sätt som skolhälsovården är studerandehälsovården en helhet som det för studerandenas skull är ändamålsenligt att behålla som en helhet (RP 90/2010 rd, s. 154/II–155/I). Enligt 17 a § i hälso- och sjukvårdslagen, som trädde i kraft den 1 januari 2023, ska välfärdsområdet ordna elevhälsans psykologtjänster för de elever och studerande som deltar i sådan undervisning eller utbildning som avses i 1 § i lagen om elev- och studerandevård (1287/2013) vid de skolor och läroanstalter som är belägna inom välfärdsområdets område oberoende av elevernas och de studerandes hemvist. Elevhälsans psykologtjänster är en del av de elevhälsotjänster som avses i lagen om elev- och studerandevård. Med tanke på tydligheten och enhetligheten i lagstiftningen är det motiverat att lägga till elevhälsans psykologtjänster enligt 17 a § i den bestämmelse i 47 § 2 mom. där det föreskrivs om tjänster som rätten att välja inte gäller.

Enligt 47 § 2 mom., som gäller undantag från rätten att välja vårdenhet, har ett välfärdsområde ingen skyldighet att ordna hemsjukvård enligt 25 § utanför sitt eget område. Om en person till vårdgivande hälsovårdscentral eller hälsostation har valt en sådan central eller station som hör till ett annat välfärdsområde än det välfärdsområde inom vars område personens hem, bostadsort eller någon annan jämförbar plats finns, har det välfärdsområde som valet fallit på ingen skyldighet att ordna tjänster i personens hem. Om en sådan skyldighet fanns, skulle den i praktiken innebära att personal från ett välfärdsområde skulle bli tvungen att åka till ett annat välfärdsområde för att sköta en kund eller vidta arrangemang för att en annan tjänsteproducent ska kunna tillhandahålla tjänster i kundens hem.

I praktiken innebär begränsningen i fråga om hemsjukvården att det välfärdsområde inom vars område personen har sitt hem svarar för ordnandet av hemsjukvården fastän personen annars har valt en hälsovårdscentral eller hälsostation i ett annat välfärdsområde som sin primära vårdenhet inom primärvården. Begränsningen kan anses motiverad med tanke på den praktiska verksamheten, men att begränsningen enbart gäller hemsjukvården kan anses för snävt. I den medicinska rehabiliteringen kan det till exempel ingå tjänster som tillhandahålls i hemmet, såsom installation av hjälpmedel. Det är motiverat att utvidga begränsningen att ett välfärdsområde inte har någon skyldighet att ordna hemsjukvård utanför sitt eget område så att den omfattar också övriga tjänster som tillhandahålls i hemmet. När organiseringsansvaret på detta sätt görs enhetligare, förhindras situationer där valet av vårdenhet leder till en omotiverad skyldighet att producera tjänster i ett annat välfärdsområdes område. Samtidigt gör lagändringen

välårsområdets ansvar och den organiseringslogik som gäller förfarandena inom dess eget område klarare.

2.3 Offentliggörande av uppgifter om hur de längsta väntetiderna för att få vård har hållits

2.3.1 Lagstiftning om offentliggörande av uppgifter om hur de längsta väntetiderna för att få vård har hållits

I 51, 51 a, 51 b, 51 c §, 52 och 53 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs det om hur fort vård ska ges och om de längsta acceptabla väntetiderna för vård. Bestämmelserna i 51 § (Att få kontakt med en enhet inom primärvården samt bedömning av vårdbehovet), 51 a § (Att få vård inom primärvården), 51 b § (Att få mun- och tandvård inom primärvården) och 53 § 1 mom. (hur fort barn och unga under 23 år har rätt att få korttidspsykoterapi eller strukturerad och tidsbegränsad psykosocial behandling som grundar sig på psykologisk interaktion) gäller hur fort vård ska ges inom primärvården. Bestämmelserna i 51 c § (Att få specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård), 52 § (Att få vård inom den specialiserade sjukvården) och 53 § 2 mom. (hur fort barn och unga under 23 år har rätt att få vård inom den psykiatriska specialiserade sjukvården för barn och unga) gäller hur fort vård ska ges inom den specialiserade vården.

Enligt 51 § ska välårsområdet ordna sin verksamhet så att en patient vardagar under tjänstetid under samma dag kan få kontakt med hälsovårdscentralen eller någon annan verksamhetsenhet inom primärvården och få en individuell bedömning av sitt undersöknings- eller vårdbehov och av hur brådskande det är samt av vilken yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som utför sådana undersökningar eller ger sådan vård som patienten behöver.

I 51 a § anges längsta väntetider för vård, och dessa är olika för dem som är under 23 år gamla och dem som fyllt 23 år.

Den första vård- eller rehabiliteringshändelsen i sådan icke-brådskande vård, rehabilitering och tjänst för främjande av hälsa och välbefinnande inom primärvården som vid en bedömning enligt 51 § har konstaterats vara medicinskt nödvändig samt i en tjänst som gäller att utarbeta ett intyg eller ett utlåtande ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd, arbets-, studie- och funktionsförmåga, behov av tjänster och sjukdomens eller skadans sannolika förlopp, dock inom tre månader från bedömningen. Om en patient på grundval av en bedömning enligt 51 § har hänvisats till någon annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar att patienten för behandling av hälsoproblemet i fråga har behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en läkare, ska också mottagningsbesök hos en läkare ordnas inom tre månader från den bedömning som avses i 51 §. Denna längsta väntetid för vård på tre månader gäller för all vård som ges personer som fyllt 23 år.

För den som är under 23 år ska den första vårdhändelsen ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens eller skadans sannolika förlopp, dock inom de 14 dygn som följer på en bedömning enligt i 51 §, om patienten söker vård på grund av insjuknande, skada, förvärring av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan och det är fråga om vård inom området allmänmedicin. Om en patient har hänvisats till någon annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar att patienten för behandling av sitt hälsoproblem har behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en läkare, ska det ordnas ett mottagningsbesök hos en läkare inom de sju dygn som följer på mottagningsbesöket hos den yrkesutbildade personen. I fråga om andra tjänster ska den första vårdhändelsen också

för den som är under 23 år ordnas enligt 1 mom. det vill säga inom skälig tid och senast tre månader från bedömningen.

De längsta väntetiderna gäller inte vårdhändelser enligt en vård eller rehabiliteringsplan.

Enligt 53 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ska korttidspsykoterapi eller strukturerad och tidsbegränsad psykosocial behandling som grundar sig på psykologisk interaktion inom primärvården för barn och unga under 23 år inledas inom 28 dygn från det att behovet av sådan behandling konstaterades, om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver något annat.

Enligt 51 b § om mun- och tandvård inom primärvården ska den första undersöknings- eller vårdhändelsen för en person som fyllt 23 år ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp, dock inom sex månader från den i 51 § avsedda bedömningen. Om en patient på grundval av en bedömning som avses i 51 § har hänvisats till någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska det också ordnas tillgång till en tandläkare inom den tid som anges i 1 mom. förflutit från den i 51 § avsedda bedömningen. Om en yrkesutbildad person inom mun- och tandvård konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en specialisttandläkare som är verksam inom primärvården, ska tillgång till en specialisttandläkare ordnas inom skälig tid, dock inom sex månader från det att den yrkesutbildade personen i fråga konstaterade behovet av tjänsten.

För den som är under 23 år ska undersökning eller den första undersöknings- eller vårdhändelsen ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp, dock inom tre månader från den i 51 § avsedda bedömningen. Om en patient på grundval av en bedömning som avses i 51 § har hänvisats till någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska det ordnas tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades eller inom tre månader från den i 51 § avsedda bedömningen. Om en yrkesutbildad person inom mun- och tandvård i fråga om ett barn eller en ung person under 23 år konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en specialisttandläkare som är verksam inom primärvården, ska tillgång till en specialisttandläkare ordnas inom skälig tid, dock inom tre månader från det att den yrkesutbildade personen ifråga konstaterade behovet av tjänsten.

De längsta väntetiderna för att få mun- och tandvård (sex månader för personer som fyllt 23 år och tre månader för personer som är under 23 år) tillämpas inte om individuella undersöknings- eller vårdintervall har bestämts för patienten.

Om en till rådgivningsbyråtjänsterna eller skol- och studerandehälsovården hörande periodisk kontroll av munhälsan utförs av någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska det ordnas tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades. På vården tillämpas också andra bestämmelser som beskrivits ovan.

Enligt 2 mom. i 52 § om att få vård inom den specialiserade sjukvården ska bedömningen av vårdbehovet inledas inom tre veckor från det att remissen anlände till ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård som välfärdsområdet ansvarar för. Om

bedömningen av vårdbehovet förutsätter en bedömning av en specialist, särskild bilddiagnostik eller särskilda laboratorieundersökningar, ska bedömningen och de behövliga undersökningarna göras inom tre månader från det att remissen anlände till ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård inom välfärdsområdet. Enligt 51 c § ska bedömningen av behovet av specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård inledas inom tre veckor från det att en remiss har anlant till verksamhetsenheten.

Enligt 52 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ska vård, behandling och rådgivning som utifrån bedömningen av vårdbehovet konstaterats vara medicinskt, odontologiskt eller hälsovetenskapligt nödvändiga, med beaktande av hur brådskande den är, ordnas och inledas inom skälig tid, dock inom sex månader från det att vårdbehovet slogs fast. I fråga om specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård föreskrivs i 51 c § 2 mom. att vård som i samband med en bedömning av vårdbehovet har konstaterats vara medicinskt eller odontologiskt nödvändig ska ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp, dock inom tre månader från bedömningen av vårdbehovet. Den längsta väntetiden får överskridas med högst tre månader, om vården av medicinska, odontologiska, terapeutiska eller andra motsvarande motiverade skäl kan skjutas upp utan att patientens hälsotillstånd äventyras.

Enligt 53 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ska bedömningen av vårdbehovet inom den psykiatriska specialiserade sjukvården för barn och unga under 23 år inledas inom tre veckor från det att remissen anlände till ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård som välfärdsområdet ansvarar för eller till en verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård i samband med primärvården. Om bedömningen av vårdbehovet kräver en bedömning av en specialist, särskild bilddiagnostik eller särskilda laboratorieundersökningar, ska bedömningen och de behövliga undersökningarna göras inom sex veckor från det att remissen anlände. Enligt paragrafens 4 mom. ska psykiatrisk specialiserad sjukvård som utifrån en bedömning av vårdbehovet konstaterats vara nödvändig i fråga om barn och unga under 23 år, med beaktande av hur brådskande vården är, ordnas inom tre månader från det att vårdbehovet konstaterades, om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver något annat.

De längsta väntetiderna för att få vård tillämpas också i studerandehälsovården för högskolestuderande, i sjukvården för fångar och i praktiken i de hälso- och sjukvårdstjänster som ordnas av förläggningarna. I 10, 10 a och 10 b § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande (695/2019) finns bestämmelser om väntetider för vård som motsvarar dem i 51 a och 51 b § och 53 § 2 mom. i hälso- och sjukvårdslagen. De tjänster som föreskrivs i lagen ordnas av Folkpensionsanstalten, och de produceras enligt lagen av Studenternas hälsovårdsstiftelse. Med stöd av lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande ordnas inte tjänster inom den specialiserade sjukvården, varför det i lagen inte heller föreskrivs om hur fort vård ska ges inom den specialiserade sjukvården.

Hälso- och sjukvård för fångar ordnas av Enheten för hälso- och sjukvård som lyder under Institutet för hälsa och välfärd. I 10 kap. 1 § i fängelselagen (767/2005) och i 6 kap. 1 § i häktninglagen (768/2005) finns det bestämmelser enligt vilka det på de längsta väntetiderna för att få vård som ordnas av Enheten för hälso- och sjukvård för fångar tillämpas vad som i 51, 51 a, 51 b och 52–54 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs om att få vård.

I lagen om mottagande av personer som söker internationellt skydd och om identifiering av och hjälp till offer för människohandel (746/2011, nedan *mottagandelagen*) föreskrivs det om förläggningarnas skyldighet att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster för i lagen avsedda personer som söker internationellt skydd, får tillfälligt skydd eller är offer för människohandel.

Enligt 26 § 1 mom. i mottagandelagen har personer som söker internationellt skydd och offer för människohandel som inte har en i lagen om hemkommun (201/1994) avsedd hemkommun i Finland rätt till hälso- och sjukvårdstjänster i enlighet med 50 § i hälso- och sjukvårdslagen (dvs. brådskande tjänster) samt rätt till andra hälso- och sjukvårdstjänster som en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården bedömt som nödvändiga. Enligt paragrafens 2 mom. ska personer som får tillfälligt skydd eller barn som söker internationellt skydd samt offer för människohandel som är barn och inte har en i lagen om hemkommun avsedd hemkommun i Finland få hälso- och sjukvårdstjänster på samma grunder som en person som har en i lagen om hemkommun avsedd hemkommun i Finland. Enligt regeringens proposition 74/2022 rd (s. 80) kan regleringen i 26 § 2 mom. i mottagandelagen tolkas innebära en skyldighet att tillhandahålla personer som får tillfälligt skydd samt sådana personer under 18 år som söker internationellt skydd eller är offer för människohandel icke-brådskande vård inom motsvarande tidsgränser som de som föreskrivs i hälso- och sjukvårdslagen. I mottagandelagen finns det likväl inga bestämmelser om de längsta väntetiderna för vård.

Enligt 55 § i hälso- och sjukvårdslagen ska ett välfärdsområde månadsvis i det allmänna datanätet offentliggöra nyckeltal för den föregående kalendermånaden om hur de i 51, 51 a och 51 b § samt 53 § 1 mom. föreskrivna längsta väntetiderna har hållits samt med fyra månaders mellanrum nyckeltal om hur de i 51 c och 52 § samt 53 § 2 och 3 mom. föreskrivna längsta väntetiderna har hållits. I praktiken innebär det här att de nyckeltal som anger hur väl de föreskrivna längsta väntetiderna har efterlevts i primärvården ska publiceras månadsvis och de nyckeltal som anger hur väl de föreskrivna längsta väntetiderna har efterlevts i den specialiserade vården med fyra månaders intervaller. Enligt 10 kap. 1 § 4 mom. i fängelselagen och 6 kap. 1 § 4 mom. i häktningsslagen ska Enheten för hälso- och sjukvård för fångar offentliggöra nyckeltal på motsvarande sätt och enligt 10 d § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande ska Studenternas hälsovårdsstiftelse på motsvarande sätt månadsvis offentliggöra nyckeltal för hur de föreskrivna längsta väntetiderna för att få vård inom primärvården har hållits.

Nyckeltalen för hur väl de längsta väntetiderna för att få vård har hållits tas fram av Institutet för hälsa och välfärd i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen, lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande, fängelselagen och häktningsslagen utifrån uppgifter som institutet får med stöd av 5 och 5 c § i lagen om Institutet för hälsa och välfärd (668/2008). Institutet för hälsa och välfärd ska lämna nödvändiga uppgifter till välfärdsområdena för offentliggörande. Enligt 5 § i lagen om Institutet för hälsa och välfärd har institutet rätt att för skötseln av sina lagstadgade uppgifter (bland annat att följa och utvärdera verksamheten inom social- och hälsovården) bland annat av myndigheter som ordnar social- och hälsovård samt aktörer som producerar social- och hälsovårdstjänster få uppgifter som gäller institutionsvård och öppenvård bland annat i fråga om tidpunkt för inledande och avslutande av servicen, grunden för tillhandahållande av servicen och tillgången till den samt behovet, arten och omfattningen av servicen. Uppgifterna om hur väl de föreskrivna väntetiderna för att få vård har hållits sparas som en del av vårdanmälningarna från primärvården (Avohilmo), som är en del av vårdanmälningssystemet för social- och hälsovården (Hilmo). I 5 c § i lagen om Institutet för hälsa och välfärd föreskrivs det om en personuppgiftsansvarigs skyldighet att lämna uppgifter och om den rätt Institutet för hälsa och välfärd på grund av skyldigheten att lämna uppgifter har att besluta om nya insamlingar av uppgifter och utvidgning av insamlingar av uppgifter, om vilka tidsfrister och förfaranden som ska iaktas när uppgifterna lämnas och om återrapportering till uppgiftslämnarna.

Välfärdsområdet ska offentliggöra nyckeltalen separat för varje sjukhus, hälsovårdscentral och annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården. Om det finns en hälsovårdscentral, en tandvårdsklinik eller någon annan motsvarande separat enhet som lyder under en

verksamhetsenhet, ska nyckeltalen publiceras separat för varje sådan enhet förutsatt att det är möjligt. Studenternas hälsovårdsstiftelse ska offentliggöra nyckeltal för varje verksamhetsställe. Inom hälso- och sjukvården för fångar ska nyckeltalen för respektive sjukhus och poliklinik inom Enheten för hälso- och sjukvård för fångar offentliggöras separat, och nyckeltalen för de specialsjukvårdstjänster som anskaffats som köptjänster ska offentliggöras gällande hela Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. Nyckeltalen ska också offentliggöras så att de är tillgängliga för fångarna i fängelset. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet får närmare bestämmelser utfärdas om de nyckeltal som ska offentliggöras.

2.3.2 Praxis vid offentliggörandet av uppgifter om hur väl de längsta väntetiderna för att få vård har hållits samt bedömning av nuläget

Gällande lagstiftning om att publicera nyckeltal om hur väl de längsta väntetiderna för att få vård har efterlevts trädde i kraft den 1 september 2023. Då ändrades lagstiftningen så att man i övervakningen av väntetiderna för att få vård inom primärvården övergick till offentliggörande av informationen månadsvis, medan informationen tidigare enligt hälso- och sjukvårdslagen i fråga om såväl primärvården som den specialiserade sjukvården skulle offentliggöras var fjärde månad. Ändringen hade samband med att det i lagen infördes en längsta väntetid på sju dygn (under en övergångstid fjorton dygn) i stället för den tidigare längsta väntetiden på tre månader om patienten söker vård på grund av insjuknande, skada, förvärrning av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan och det är fråga om vård inom området allmänmedicin. För den mun- och tandvård som hör till primärvården var den längsta väntetiden tre dygn (under en övergångstid fyra månader) i stället för tidigare sex månader. Ändringen grundade sig på regeringens proposition RP 74/2022 rd.

Den längsta väntetiden för att få vård på sju dygn som skulle införas enligt regeringsprogrammet för statsminister Orpos regering trädde aldrig i kraft, utan i samband med att en proposition baserad på regeringsprogrammet godkändes fastställdes den längsta väntetiden till fjorton dygn (RP 55/2023 rd). Senare fattade regeringen fler beslut för att balansera statsfinanserna, och som längsta väntetid för att få vård för personer som fyllt 23 år återinfördes tre månader för öppenvård inom primärvården och sex månader för mun- och tandvården inom öppenvården. För personer under 23 år är den längsta väntetiden för att få vård i vissa situationer fortfarande fjorton dygn och i mun och tandvården tre månader (RP 134/2024 rd). Det finns en del kompletterande specialbestämmelser om att få vård som beskrivs i föregående avsnitt.

Enligt regeringsprogrammet för statsminister Orpos regering ska välfärdsområdena förpliktigas att med tätare intervaller och på ett kundorienterat sätt offentliggöra uppgifter om hur de lagstadgade tidsfristerna för att ge vård uppfyllts. Skrivningen i regeringsprogrammet gjordes under en tid när den längsta väntetiden för att få vård också för dem som hade fyllt 23 år var betydligt kortare än nuvarande tre månader, närmare bestämt fjorton dygn. För primärvårdens del anses det inte ändamålsenligt att kräva rapportering av väntetiderna för att få vård med kortare intervaller än för närvarande. Även om den längsta väntetiden för att få vård för personer under 23 år i vissa situationer fortfarande är fjorton dygn, anses det likväl inte motiverat att i fråga om dessa tjänster lagstifta om ett särskilt, kortare rapporteringsintervall för väntetiderna för att få vård.

När regleringen i 55 § i hälso- och sjukvårdslagen om att följa hur väl de längsta väntetiderna för vård efterlevs utarbetades i lagprojektet RP 74/2022 rd, ändrades inte intervallerna för offentliggörande av uppgifter om denna efterlevnad. I lagstiftningen föreskrivs det fortsättningsvis att informationen för den specialiserade sjukvårdens del offentliggörs på välfärdsområdets webbplats med fyra månaders mellanrum, det vill säga tre gånger om året.

Syftet med att följa väntetiderna för att få vård är att stödja egenkontrollen inom hälso- och sjukvården och att tillhandahålla tillsynsmyndigheterna information om hur väl de lagstadgade längsta väntetiderna för att få vård efterlevs. I 23 § i lagen om tillsynen över social- och hälsovården föreskrivs det om tjänsteordnarnas, det vill säga också välfärdsområdenas, skyldighet att genomföra egenkontroll. I denna ingår bland annat att tjänsteordnaren säkerställer tillgången till egna tjänster och till de tjänster som anskaffats samt tjänsternas kontinuitet, säkerhet och kvalitet. I 29 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård föreskrivs det om välfärdsområdets skyldighet att följa och utvärdera social- och hälsovården. Välfärdsområdet ska bland annat följa behovet av den social- och hälsovård som det ordnar samt tillgången på vård och jämlikheten i vården. Välfärdsområdet ska jämföra uppföljningsdata med motsvarande information för övriga välfärdsområden. Jämförelseinformation produceras nationellt av Institutet för hälsa och välfärd. Välfärdsområdet ska använda informationen i informationsledningen av den hälso- och sjukvård som omfattas av välfärdsområdets organiseringsansvar som stöd för styrningen, ledningen och beslutsfattandet i fråga om verksamheten, produktionen och ekonomin. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet får det utfärdas närmare bestämmelser om bland annat den minimiinformation som ska produceras för uppföljningen. Ingen förordning om minimiinformationen har utfärdats, men en förordning har beretts vid social- och hälsovårdsministeriet under början av år 2026.

Uppföljningen av hur lång tid det tar att få vård och det faktum att informationen är offentligt tillgänglig i internet är betydelsefullt också med tanke på tillgodoseendet av patienternas rättigheter. I patientlagen föreskrivs det att en patient som är missnöjd med den hälso- och sjukvård som han eller hon har fått vid en verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård eller med bemötandet i samband med den har rätt att framställa anmärkning till den chef som ansvarar för hälso- och sjukvården vid verksamhetsenheten. En sådan anmärkning kan också gälla den tid patienten har fått vänta på att få vård. Patienten har också rätt anföra klagomål till laglighetsövervakarna. Patienten kan använda information som är offentligt tillgänglig i sin anmärkning eller sitt klagomål. Dessutom kan patienten ha nytta av informationen när denne gör en jämförelse för att välja hälsovårdscentral eller sjukhus i enlighet med bestämmelserna om val av vårdenhet i hälso- och sjukvårdslagen. Genom att uppgifter om väntetider för vård offentliggörs, genomförs enligt de ursprungliga motiveringarna till bestämmelsen myndighetens skyldighet enligt 20 § i lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet (621/199) att främja öppenhet i sin verksamhet och i detta avseende vid behov sammanställa statistik och andra datamaterial om sin verksamhet och sina tjänster samt informera om sin verksamhet och sina tjänster (RP 77/2004 rd, s. 41/II och 44/I).

Institutet för hälsa och välfärd för statistik kallad Tillgång till vård inom den specialiserade sjukvården. Den innehåller uppgifter om hur länge vårdsökande tvingats vänta på vård vid de enheter inom välfärdsområdena som tillhandahåller specialiserad sjukvård. Sedan år 2021 har uppgifterna införts i registret Tillgång till vård inom den specialiserade sjukvården och offentliggörs månatligen i institutets databaser. En statistikrapport publiceras en gång om året. Informationen samlas in hos de enheter som tillhandahåller specialiserad sjukvård varje månad under månadens sista dag. Att lämna uppgifterna till Institutet för hälsa och välfärd är obligatoriskt och grundar sig på lagen om Institutet för hälsa och välfärd (668/2008). Enligt 55 § i hälso- och sjukvårdslagen produceras de uppgifter om väntetider för att få vård som välfärdsområdet offentliggör i det allmänna datanätet av Institutet för hälsa och välfärd, det vill säga välfärdsområdet offentliggör på sina sidor information som producerats av Institutet för hälsa och välfärd.

Vid beredningen av denna proposition granskades hur välfärdsområdena offentliggör informationen om väntetiderna för att få vård på sina webbplatser. Utifrån granskningen

(2/2026) sköter största delen av välfärdsområdena rapporteringen så att de har satt in en länk till Institutet för hälsa och välfärd sida om tillgången till specialiserad sjukvård och de uppgifter som gäller välfärdsområdet i de så kallade statistiska kuberna. Institutet för hälsa och välfärd producerar information om antalet personer som väntat på vård i 1–90 dygn, 91–180 dygn, och över 180 dygn inom den specialiserade sjukvården specifikt för varje välfärdsområde och medicinsk specialitet. Dessutom anges andelen personer som väntat på vård i mera än 180 dygn, det vill säga över den lagstadgade längsta väntetiden på sex månader, i procent. Även den genomsnittliga väntetiden (medianen) statistikförs. Dessa uppgifter ger patienterna detaljerad information om läget i fråga om väntetiderna för att få vård. På välfärdsområdenas sidor förekom det likväl variation i fråga om vilken information länkarna ledde till. Välfärdsområdena lägger i allmänhet ut länkar till informationen i den statistik som nämns ovan eller så återpublicerar de statistiken på sin webbplats. Men på några välfärdsområdens webbplats fanns det endast länkar till antalet personer som väntar på vård och på några välfärdsområdens webbplats bara en länk till Institutet för hälsa och välfärd allmänna sidor om tillgången till vård inom den specialiserade sjukvården²⁴ och alltså inga länkar till den information som gäller välfärdsområdet i fråga. På ett välfärdsområdes webbplats hade uppgifterna om väntetider för att få vård inte alls uppdaterats under år 2025.

Eftersom Institutet för hälsa och välfärd producerar statistisk information om väntetider för att få vård månadsvis, är informationen i praktiken redan nu tillgänglig för patienterna månadsvis också via välfärdsområdenas sidor. Det är ändamålsenligt att bringa lagstiftningen i överensstämmelse med praxis. Ändringen avses också gälla Enheten för hälso- och sjukvård för fångar.

Som ovan beskrivits finns det brister i hur välfärdsområdena tillhandahåller informationen för patienterna på sina webbplatser. I synnerhet den praxis där välfärdsområdet bara har en länk till Institutet för hälsa och välfärd allmänna sida om tillgången på vård inom den specialiserade sjukvården och inte till information som gäller välfärdsområdet i fråga motsvarar inte syftet med gällande lagstiftning. Informationen är inte lättillgänglig för patienterna på ett kundvänligt sätt om den måste sökas i en datakub på Institutet för hälsa och välfärd webbplats. Sådana brister kan rättas till genom administrativ styrning, och det bedöms inte att det behövs ändringar i lagstiftningen för att avhjälpa dem.

3 Målsättning

De föreslagna bestämmelserna om att palliativ vård och vård i livets slutskede är tjänster som välfärdsområdena har ansvar för att ordna, och de föreslagna definitionerna av dessa vårdformer stöder det faktiska genomförandet av vården på ett högklassigt sätt i välfärdsområdena.

Genom att det blir möjligt att oftare än för närvarande byta vårdenhet inom primärvården främjas patienternas valfrihet och underlättas i synnerhet skötseln av ärenden för sådana personer som bor eller vistas på flera än en ort.

I och med det skärpta kravet på hur ofta det måste offentliggöras information på välfärdsområdenas webbsidor om hur de längsta tillåtna väntetiderna för att få vård inom den specialiserade sjukvården har hållits främjas patienternas möjligheter att följa situationen i fråga

²⁴ <https://thl.fi/sv/statistik-och-data/statistik-efter-amne/halsotjanster/tillgang-till-var-d-inom-den-specialiserade-sjukvarden>

om tillgången till vård vid olika enheter och ändras lagstiftningen så att den motsvarar den praxis som redan tillämpas i merparten av välfärdsområdena.

4 Förslagen och deras konsekvenser

4.1 De viktigaste förslagen

I denna proposition föreslås att regleringen om sjukvårdstjänster i hälso- och sjukvårdslagen preciseras så att det uttryckligen föreskrivs att den palliativa vård och vården i livets slutskede omfattas av välfärdsområdets organiseringsansvar. I lagern ska begreppen palliativ vård och vård i livets slutskede också definieras.

Regleringen om val av vårdenhet ändras enligt förslaget så att hälsovårdscentral eller hälsostation i fortsättningen får väljas med tre månaders intervaller, medan de för närvarande får bytas en gång om året.

Regleringen om övervakningen av de längsta väntetiderna för att få vård ska enligt förslaget ändras så att välfärdsområdet och Enheten för hälso- och sjukvård för fångar månadsvis i det allmänna datanätet ska offentliggöra nyckeltal för den föregående kalendermånaden som visar hur de längsta väntetiderna för att få vård har hållits inom den specialiserade sjukvården. Enligt gällande lagstiftning ska de offentliggöras med fyra månaders intervaller.

4.2 De huvudsakliga konsekvenserna

4.2.1 Ekonomiska konsekvenser

Palliativ vård och vård i livets slutskede

Enligt 9 § 1 mom. i lagen om välfärdsområdenas finansiering (617/2021) beaktas när nivån för den statliga finansieringen bestäms för finansåret på det sätt som avses i 5 § till fullo en ändring i omfattningen eller arten av de uppgifter för vilka välfärdsområdena har organiseringsansvaret, om ändringen följer av en lag eller förordning som gäller uppgiften i fråga, av sådana föreskrifter från en statlig myndighet som grundar sig på lag eller förordning eller av statsbudgeten. Den statliga finansieringen kan höjas eller sänkas på grundval av ändringar i uppgifternas art eller omfattning. I förslagen till reglering om palliativ vård och vård i livets slutskede är det inte fråga om en sådan ändring i uppgifternas omfattning eller art som avses i 9 § 1 mom. i lagen om välfärdsområdenas finansiering. När det föreskrivs om organiseringsansvaret för palliativ vård och vård i livets slutskede handlar det om att en uppgift som redan åligger välfärdsområdena tydligare och utförligare skrivs in i lagstiftningen. Välfärdsområdena åläggs inte att genomföra vården på något specifikt sätt, och den medför till exempel ingen skyldighet att upprätta förvaltningsstrukturer av bestämt slag. Syftet med att i lagstiftningen ange definitioner på palliativ vård och vård i livets slutskede som innehåller kvalitativa element (aktiv helhetsinriktad vård, trygga värdigheten i livets slutskede) är att styra det praktiska genomförandet av vården. Emellertid är också en sådan reglering i förhållande till bestämmelserna om kvaliteten på tjänsterna och smidigheten i servicekedjorna i gällande lagstiftning närmast preciserande till sin karaktär.

Att det i lagen uttryckligen anges att ordnandet av palliativ vård och vård i livets slutskede är välfärdsområdenas uppgift och att denna vård definieras i lagen kan dock öka kostnaderna för en del välfärdsområden åtminstone på kort sikt, om preciseringen av det lagstadgade organiseringsansvaret leder till att praxisen i vården och verksamheten utvecklas. Kostnader

kan uppkomma till exempel av personalutbildning och annan kompetensutveckling. Den direkta kostnadseffekten av lagändringen bedöms likväl inte bli betydande. Att välfärdsområdena framöver ska ordna den palliativa vården och vården i livets slutskede i enlighet med rekommendationerna och så att vård- och servicekedjorna och planmässigheten i vården vidareutvecklas ger också en betydande potential att stävja oändamålsenliga kostnader som orsakas till exempel av att patienter gör onödiga jourbesök eller genomgår onödiga undersökningar eller vårdperioder på sjukhus. Om den palliativa vården och vården i livets slutskede tack vare regleringen på lång sikt kommer att genomföras på ett mera ändamålsenligt sätt än för närvarande, kan detta minska välfärdsområdenas kostnader. Denna kostnadsstävjande effekt kan dock inte på förhand påvisas genom beräkningar, och finansieringen av välfärdsområdena kan inte minskas.

De föreslagna lagarna har inga direkta ekonomiska konsekvenser för staten, företagen eller hushållen. Om verkställigheten av vårdrekommendationerna leder till att välfärdsområdena styr resurser till den palliativa vården och vården i livets slutskede, kan detta också innebära att flera tjänster köps.

Valet av vårdenhet

Att det föreskrivs om kundernas möjligheter att byta vårdenhet inom primärvården oftare än för närvarande är inte en sådan ändring av välfärdsområdenas uppgift eller dess art eller omfattning som avses i 9 § 1 mom. i lagen om välfärdsområdenas finansiering. Ändringsförslaget leder således inte till några ändringar i den statliga förhandsfinansieringen av välfärdsområdena, och det medför inte heller andra konsekvenser för statsfinanserna. Enligt förslaget blir det möjligt att byta vårdenhet inom primärvården oftare än för närvarande. I bedömningen av nuläget framhålls att uppgifter i dag, oberoende av om anmälan om byte av vårdenhet görs på papper eller elektroniskt, måste överföras till välfärdsområdets patientdatasystem manuellt, vilket är tidskrävande. Det är möjligt att möjligheten att byta vårdenhet oftare än för närvarande leder till att antalet byten och därmed antalet anmälningar som ska behandlas ökar. Detta kan leda till att välfärdsområdena i någon mån måste öka de personalresurser som är avdelade för att behandla anmälningar och registreringar i patientdatasystemen.

I 57 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård föreskrivs det att om ett välfärdsområde utifrån lagen tillhandahåller en invånare i ett annat välfärdsområde social- eller hälsovårdstjänster, ska det välfärdsområde där personen är invånare utan oskäligt dröjsmål betala ersättning för de kostnader som tjänsterna medfört, om inte något annat föreskrivs om ersättning för kostnaderna någon annanstans eller välfärdsområdena inte kommer överens om något annat. Med kostnader avses de faktiska kostnader som orsakats av att personen tillhandahållits tjänsten, med avdrag för de verksamhetsintäkter som tjänsten medfört. Med verksamhetsintäkter avses särskilt kundavgifter som tagits ut. Möjligheten att byta vårdenhet oftare än i dag kan leda till antalet byten ökar på befolkningsnivå. Det kan finnas variationer mellan välfärdsområdena när det gäller kostnaderna för att producera ett vårdbesök inom primärvården. Det är därför möjligt att vissa välfärdsområden får extra kostnader av att de betalar ersättningar för vårdbesök som deras kunder gör hos andra välfärdsområden, om detta har högre produktionskostnader. Effekten bedöms likväl vara synnerligen måttlig med beaktande av att antalet byten varje år är tämligen lågt och att någon betydande ökning inte är att vänta.

En del hälsostationer har utkontrakterats, det vill säga deras tjänster produceras av privata tjänsteproducenter. Vid välfärdsområdenas egna hälsostationer kan det dessutom finnas arbetskraft som hyrts in från privata serviceproducenter. Möjligheten att byta vårdenhet oftare

än för närvarande innebär sannolikt att patienter också styrs till sådana stationer eller bort från dem. Hurdana ekonomiska konsekvenser förändringar i antalet kunder medför för företagen beror på deras avtal med välfärdsområdena.

Lagförslaget kan få ekonomiska konsekvenser för hushållen via lagstiftningen om kundavgifter. Enligt 7 § i förordningen om klientavgifter inom social- och hälsovården kan hos den som fyllt 18 år i enlighet med vad huvudmannen för en hälsovårdscentral beslutar för läkartjänster inom öppenvården vid hälsovårdscentraler följande avgifter tas ut:

1) en årsavgift på högst 60,30 euro som gäller ett kalenderår vid den hälsovårdscentral till vilken avgiften har betalats; om klienten inte betalar en årsavgift tas en besöksavgift på 30,20 euro ut oberoende av antalet besök, eller

2) en besöksavgift på högst 30,20 euro; avgiften får dock tas ut för endast de tre första besöken på samma hälsovårdscentral under kalenderåret.

Av en enkät som social- och hälsovårdsministeriet gjorde hos välfärdsområdena (se avsnitt 1.2) framgick att största delen av välfärdsområdena tillämpar en besöksavgift enligt 2 punkten som tas ut för de tre första besöken under kalenderåret. Enligt enkätsvaren beaktas besöken på hälsovårdscentraler i ett annat välfärdsområde inte i avgifterna, det vill säga avgifter tas ut för de tre första besöken i det egna välfärdsområdet. På så sätt kan en patient som fyllt 18 år och som under ett kalenderår byter till en vårdenhet i ett annat välfärdsområde bli tvungen att betala fler än tre besöksavgifter eller en årsavgift. Eftersom vårdenhet enligt lagförslaget i fortsättningen ska kunna bytas med tre månaders intervaller, kan också summan av de avgifter som tas ut öka, eftersom fler välfärdsområden i princip kan tas ut besöksavgifter eller årsavgift under ett kalenderår, om kunden anlitar tjänster hos flera välfärdsområden. Antalet kunder som byter vårdenhet mellan tre eller fyra välfärdsområden och som anlitar en hälsovårdscentralers tjänster till exempel månatligen bedöms vara mycket litet. Det avgiftstak för klientavgifterna som anges i 6 a § i lagen om klientavgifter begränsar det sammanlagda beloppet av de klientavgifter som under ett kalenderår tas ut av en kund. Enligt paragrafen är största beloppet av klientavgifterna för en kund 815 euro under ett kalenderår, och där beaktas de avgifter som tas ut under kalenderåret för bland annat öppenvård vid en hälsovårdscentral. Patienten ska likväl själv hålla reda på när avgiftstaket nås.

Om en person väljer vårdenhet så att personen till sommaren byter vårdenhet enligt var fritidsbostaden finns men under början och slutet av året är kund hos en hälsovårdscentral som hör till det välfärdsområde inom vars område hemorten finns, beaktas de besöksavgifter som tagits ut under början av året i de besöksavgifter som tas ut under slutet av året.

Enligt 4 kap. 1 § i sjukförsäkringslagen (1224/2004) har en försäkrad rätt att få ersättning för resekostnader i anslutning till behandling av en sjukdom, om resan gäller besök hos en statlig eller ett välfärdsområdes verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården. Enligt 3 a § i kapitlet ersätts kostnaderna för en försäkrads resa till en icke brådskande undersökning eller till icke brådskande vård högst enligt vad resan skulle ha kostat om den hade påbörjats vid den enligt lagen om hemkommun (201/1994) bestämda bostad i hemkommunen som antecknats i befolkningsdatasystemet. Om den försäkrade inte har hemkommun i Finland, anses resan ha påbörjats på den adress där den försäkrade enligt egen uppgift huvudsakligen vistas. Om den försäkrade har valt en vårdenhet med stöd av 47 eller 48 § i hälso- och sjukvårdslagen, ersätts resekostnaderna enligt 4 § i kapitlet högst enligt hur mycket en resa till närmaste undersöknings- och vårdenhet hos en statlig eller ett välfärdsområdes verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården hade kostat. Enligt 5 § ersätts en försäkrads resekostnader enligt det belopp som resan skulle ha kostat med anlitan av det förmånligaste till buds stående färdstättet, det vill

säga i första hand kollektivtrafik. Den försäkrades resekostnader ersätts dock enligt kostnaderna för specialfordon om den försäkrades sjukdom, svåra funktionsnedsättning eller trafikförhållandena förutsätter att specialfordon används. Med specialfordon avses bland annat egen bil, taxi och fordon med handikapputrustning. Enligt 7 § i kapitlet ersätts resekostnaderna för en försäkrad till fullt belopp till den del kostnaderna för en enkelresa överstiger 25 euro (självriskandel). Ersättning betalas dock högst för ett belopp som motsvarar den ersättningstaxa som fastställts som grund för ersättningen.

I propositionen föreslås inga ändringar i praxis i fråga om ersättning av resekostnader enligt sjukförsäkringslagen. Om en kund reser till en vårdenhet inom det välfärdsområde som omfattarkundens permanenta hemadress, ersätts resan enligt Folkpensionsanstaltens ersättningspraxis högst som när resan gjorts från denna hemadress till den vårdenhet inom primärvården där kunden har fått vård. Om kunden med stöd av valfriheten har valt en vårdenhet inom primärvården som ligger i ett annat välfärdsområdes område, ersätts resan till högst det belopp som en resa från den permanenta hemadressen till välfärdsområdets närmaste hälsovårdscentral där de hälso-tjänster som personen behöver tillhandahålls kostar. För en kund som beslutar att byta vårdenhet oftare än för närvarande till vårdenheter som hör till andra välfärdsområden än det egna kan de resekostnader som kunden själv ska betala stiga.

Tätare övervakning av att de längsta väntetiderna för att få vård hålls

En tätare lagstadgad rapportering om efterlevnaden av de längsta väntetiderna för att få vård inom den specialiserade sjukvården medför inga ekonomiska konsekvenser för välfärdsområdena, Institutet för hälsa och välfärd eller den offentliga ekonomin i övrigt. Institutet för hälsa och välfärd producerar nyckeltal som välfärdsområdena publicerar på sina webbplatser. Institutet för hälsa och välfärd offentliggör således redan nu information om tillgången till vård inom den specialiserade sjukvården månatligen. På det sätt som beskrivs i avsnittet om bedömning av nuläget (avsnitt 2.3.2) offentliggör största delen av välfärdsområdena uppgifter om väntetider för att få vård i välfärdsområdet genom att publicera en länk till uppgifterna om välfärdsområdet på Institutet för hälsa och välfärds webbplats.

Ändringen medför inte heller direkta ekonomiska konsekvenser för företag eller hushåll. Om ett välfärdsområde inte självt kan producera undersökningar, vård eller rehabilitering inom de föreskrivna längsta väntetiderna, ska det ordna dem på det sätt som avses i 9 § 1 mom. i lagen om välfärdsområden genom att producera dem i samarbete med andra välfärdsområden eller enligt avtal skaffa dem av andra tjänsteproducenter. Välfärdsområdet kan också ge patienten en servicesedel enligt lagen om servicesedlar inom social- och hälsovården (569/2009). Lättillgänglig information om väntetiderna för vård kan leda till bättre kunskap om vårdköer och om rätten enligt 54 § att få vård producerad av en annan tjänsteproducent om välfärdsområdet inte självt kan producera vården inom den lagstadgade längsta väntetiden. Ändringsförslaget bedöms emellertid inte få några egentliga konsekvenser för användningen av köptjänster i välfärdsområdena.

Vetskap om köläget i den specialiserade sjukvården kan via rätten att välja vårdenhet för specialiserad sjukvård också styra patienter till välfärdsområden där tjänsterna tillhandahålls av en privat tjänsteproducent. I 45 § i hälso- och sjukvårdslagen och i statsrådets förordning om vissa operationer och medicinska åtgärder (888/2025) föreskrivs om under vilka förutsättningar operationer och åtgärder som kräver narkos eller lokalbedövning och förutsätter anestesilogisk kompetens får skaffas hos privata tjänsteproducenter. När patienten använder sig av sin rätt att välja vårdenhet för specialiserad sjukvård kan patienter också styras till företag ägda av välfärdsområden, som producerar specialiserad sjukvård. Sådana företag är för närvarande

Tekonivelsairaala Coxa Oy (Ledprotessjukhus Coxa) och Tays Sydänkeskus Oy (Tammerfors Hjärtsjukhus). Inverkan av den föreslagna ändringen på deras kundantal bedöms också bli mycket liten. Företagen är redan kända bland dem som utnyttjar valfriheten inom hälso- och sjukvården.

4.2.2 Konsekvenser för myndigheterna

Palliativ vård och vård i livets slutskede

De föreslagna lagarna medför inga nya lagstadgade uppgifter för välfärdsområdena eller ändringar i deras organiseringsansvar, men ändringen väntas stödja välfärdsområdena i helhetsplaneringen och genomförandet av servicen så att vården ordnas på ett ändamålsenligare, klarare och jämlikare sätt i hela landet. Förslagen kan inverka på hur välfärdsområdena i praktiken bygger upp och styr servicen inom den palliativa vården och vården i livets slutskede, och de kan därigenom främja enhetligare praxis i verksamheten. De kan främja stävan att vården ska ordnas i enlighet med nationella vådrekommendationer eftersom formuleringarna i lagförslaget och i motiveringarna till lagen stödjer sig på tidigare utvecklingsarbete. Hur den palliativa vården och vården i livets slutskede genomförs beror likväl på vilka resurser och hurdan kompetens välfärdsområdet har att tillgå, vilket kan variera mellan olika välfärdsområden. Lagändringarna kan medföra ett behov att utveckla personalens kompetens.

Preciseringen av välfärdsområdenas organiseringsansvar i hälso- och sjukvårdslagen innebär inte att en annan offentlig tjänsteansvarig inte kan vara skyldig att ordna tjänster inom palliativ vård och vård i livets slutskede. Detta gäller särskilt hälso- och sjukvården för fångar, och under fängelsetiden bärs ansvaret för ordnandet och finansieringen av dessa tjänster i regel av Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. Enheten kan likväl köpa också dessantjänster av välfärdsområdena, varvid det alltså är välfärdsområdet som producerar den tjänst som tillhandahålls fången.

Institutet för hälsa och välfärd har deltagit i det nationella arbetet för att utveckla vården i livets slutskede, och propositionen ligger i linje med de rekommendationer och kvalitetskriterier som institutet har främjat. Verkställigheten av de föreslagna lagändringarna leder inte till nya uppgifter för Institutet för hälsa och välfärd.

Preciseringen av lagstiftningen kan stödja tillsynsmyndigheten, det vill säga Tillstånds- och tillsynsverket, i dess uppgift. När det i lagen föreskrivs om organiseringsansvaret för den palliativa vården och vården i livets slutskede mera utförligt än i dag, kan detta eventuellt inverka på hur tillsynsmyndigheten ingriper vid brister i vården.

I fråga om den palliativa vården och vården i livets slutskede medför förslagen inga separata konsekvenser för informationssamhället eller dataskyddet. Digitala tjänster kan utnyttjas också i den palliativa vården och vården i livets slutskede, och förslagen medför inga direkta konsekvenser för denna praxis.

Valet av vårdenhet

Inom primärvården är antalet byten av vårdenhet enligt tillgänglig nationell statistik nuförtiden ca 20 000 om året. Största delen av dessa byten bedöms ske inom välfärdsområdena. Möjligheten att byta vårdenhet inom primärvården oftare än i dag kan resultera i fler byten per år. Lagändringens höjande effekt på antalet byten bedöms likväl bli tämligen måttlig. Välfärdsområdena har gjort funktionella ändringar i sitt servicenät som har inneburit att

hälsovårdscentraler och hälsostationer har dragits in, och de långa avstånden mellan olika hälsovårdscentraler och hälsostationer kan minska intresset för att söka vård vid en annan central eller station.

Det är möjligt att det i någon mån kommer att förekomma att personer som får behov av och söker vård försöker hitta en hälsostation där man enligt statistiken snabbt får vård och att personen därför byter hälsostation om en tid inte ges snabbt vid den egna stationen. Ett sådant fenomen skulle kunna förekomma till exempel i Nylands välfärdsområde och i Helsingfors stad, där det på rimligt reseavstånd och inom räckhåll för rimliga kollektivtrafikförbindelser finns hälsostationer som drivs av olika vårdanordnare. Fenomenet kan motverkas av att vårdansvaret enligt lagstiftningen slam överförs senast efter tre veckor, det vill säga inte nödvändigtvis omedelbart efter att anmälan om byte har gjorts.

En kundgrupp som skulle kunna utnyttja möjligheten att byta vårdenhet oftare än för närvarande är sådana personer som en del av året bor på en ort och en del av året på en annan. Följaktligen kan konsekvenserna av propositionen bli relativt sett störst för de välfärdsområden där det vistas eller bor många deltidsboende, det vill säga områden där det finns populära stugorter. I synnerhet till Lapplands välfärdsområde kan det styras kunder som byter hälsostation på grund av säsongsarbete. Den faktiska inverkan på hur många nya kunder dessa välfärdsområden får till sina tjänster av dessa fenomen minskas sannolikt av att man redan nu med stöd av 48 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen på grund av långvarig vistelse får använda hälsovårdscentraltjänster vid det välfärdsområde som vistelseorten hör till för vård och undersökningar som grundar sig på en vårdplan.

Vid välfärdsområdena kan möjligheten att byta hälsostation tjäna som en sporre för att utveckla verksamheten vid mindre populära hälsostationer, vilket kan bidra till att jämna ut kundströmmarna och främja jämlik tillgång till vård. Konsekvenserna av regleringen om valet av vårdenhet för kvaliteten på serviceprocesserna är likväl sannolikt begränsade. Ur välfärdsområdenas synvinkel kan möjligheten att ofta byta vårdenhet också vara ett negativt fenomen. Inom primärvården har man nationellt och inom välfärdsområdena strävat efter att satsa på kontinuiteten i vården och olika husläkarmodeller och modeller med egna sjukskötare. Möjligheten till täta byten av vårdenhet ter sig som en åtgärd som går i motsatt riktning. Välfärdsområdena har dock betydande utmaningar med resurserna och kapaciteten vilket sannolikt minskar möjligheterna och incentiven för att aktivt locka nya kunder från andra områden.

Vid verkställigheten av de föreslagna lagarna kan det uppstå utmaningar i fråga om hur bestämmelserna om de längsta väntetiderna för vård inom primärvården ska verkställas när en patient byter vårdenhet efter det att en tid till en viss hälsostation redan har reserverats. Enligt gällande lagstiftning är den längsta väntetiden för att få vård för en person som fyllt 23 år tre månader. Vid byte till ett annat välfärdsområde ska patienten boka en ny tid, och väntetiden börjar löpa från noll. När bytet sker inom ett välfärdsområde är välfärdsområdet skyldigt att iaktta bestämmelserna om den längsta väntetiden trots bytet. I praktiken kan välfärdsområdet trots bytet ta emot patienten enligt bokningen vid den förra hälsostationen om det inte kan ge vården vid den valda hälsostationen utan att den längsta väntetiden överskrids.

En del föreslagna begränsningar som gäller byte av vårdenhet inom primärvården (Elevhälsans psykologtjänster enligt 17 a §, tjänster som ges i hemmet) gör det ansvar som sammanhänger med organiseringsansvaret klarare. Redan enligt gällande lagstiftning behöver välfärdsområdet inte ordna hemsjukvård utanför sitt område. Genom att begränsningen utsträcks till andra tjänster som ges i hemmet förhindras situationer där utnyttjande av rätten att välja vårdenhet gör ett välfärdsområde skyldigt att producera tjänster i ett område som hör till ett annat

välårsområde. Hittills har det i och för sig inte observerats sådana problem, varför ändringen närmast har till uppgift att göra lagstiftningen klarare med tanke på situationer som kan uppkomma framöver.

Informationsutbytet mellan olika välårsområden baserar sig på den rättsliga grund som ordnandet av vård förutsätter. Kanta-tjänsterna möjliggör att patientuppgifter finns tillgängliga i olika vårdssituationer på ett säkert och standardiserat sätt. Välårsområdet får inte inom sitt område begränsa utlämnandet av patientdata på ett sätt som äventyrar genomförandet av patientens vård.

För att bedöma bedömer i vilken mån en resa kan ersättas enligt sjukförsäkringslagen behöver Folkpensionsanstalten den information om huruvida kunden har använt sig av rätten att välja vårdnhet enligt hälso- och sjukvårdslagen, om det är fråga om ett byte av vårdnhet som överskrider ett välårsområdes gränser. Oftast begärs informationen som tilläggsutredning av kunden själv, vilket medför extra arbete. Ibland hör sig Folkpensionsanstalten också för om valet av vårdnhet direkt hos hälso- och sjukvården. När kunderna får välja vårdnhet oftare än en gång om året, kan behovet av tilläggsutredningar växa, vilket medför extra arbete för såväl Folkpensionsanstalten som välårsområdena.

Tätare övervakning av att de längsta väntetiderna för att få vård hålls

Skyldigheten att framöver offentliggöra uppgifter om efterlevnaden av de längsta väntetiderna för att få vård inom den specialiserade sjukvården månatligen i stället för enligt gällande intervall för offentliggörande på fyra månader, bedöms på sin höjd medföra en mycket liten ökning av det administrativa arbetet vid välårsområdena. Institutet för hälsa och välfärd producerar redan nu nyckeltal månatligen. De välårsområden som offentliggör rapporterna på sin egen webbplats ska alltså framöver offentliggöra rapporterna varje månad, vilket orsakar en liten ökning av det administrativa arbetet. Helhetseffekten minskas av att välårsområdena redan enligt gällande lag månatligen ska offentliggöra nyckeltal för hur väl de längsta väntetiderna för att få vård inom primärvården har hållits, och flera områden verkar dessutom redan nu på detta sätt offentliggöra nyckeltal för hur väl de längsta väntetiderna för att få vård inom den specialiserade vården har hållits.

Information om hur de längsta väntetiderna för att få vård hålls vid olika välårsområden kan öka patienternas medvetenhet om hur fort man får att få vård inom olika välårsområden. Sålunda kan en tätare rapportering i princip inverka på vilka enheter patienterna söker sig till för vård, när de använder sig av sin rätt att välja vårdnhet inom sen specialiserade sjukvården, och följaktligen på antalet kunder för de olika välårsområdena och deras sjukhus. Med beaktande av att välårsområdena redan nu huvudsakligen rapporterar med en månads intervaller, blir konsekvenserna av lagändringen till denna del små. Dessutom är det oklart hur medvetna patienterna är om att det på webben finns regelbundet uppdaterad information om de aktuella vårdköerna.

Som helhet bedömd är den centrala konsekvensen av lagändringen att den skapar en skyldighet att rapportera månatligen medan en så frekvent rapportering för närvarande grundar sig på beslut som välårsområdena fattar självständigt. Det är motiverat att åtminstone vid en del av välårsområdena utveckla nuvarande publiceringspraxis på det sätt som framförts i bedömningen av nuläget (avsnitt 2.3.2), men detta utvecklingsarbete har inget direkt samband med denna proposition utan det handlar om en effektiv verkställighet av redan gällande lag.

Även Enheten för hälso- och sjukvård för fångar ska i fortsättningen offentliggöra uppgifterna månatligen. Hälso- och sjukvården för fångar omfattas av en specialreglering enligt vilken nyckeltalen inte bara ska offentliggöras på internetsidor utan också så att de finns tillgängliga för fångarnas vid fängelserna. I praktiken kan detta ske till exempel så att informationen publiceras på fängelsernas anslagstavlor. Detta kan i någon mån medföra administrativt arbete för Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. Ökningen i arbetsbördan väntas dock i praktiken bli obetydlig, eftersom även den redan nu ska offentliggöra uppgifter om primärvården månatligen.

När det gäller den studerandehälsovård för högskolestuderande som enligt lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande ordnas av Folkpensionsanstalten och produceras av Studenternas hälsovårdsstiftelse finns bestämmelser om de längsta väntetiderna i den lagen. Lagändringen gäller likväl inte dem, eftersom det i studerandehälsovård för högskolestuderande bara ingår tjänster som hör till primärvården.

Propositionen medför inga direkta konsekvenser för Institutet för hälsa och välfärd. Den kan däremot vägleda de välfärdsområden vars rapportering för närvarande är bristfällig om innehållet i de skyldigheterna i lagstiftningen.

4.2.3 Konsekvenser för människor och samhälle

Palliativ vård och vård i livets slutskede

Bestämmelser om rätten till tillräckliga hälso- och sjukvårdstjänster finns i grundlagen och i avtal om mänskliga rättigheter.

Enligt 19 § 3 mom. i grundlagen ska det allmänna, enligt vad som närmare bestäms genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Propositionens förhållande till grundlagen behandlas i kapitel 12.

I artikel 12.1 i FN:s internationella konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (FördrS 6/1976, ESK-konventionen) förutsätts det att konventionsstaterna erkänner rätten för var och en att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa. För att till fullo tillgodose denna rätt ska konventionsstaterna vidta bland annat åtgärder som är nödvändiga för att förebygga, behandla och bekämpa alla epidemiska och endemiska sjukdomar, yrkessjukdomar och andra sjukdomar och skapa förutsättningar som tillförsäkrar alla läkarvård och sjukhusvård i händelse av sjukdom. Enligt artikel 2.1 i konventionen åtar sig varje konventionsstat att genom egna åtgärder och internationellt bistånd och samarbete, framför allt på det ekonomiska och det tekniska området, till fullo utnyttja sina tillgängliga resurser för att trygga att rättigheterna i konventionen gradvis förverkligas i sin helhet med alla lämpliga medel, i synnerhet genom lagstiftning.

Kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter har i sin allmänna kommentar nr 14, General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), den 11 augusti 2000 gett sin tolkning av rätten för var och en att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa som främjar ett människovärdigt liv. Kommittén slår fast att tillgång, tillgänglighet, godtagbarhet och kvalitet är väsentliga beståndsdelar i rätten till hälsa. Enligt kommittén innebär rätten till hälsa, liksom alla mänskliga rättigheter, också tre allmänna skyldigheter för konventionsstaterna: skyldighet att skydda, respektera och tillgodose rätten till hälsa. Tillgodoseendet förutsätter lagstiftningsåtgärder. Kommittén konstaterar att varje konventionsstat har ett visst utrymme att själv bestämma vilka åtgärder som bäst tillgodoser

rätten till hälsa under de särskilda förhållandena i den staten. Enligt kommittén innebär det gradvisa förverkligandet av rätten till hälsa att konventionsstaterna har en särskild och kontinuerlig skyldighet att så snabbt och effektivt som möjligt gå i riktning mot att artikel 12 genomförs fullt ut.

Förslaget bedöms huvudsakligen inverka positivt på jämlikheten i den palliativa vården och vården i livets slutskede och på tillgången till tjänsterna och följaktligen också på tillgodoseendet av de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna. Även om de föreslagna ändringarna inte i sig medför ändringar i välfärdsområdenas skyldigheter eller ålägger dem att ordna tjänster på ett visst sätt, bedöms bestämmelserna ha en styreffekt som leder till insatser för att genomföra den palliativa vården och vården i livets slutskede och till att det utvecklingsarbete som redan inletts drivs vidare. När servicekedjorna inom den palliativa vården och vården i livets slutskede görs klarare och stärks förbättras befolkningens möjligheter att få rättidiga och behovsenliga tjänster oberoende av var de bor. Detta ökar också befolkningens förtroende för social- och hälsovårdstjänsterna och stärker därigenom samhällets integritet. Välfärdsområdena ska dock inte enligt förslaget gessa extra finansiering för palliativ vård och vård i livets slutskede, varför den praktiska verkställigheten av lagstiftningen beror på välfärdsområdenas lösningar inbegripet i vilken utsträckning de styr den finansiering de får från staten till ordnandet av tjänster inom den palliativ vård och vård i livets slutskede och till utveckling av verksamheten. Välfärdsområdenas lösningar styr hur patienternas rättigheter tillgodoses i praktiken.

I Finland dör årligen ca 60 000 personer, och det uppskattas att 30 000–60 000 personer om året behöver palliativ vård. Palliativ vård och vård i livets slutskede kan gälla alla åldersgrupper, även om de underliggande sjukdomarna har en fördelning som varierar enligt ålder. Behov av palliativ vård uppkommer oftast vid cancersjukdomar, organsvikt och progressiva kroniska sjukdomar samt neurologiska sjukdomar och minnessjukdomar enligt vad som beskrivs i avsnitt 2.1.2. Exakta statistiska sifferuppgifter om hur många av dem som dött som har fått palliativ vård eller vård i livets slutskede finns inte att tillgå.

Enligt statistik från Institutet för hälsa och välfärd fick 161 000 kunder år 2024 hemvård. Av dem fick 107 000 regelbunden hemvård. Av dessa hade 85 000 fyllt 75 år. De utgjorde 13 procent av åldersgruppen. Uppskattningsvis 6–7 av alla 75 år fyllda bodde på serviceboenden med heldygnsomsorg eller på slutna långvårdsavdelningar. De hade nästan utan undantag en eller flera kroniska sjukdomar. De vanligaste var minnessjukdomar.²⁵ Eftersom behovet av palliativ vård eller vård i livets slutskede relativt sett är störst hos de äldre, berör konsekvenserna av den föreslagna regleringen särskilt denna befolkningsgrupp. I och med att befolkningen åldras blir det allt viktigare att servicesystemet har kapacitet att svara på ett växande behov av palliativ vård och vård i livets slutskede.

Enligt artikel 24 i FN:s konvention om barnens rättigheter (FördrS 60/1991) erkänner konventionsstaterna barnets rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering. Konventionsstaterna ska sträva efter att till fullo förverkliga denna rätt och ska särskilt vidta lämpliga åtgärder för att bland annat säkerställa att alla barn tillhandahålls nödvändig hälso- och sjukvård. Enligt artikel 3 i konventionen ska det vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar,

²⁵ Ikääntyminen ja iäkkäiden palvelut: Tilannekuva laatuindikaattoreiden näkökulmasta. Alastalo, Hanna och Saukkonen, Petra. Institutet för hälsa och välfärd 2025. Diskussionsunderlag 31/2025. <https://www.julkari.fi/server/api/core/bitstreams/20a57319-8127-4cfb-84b6-460f23bc5938/content>

administrativa myndigheter eller lagstiftande organ, i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa.

I Finland dör årligen ca 200 barn eller unga under 18 år²⁶. Oftast dör barn under ett år på grund av sjukdomar under den perinatale perioden, medfödda missbildningar eller kromosomavvikelser. De vanligaste dödsorsakerna bland barn och unga i åldrarna 1–14 år är cancersjukdomar, sjukdomar i nervsystemet och ämnesomsättningssjukdomar. I internationella standarder för palliativ vård för barn²⁷ betonas rätten till palliativ vård för alla barn och unga som har en livshotande eller livsbegränsande sjukdom och för deras familjer. Konsekvenserna för barn, unga och familjer blir störst om tillgången på tjänster på krävande specialnivå förbättras i och med lagändringarna.

I artikel 25 i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (FördrS 26–27/2016) föreskrivs det om hälsa. Enligt artikel 25.1 i funktionsrättskonventionen erkänner konventionsstaterna att personer med funktionsnedsättning har rätt att åtnjuta bästa möjliga hälsa och utan diskriminering på grund av funktionsnedsättning. Konventionsstaterna ska vidta alla ändamålsenliga åtgärder för att säkerställa tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster för personer med funktionsnedsättning med beaktande av jämställdhetsperspektivet, däribland hälsorelaterad rehabilitering. Konventionsstaterna ska särskilt bland annat erbjuda personer med funktionsnedsättning samma utbud, kvalitet och standard avseende gratis eller subventionerad hälso- och sjukvård samt insatser och behandlingsprogram som erbjuds andra personer och erbjuda sådan hälsoservice som personer med funktionsnedsättning behöver särskilt på grund av deras funktionsnedsättning, inklusive tidig upptäckt och ändamålsenliga insatser, och service som är avsedd för att begränsa och förebygga vidare funktionsnedsättning, bland annat för barn och äldre. Dessutom ska de kräva att hälso- och sjukvårdspersonal tillhandahåller vård av samma kvalitet till personer med funktionsnedsättning som till andra, inbegripet med deras fria och informerade samtycke, genom att band annat höja medvetandet om mänskliga rättigheter, värdighet, självständighet och behov för personer med funktionsnedsättning, genom utbildning och utfärdande av etiska normer för offentlig och privat hälsoservice. Andra artiklar i konventionen som är centrala i sammanhanget är artikel 9 (tillgänglighet), artikel 12 (likhet inför lagen) och artikel 19 (rätt att leva självständigt och att delta i samhället).

Institutet för hälsa och välfärd har genomfört ett projekt för att utreda specifika frågor inom palliativ vård för personer med funktionsnedsättning. Projektet var en del av social- och hälsovårdsministeriets projekt om vård i livets slutskede med syfte att förbättra kvaliteten på och den jämlika tillgången till palliativ vård och vård i livets slutskede. Det genomfördes under projektperioden 2019–2021 för det övergripande projektet, och dess resultat samlades i en slutrapport som publicerades 2021²⁸. Enligt rapporten fanns det när den skrevs inte tillgång till information om vad personer med funktionsnedsättning i Finland dör av, om de har haft möjlighet att inverka på var de vårdats i livets slutskede och om det har gjorts upp palliativa behandlingsriktlinjer eller beslut om vård i livets slutskede för dem. Syftet med

²⁶ Finlands officiella statistik (FOS): Dödsorsaker [nätpublikation] Helsingfors: Statistikcentralen
Adress: <https://stat.fi/sv/statistik/ksyyt>. Hämtad 3.2.2025

²⁷ Benini F, Papadatou D, Bernadá M, et al. International Standards for Pediatric Palliative Care: From IMPaCCT to GO-PPaCS. *J Pain Symptom Manage* 2022; 63: e529- e543.

²⁸ Vammaisuuteen liittyviä erityiskysymyksiä palliatiivisessa hoidossa (Specifika frågor inom palliativ vård för personer med funktionsnedsättning, på finska med sammandrag på svenska). McLellan, Susanna, Hömppi, Päivi och Nurmi-Koikkalainen, Päivi. Institutet för hälsa och välfärd 2021
Diskussionsunderlag 24/2021. <https://www.julkari.fi/items/fd7f8fa6-f3db-40c3-9558-c94a1479bea8>

rekommendationerna är att säkerställa att personer med funktionsnedsättning får tjänster inom palliativ vård och vård i livets slutskede som är högklassiga och på samma nivå som de tjänster som andra befolkningsgrupper får. Rapporten rekommenderar till exempel att stärka personalens kompetens att möta personer med funktionsnedsättning och beakta deras behov i den palliativa vården samt att öka utbildningen för olika yrkesgrupper. Dessutom bör vårdens tillgänglighet och kommunikationsmetodernas hinderfrihet tryggas, inbegripet klarspråk och andra hjälpmedel för kommunikation. Tillgodoseende av rätten till självbestämmande förutsätter att individens vilja utreds också när kommunikationen är försvårad. Att beakta dessa faktorer är centralt för att rätten till högklassig och människovärdig vård i livets slutskede ska kunna garanteras personer med funktionsnedsättning.

De personer som har någon funktionsnedsättning utgör inte en enhetlig grupp, utan deras livssituation, funktionsnedsättning, önskemål och behov av hjälp, stöd och tjänster är olika. Att genomföra en högklassig palliativ vård och vård i livets slutskede kan därför kräva olika åtgärder av välfärdsområdena. Ett högklassigt genomförande av den palliativa vården och vården i livets slutskede kan, beroende på vårdtagarens behov, kräva att tjänster tillhandahålls i enlighet med lagen om funktionshinderservice. Även när det gäller personer med funktionsnedsättning stöder lagstiftning om organiseringsansvaret genomförandet av jämlika hälso- och sjukvårdstjänster. I propositionen föreslås likväl inga bestämmelser som sammanhänger med självbestämmanderätten eller tillgängligheten, utan i fråga om dessa iakttas gällande lagstiftning. Enligt 14 § i lagen om funktionshinderservice har en person med funktionsnedsättning till exempel rätt att som en separat tjänst få stöd i att fatta beslut, om personen behöver stöd i att fatta viktiga beslut i det egna livet.

Veterligen har det inte publicerats information från någon utredning av hur de språkliga rättigheterna tillgodoses specifikt i den palliativa vården. I den nationella kvalitetsrekommendationen för palliativ vård och vård i livets slutskede är ett av kvalitetskriterierna att patienten får betjäning på sitt modersmål²⁹. I justitieministeriets publikation Språkbarometern 2024 om det svenska språket har kommuninvånarnas betyg för tjänsterna sorterats enligt kategorierna svenskspråkig minoritet, svenskspråkig majoritet och finskspråkig minoritet. När servicen på svenska och finska granskas i alla kommuner där det finns en svensk- eller finskspråkig minoritet får småbarnspedagogiken oftast det högsta vitsordet följt av mödra- och barnrådgivningen och tandvården. Sämst placerar sig äldrevården, sjukhusvården och jourmottagningarna. De svenskspråkiga majoriteterna är nöjdast med alla typer av service på det egna språket utom sjukhusvården, och också där ligger vitsordet bara ett halvt steg under motsvarande vitsord bland finskspråkiga minoriteter. De sämsta vitsorden för olika typer av service ger de svenskspråkiga minoriteterna. Medelvitsordet varierade i granskningen för samtliga social- och hälsovårdstjänster i intervallet 9,2–7,1.³⁰

Propositionen bedöms inte medföra särskilda konsekvenser för de språkliga rättigheterna, jämlikheten och könen, men när en jämlik vårdpraxis stärks gynnas alla befolkningsgrupper.

Valet av vårdenhet

Rätten att byta vårdenhet inom primärvården oftare än i dag ökar patienternas möjligheter att nyttja valfriheten i de tjänster som välfärdsområdet ordnar. Flexibla möjligheter att byta

²⁹ Institutet för hälsa och välfärd 4/2022, s. 24

³⁰ Språkbarometern 2024. Justitieministeriets publikationer, Utredningar och anvisningar 2025:8, s. 42–43.

välårsområde än för närvarande gagnar särskilt de patienter som bor och vistas längre tider i flera än ett välårsområdes område eller på flera än en ort i ett välårsområde.

En flexiblare möjlighet att välja vårdenhet än i dag är till nytta för de patienter som är missnöjda med sin hälsovårdscentral eller hälsostation. Förtroendet för hälso- och sjukvårdstjänsterna har avtagit under de senaste åren. År 2024 litade bara omkring hälften (54 %) av de vuxna finländarna på att hälso- och sjukvårdstjänsterna fungerar, medan andelen ännu år 2018 var 80 procent. Förtroendet har försvagats bland män och kvinnor såväl i arbetsför ålder som pensionerade. År 2024 bedömde likväl två av tre som hade använt hälso- och sjukvårdstjänster interaktionen med den yrkesutbildade under sitt senaste besök på en mottagning som positiv. Bland dem som var i arbetsför ålder hade en något större andel en positiv erfarenhet som kund i en hälso- och sjukvårdstjänst än bland pensionärerna.³¹

År 2023 gjorde kvinnorna enligt registret Avohilmo 58 procent av besöken i hälso- och sjukvårdens öppenvård medan männens andel var 42 procent. Av besöken inom mun- och tandvården gjorde kvinnorna 54 procent av besöken och männen 46 procent.

En persons möjligheter att använda sig av valfriheten beror på personens individuella omständigheter. För många äldre personer, personer med funktionsnedsättning eller minderåriga kan det vara svårt att välja någon annan vårdenhet än den hälsostation som är närmast eller som nås med hjälp av de bekvämaste kommunikationerna på grund av att de har svårt att förflytta sig eller på grund av kostnaderna för att förflytta sig.

Möjligheten att byta vårdenhet flera gånger om året kan leda till att missbrukare av berusningsmedel försöker komma över recept på narkotiska preparat genom att anlita olika hälsostationer och välårsområden. Personuppgiftsansvarig för patientdata är det välårsområde som ansvarar för verksamheten vid den vårdenhet som personen valt, inte det välårsområde som personens hemkommun hör till. Enligt lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården (703/2023) krävs för utlämning av patientuppgifter mellan olika personuppgiftsansvariga (olika välårsområden) att personen ger tillstånd för utlämnande. Tillståndet gäller alla patientuppgifter, men dess omfattning kan begränsas genom förbud. I en situation där en person inte har gett tillstånd för utlämnande eller där tillståndet har begränsats genom förbud, är patientuppgifterna inte tillgängliga vid en vårdenhet som ett annat välårsområde ansvarar för. Bestämmelser om läkemedelsrecept finns i lagen om elektroniska recept (61/2007). Enligt 13 § i lagen har patienten rätt att förbjuda att uppgifter i anslutning till läkemedel som denne förskrivits lämnas ut. Trots förbud får uppgifter om läkemedel som förskrivits till en patient lämnas ut i vissa situationer. Till förskrivare av HCI-läkemedel (ett läkemedel som främst påverkar det centrala nervsystemet) och narkotiska läkemedel lämnas till exempel uppgifter om alla HCI-läkemedel och narkotiska läkemedel som förskrivits till en viss patient samt anteckningar som hänför sig till dem. Rätten att lämna ut uppgifter trots patientens förbud omfattar likväl inte till exempel en uppgift om att patienten har försökt få ett recept på ett HCI-läkemedel eller ett narkotiskt läkemedel, men något sådant inte har förskrivits patienten.

³¹ Vuxenbefolkningens välfärd och hälsa – Undersökningen Hälsosamma Finland 2024: Förtroendet för social- och hälsovårdstjänsterna har försvagats – klientnöjdheten ligger fortfarande på en hög nivå
Institutet för hälsa och välfärd, Statistikrapport 31/2025. Tillgänglig på adressen
<https://www.julkari.fi/items/a0e05442-932c-49d0-b42b-670f55c0ef75>

Det finns ett starkt samband mellan hälso- och sjukvårdstjänsternas effekt och kontinuiteten i den personliga vården som är vetenskapligt verifierat³². Kontinuerlig personlig vård ökar patientens engagemang i vårdplanen och förbättrar vårdresultaten särskilt vid behandling av kroniska sjukdomar. Det husläkarprogram³³ som pågår vid social- och hälsovårdsministeriet har som mål att stödja välfärdsområdena i utvecklandet av kontinuitetsmodeller för vården. Till kontinuitetsmodellerna inom vården hör till exempel husläkarmodellen, modellen med egen sjukskötare och modellen med eget vårdteam. Den föreslagna möjligheten att byta vårdenhet oftare än i dag står delvis i strid med målet att utveckla kontinuiteten i vården. Kontinuiteten i vården kan också påverkas negativt av att patienten förbjuder att patientuppgifter lämnas ut mellan olika personuppgiftsansvariga. Bristande kontinuitet i vården har också identifierats som en risk med tanke på patientsäkerheten, eftersom avbrott i kommunikationen är en vanlig orsak till försenad diagnos och vård och felaktig eller bristfällig planering av vården. Det bedöms ändå att största delen av patienterna sannolikt inte heller framöver kommer att byta vårdenhet ofta, eftersom många värdesätter närservice och möjligheten att få betjäning av bekant vårdpersonal.

De lagändringar som gäller begränsningar i rätten att byta vårdenhet är till sin karaktär förtydligande, och de bedöms inte ha någon praktisk betydelse för hur tjänsterna tillhandahålls.

Propositionen kan medföra små miljökonsekvenser, om fler patienter än för närvarande väljer att bli kund hos en annan hälsostation än den sin närmaste och om de färdas dit med egen bil eller med taxi

Tätare övervakning av att de längsta väntetiderna för att få vård hålls

Den viktigaste konsekvensen av lagändringen på tillgodoseendet av patienternas rättigheter är att det i lagstiftningen säkerställs att uppdaterad information om hur väl de längsta väntetiderna för att få vård hålls inom den specialiserade sjukvården framöver kommer att finnas att tillgå månatligen. Detta främjar genomförandet av principerna för god förvaltning och rätten att få information enligt offentlighetslagen. Enligt vad som konstaterats i samband med behandlingen av de ekonomiska konsekvenserna och konsekvenserna av för myndigheterna kan den föreslagna ändringen i någon mån inverka på patienternas möjlighet att använda information när de beslutar vid vilken vårdenhet de vill ha sin vård.

5 Alternativa handlingsvägar

5.1 Alternativen och deras konsekvenser

Palliativ vård och vård i livets slutskede

I underavsnittet ”Behov att utveckla lagstiftningen om palliativ vård och vård i livets slutskede” i avsnitt 2.1.2 beskrivs förslag av den expertarbetsgruppen som utredde behovet av lagstiftning för vård i livets slutskede, självbestämmanderätt, palliativ vård och eutanasi om hur regleringen

³² Se t.ex. Raivio, Risto: Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa. Tutkimus Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen ja Oulun kaupungin terveystieteiden keskuksissa. Tampere University Press 2016. Saatavilla <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0178-1>. Sven Göran Engström, Malin André, Eva Arvidsson, Carl Johan Östgren, Margareta Troein och Lars Borgquist. Personal GP continuity improves healthcare outcomes in primary care populations: a systematic review. British Journal of General Practice 2025; 75 (757): e518-e525. DOI: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2024.0568>

³³ <https://stm.fi/omalaakariohjelmia>

om palliativ vård och vård i livets slutskede i hälso- och sjukvårdslagen skulle kunna utvecklas. I samma avsnitt motiveras varför bara en del av arbetsgruppens förslag ska genomföras enligt denna proposition.

Valet av vårdenhet

Vid beredningen av regeringens proposition bedömdes möjligheten att genomföra den skrivning i regeringsprogrammet, enligt vilken det ska bli möjligt att byta vårdenhet för icke-brådskande vård digitalt, genom att föreskriva om en nationell lösning för att sköta ärendet elektroniskt.

I konsultbolaget NHG:s förstudie bedömdes olika sätt att genomföra digitaliseringen av valet av vårdenhet. De alternativa lösningar som granskades var följande: en nationell tjänst för bytena, en nationell blankett och ett nationellt arkiv eller informationslager, en nationell blankett och distribuerad datalagring och som sista alternativ att inte göra någonting.

Enligt förstudien är den bästa lösningen att gå mot en nationell tjänst. I förstudien identifierades ett tydligt behov att lätta på den arbetsbörda för välfärdsområdenas personal som datasystemen medför. Det finns dock osäkerhetsfaktorer som inte talar för att en helhetslösning bör skapas genast. Förstudien och diskussioner med experter gav inte tillräckliga insikter i datasystemfältet, välfärdsområdenas verksamhetsprocesser, antalet byten av vårdenhet och den arbetsbörda de medför eller patientdatasystemleverantörernas syn på frågan. Det bästa alternativet är att stegvis framskrida mot en mera universell tjänst och vid behov justera målet när mera kunskap om frågan samlats. Att framskrida stegvis är också den mest kostnadseffektiva lösningen.

Vid beredningen av denna proposition bedömdes alternativet med ett nationellt genomförande, och i den fortsatta beredningen valde man att utreda ett genomförande inom ramen för Folkpensionsanstaltens Kanta-tjänster. Också i nuläget används Kanta-tjänsterna för att spara patientuppgifter som ska finnas tillgängliga för alla välfärdsområden och andra tjänsteleverantörer inom social- och hälsovården och hålla uppgifterna uppdaterade. Patienterna ska också själv genom den digitala tjänsten kunna bidra till att uppgifterna uppdateras. Till Kanta-tjänsterna finns ett användargränssnitt för medborgarna, det vill säga tjänsten MittKanta, och informationen om valet skulle kunna sparas i viljeyttringstjänsten i Kanta. Välfärdsområdenas patientdatasystem har integrerats med Kanta-tjänsterna. En fördel med modellen är att välfärdsområdena och patienterna får tillgång till läsbar och aktuell information om vårdenheten.

Eftersom en person bör ha möjlighet att lämna en anmälan om sitt val också på andra sätt än via tjänsten MittKanta, bör också välfärdsområdenas datasystem förses med funktionalitet för att registrera uppgifter om valet i Kanta-tjänsterna. Dessutom bör funktionaliteten och gränssnittet för att ta emot uppgifterna om valet utformas så att välfärdsområdet för det första ska få informationen om valen snabbt för att kunna ordna servicen och för det andra ska kunna använda informationen i sina datasystem.

Under beredningen sågs osäkerheten när det gäller de kostnader som lösningen medför och svårigheten att uppskatta dem dock som en nackdel. Folkpensionsanstalten bedömdes få kostnader av engångskaraktär på några hundra tusen euro. Välfärdsområdena skulle behöva göra ändringar i sina datasystem för att kunna spara uppgifter om val av vårdenhet och söka uppgifter och/eller ta emot uppgifter som skickats från en Kanta-tjänst. Även enligt förstudien är det mycket svårt att beräkna de totala kostnaderna för genomförandet bland annat därför att patientdatasystemens leverantörer inte anger priset på sina tjänster enligt delfunktionaliteter. Följaktligen är det mycket svårt att beräkna hur stora kostnader välfärdsområdena och

därigenom staten orsakas av att systemet utvecklas och underhålls. Kostnaderna kan bli betydande i förhållande till de det rätt låga antalet byten av vårdenhet per år (för närvarande ca 20 000 byten per år nationellt).

Kanta-tjänsterna är nu och under de närmaste åren föremål för mycket annat utvecklingsarbete som binder upp resurser vid Folkpensionsanstalten, Institutet för hälsa och välfärd och välfärdsområdena. Hit hör till exempel genomförandet av lag om behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården samt det nationella genomförandet av Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2025/327 om det europeiska hälsodataområdet och om ändring av direktiv 2011/24/EU och förordning (EU) 2024/2847, det vill säga den så kallade EHDS-förordningen.

Med beaktande av vilka resurser som skulle krävs för en centraliserad nationell lösning och prioriteringen av annat utvecklingsarbete bedömdes att det inte är motiverat att i detta skede främja en lösning baserad på Kanta, men dess genomförbarhet kan eventuellt bedömas i samband med kommande arbete för att utveckla Kanta. Som en del av beredningen av en lösning baserad på Kanta ska det avgöras om den nationella lösningen också ska gälla anmälningar om valet av vårdenhet i samband genomförandet av en vårdplan enligt 48 § 1 mom. eller enbart sådana val av vårdenhet enligt 47 § 1 mom. som leder till en överföring av ansvaret för ordnandet av vården.

Tätare övervakning av att de längsta väntetiderna för att få vård hålls

Enligt regeringsprogrammet för statsminister Orpos regering ska välfärdsområdena förpliktigas att med tätare intervaller och på ett kundorienterat sätt offentliggöra uppgifter om hur de lagstadgade tidsfristerna för att ge vård uppfyllts. I regeringsprogrammet tas inte ställning till vilken vård som den tätare rapporteringen ska omfatta, det vill säga om den också ska gälla primärvården.

När regeringsperioden inleddes var den längsta väntetiden för att få öppenvård inom primärvården 14 dygn om patienten sökte vård på grund av insjuknande, skada, förvärring av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan och det var fråga om vård inom området allmänmedicin. Enligt den lagstiftning som gällde i början av regeringsperioden skulle denna längsta väntetid den 1 november 2024 skäras till 7 dygn. I statsminister Orpos regeringsprogram bestämdes att vårdgarantin för primärvården på 14 dygn skulle förbli i kraft. Senare övergavs denna längsta väntetid för att få vård för personer som fyllt 23 år, och den tidigare längsta väntetiden för att få vård på tre månader återinfördes (RP 55/2022 rd, RP 134/2023 rd). Om den längsta väntetiden för vård i de situationer som angavs i lagen hade förblivit 7 eller 14 dygn, skulle man ha kunnat bedöma om det var ändamålsenligt med en tätare uppföljning av vårdgarantin för öppenvård inom primärvården till exempel så att den skulle ske till exempel varannan vecka. Eftersom den längsta väntetiden för att få vård för personer som har fyllt 23 år ändå är tre månader, är det inte motiverat med tätare rapportering av uppgifter om hur den hålls än den nuvarande som sker med en månads intervaller.

Enligt regeringsprogrammet ska man på ett kundorienterat sätt offentliggöra uppgifter om hur de lagstadgade längsta väntetiderna hålls. Enligt gällande reglering ska välfärdsområdet offentliggöra uppgifterna på sin webbplats. Institutet för hälsa och välfärd producerar nyckeltalen så att de är jämförbara. Nuförtiden bedöms verksamhetsmodellen i princip vara kundorienterad. Enligt vad som förs fram i det avsnitt där nuläget bedöms (2.3.2) finns det brister i en del välfärdsområdets sätt att offentliggöra uppgifterna. Dessa kan åtgärdas genom styrning och övervakning. Med hänsyn till rättsordningen skulle det dock vara kasuistiskt att till

exempel uttryckligen ålägga välfärdsområdena att offentliggöra informationen på ett kundorienterat och tydligt sätt, eftersom myndigheten rent allmänt bör offentliggöra information om sin verksamhet på ett sådant sätt.

5.2 Lagstiftning och andra handlingsmodeller i utlandet

I Sverige svarar regionerna i huvudsak för hälso- och sjukvårdstjänsterna och kommunerna för socialvården. Landet har ingen särskild lagstiftning om palliativ vård och vård i livets slutskede, utan den allmänna hälso- och sjukvårdslagstiftningen tillämpas också på denna vård. Den allmänna lagen om hälso- och sjukvårdstjänster är hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). I lagen anges allmänna principer för tillhandahållande av vård, till exempel att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Kraven på en god vård ska uppfyllas, det vill säga vården ska till exempel bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Enligt socialtjänstlagen (2001:453) ska socialnämnden erbjuda stöd till den som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk.

Socialstyrelsen har tagit fram nationella riktlinjer, det vill säga en rekommendation, för palliativ vård (Nationella riktlinjer 2025 – Palliativ vård). I riktlinjerna betonas bland annat vikten av integration med andra tjänster och att hälso- och sjukvårdspersonalen därför behöver få kontinuerlig fortbildning i ett palliativt förhållningssätt som kännetecknas av en helhetssyn på människan. Kommunikation och samtal är avgörande för en personcentrerad palliativ vård av hög kvalitet. I tjänsterna ska det ingå psykologiskt, socialt och existentiellt stöd. För patienter med komplexa symtom eller en livssituation som medför särskilda behov bör också specialiserad palliativ vård kunna ges i hela landet. Palliativ vård behöver kunna erbjudas i alla vårdformer och av alla vårdgivare, i både regional och kommunal regi samt i många delar av socialtjänsten. Specialiserad palliativ vård erbjuds i både primärvården och sjukhusvården. Den specialiserade palliativa vården behöver kunna stötta den allmänna palliativa vården när patienter har särskilda behov av palliativ vård oavsett var de vårdas. I tjänsterna ingår också att stötta de anhöriga.

I Danmark ordnas hälso- och sjukvården av regionerna och kommunerna. Bestämmelserna om hälso- och sjukvård i hälsolagen (sundhedsloven, LBK nr 1286 af 02/11/2018) gäller också palliativ vård. Enligt den allmänna regleringen i lagen är syftet med hälso- och sjukvårdstjänsterna att främja folkhälsan och förebygga och behandla sjukdomar, lidande och funktionsnedsättningar. I lagen föreskrivs det om kommunala och regionala myndigheters skyldighet att tillhandahålla sjukhustjänster och hemsjukhus. Den enda bestämmelse i lagen som specifikt gäller palliativ vård är 75 §, där det föreskrivs om att köpa serviceproduktion i form av hospiceplatser.

Hälsostyrelsen (Sundhetsstyrelsen) har publicerat en nationell rekommendation för palliativ vård (Anbefalinger for den palliative indsats, 2017). Enligt rekommendationen är den palliativa vården helhetsinriktad och systematisk. Stödet till de närmaste är en del av vården. Vården ges på den lägsta möjliga effektiva nivå, och den ges flexibelt enligt patientens behov. Den palliativa vården är multiprofessionell och bygger på samarbete. I rekommendationen anges vilka aktörer som bär ansvar inom den grundläggande och den specialiserade palliativa vården.

I Norge ordnas primärvården av kommunerna och den specialiserade vården av staten via regionala myndigheter. På vården tillämpas lagen om kommunala hälso- och omsorgstjänster (lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., LOV-2011-06-24-30, även kallad helse- og omsorgstjenesteloven) och lagen om specialiserade hälsotjänster (lov om spesialisthelsetjenesten m.m., LOV-1999-07-02-61, även kallad spesialisthelsetjenesteloven). I

dessa finns det inga särskilda bestämmelser om palliativ vård och vård i livets slutskede. Kommunerna ska ordna bland annat undersökning, diagnosticering och behandling av sjukdomar samt hemsjukvård. I lagarna finns det till exempel bestämmelser om vårdens kvalitet och om samarbete med den specialiserade sjukvården. I lagen om specialiserade hälso- och sjukvårdstjänster föreskrivs det om skyldigheten att ordna bland annat sjukhustjänster

Hälsomyndigheten (Helsedirektoratet) har publicerat ett handlingsprogram för palliativ vård inom cancervården (Palliasjon i kreftomsorgen – handlingsprogram, 2019). De mera allmänna delarna i handlingsprogrammet kan också tillämpas på palliativ vård i samband med andra sjukdomar än cancer. Enligt handlingsprogrammet förbättras vårdkvaliteten av samarbete mellan olika specialområden, de yrkesutbildade och de olika nivåerna inom hälso- och sjukvården. Förutsebarheten, den tydliga ansvarsfördelningen och kontinuiteten ska kunna uppfattas av patienterna och de närstående. Patienten får vård av sin husläkare, kommunala myndigheter eller inom den specialiserade sjukvården enligt behov, och vårdbehovet varierar med sjukdomens olika faser. I rekommendationen betonas ett patientorienterat förhållningssätt.

Sammanfattningsvis kan man om de nordiska systemen konstatera att det i ländernas lagstiftning inte finns särskilda bestämmelser om palliativ vård och vård i livets slutskede som tjänst inom hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdsmyndigheterna har likväl tagit fram nationella rekommendationer för hur vården ska ges. Ovan har särskilt de rekommendationer som gäller de allmänna principerna för vården och organiseringen av vården beskrivits kortfattat. Men rekommendationerna har ett stort omfång, och de behandlar också andra frågor brett, såsom mera konkreta vårdfrågor, utbildning och forskning.

Den expertarbetsgrupp som utrett behovet av lagstiftning för vård i livets slutskede identifierade under arbetets gång ett antal länder, där det finns reglering om rätten till palliativ vård.³⁴ Nedan beskrivs regleringen i tre av dessa.

Enligt den franska folkhälsolagen (Code de la santé publique) har var och en rätt till ett människovärdigt liv i livets slutskede. Lidandet ska lindras mycket som möjligt. Yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården ska vidta alla till buds stående åtgärder för att tillgodose denna rätt. Enligt lagen har var och en vars hälsotillstånd kräver det rätt till palliativ vård och palliativt stöd. Med palliativ vård avses aktiv och kontinuerlig vård som ges av ett multiprofessionellt team vid en vårdinrättning eller i hemmet. Dess syfte är att lindra fysisk smärta och psykiskt lidande, värna vårdtagarens människovärde och ge vårdtagarens familj och närstående stöd.

I den tyska lag som reglerar social- och hälsorätten kallad socialrättsboken (Sozialgesetzbuch, SGB) föreskrivs det också om palliativ vård. Enligt lagen har försäkrade rätt till medicinsk vård i vilken det också ingår palliativ vård. I lagen föreskrivs det också om hemsjukvård, som omfattar palliativ vård. Dessutom har en försäkrad som har en långt framskriden, obotlig, progressiv sjukdom och begränsad förväntad överlevnad och som behöver särskilt krävande vård rätt till specialiserad palliativ vård som öppenvård. Den specialiserad palliativa vård som ges som öppenvård innehåller medicinska och vårdvetenskapliga tjänster inklusive samordning av dem särskilt inom smärtlindringen och symtomhanteringen, och dess syfte är att göra det möjligt att ge den försäkrade vård i en bekant miljö. I lagen föreskrivs det också om rätten till

³⁴ Social- och hälsovårdsministeriet 2021:23, s. 44–52.

vård på hospice som ges som slutna vård om vården inte kan ges i hemmet. Öppna hospice tillhandahåller palliativ vårdkonsultation.

Enligt den belgiska lagen om palliativ vård (Loi relative aux soins palliatifs) har varje patient rätt till palliativ vård om denne har en allvarlig, progressiv och livsfarlig sjukdom som är långt framskriden eller i slutskedet. Rätten är oberoende av patientens förväntade överlevnad. Utbudet av palliativ vård ska vara tillräckligt, och de kriterier som gäller ersättning av vården med hjälp av den sociala tryggheten garanterar alla patienter en jämlik tillgång till palliativ vård. Patienten ska garanteras ett multiprofessionellt vårdteam som säkerställer att han eller hon får fysiskt, psykiskt, socialt, moraliskt, existentiellt och vid behov andligt stöd. Syftet med den palliativa vården är att garantera patienten och dennes närstående en så god livskvalitet och självständighet som möjligt. Palliativ vård ges från det att patienten har identifierats som palliativ patient. För identifiering av palliativa patienter utfärdades år 2018 en preciserande förordning (arrêté royal fixant les critères pour identifier un patient palliatif). I förordningen anges preciserande frågor med hjälp av vilka man avgör om en patient behöver palliativ vård.

I de olika ländernas lagstiftning finns det också reglering om vård som ges i livets slutskede, såsom palliativ sedering och begränsning av vårdåtgärder. En del länder har lagstiftning om läkarassisterat självmord eller eutanasi. Dessa frågor har inte behandlats i detta sammandrag, eftersom inga bestämmelser om dem föreslås i denna proposition. I den slutrapport som utarbetats av den expertarbetsgrupp som utrett behovet av lagstiftning för vård i livets slutskede beskrivs olika länders lagstiftning kring detta tema mera utförligt än här.

6 Remissvar

Allmänt

Det kom in sammanlagt 80 yttranden om propositionen. Yttranden lämnades av Södra Karelen, Södra Österbottens, Södra Savolax, Kajanalands, Egentliga Tavastlands, Mellersta Finlands, Kymmenedalens, Lapplands, Västra Nylands, Päijänne-Tavastlands, Birkalands, Österbottens, Norra Karelen, Norra Österbottens, Norra Savolax, Satakuntas, Egentliga Finlands samt Vanda och Kervo välfärdsområden, Helsingfors stad, sammanslutningen HUS, Välfärdsområdesbolaget Hyvil Ab, finansministeriet, Institutet för hälsa och välfärd, Tillstånds- och tillsynsverket, Folkpensionsanstalten, Äldreombudsmannen, Barnombudsmannens byrå, Riksomfattande etiska delegationen inom social- och hälsovården (ETENE), Klient- och patientsäkerhetscentret, Det nationella cancercentrumet FICAN, Sametinget, Svenska Finlands Folkting, Helsingfors universitet, Östra Finlands universitet, Åbo universitet, Tammerfors universitet, Turun ammattikorkeakoulu Oy, Suomen Lääkäriliitto – Finlands Läkarförbund ry, Suomen Yleislääkärit - Allmänläkare i Finland - GPF ry, Finlands Kristna Läkarförbund rf, Finlands Specialistläkarförening rf, Finlands Geriatriker rf, Tehy rf, Finlands Sjukskötare rf, Akavas sjukskötare och Taja rf, Finlands närvårdar- och primärskötarförbund SuPer rf, Suomen Geronomiliitto ry, Föreningen för Palliativ Vård i Finland rf, Finlands professorer i palliativ medicin, SOSTE Finlands social och hälsa rf, Kuluttajaliitto ry – Konsumentförbundet rf, Hengitysliitto ry, Finlands Hjärtförbund rf, Suomen Syöpäpotilaat - Cancerpatienterna i Finland ry, Diabetesförbundet i Finland rf, Reumaförbundet i Finland rf, Pulmones - Finlands Lungcancerförening rf, Invalidförbundet rf, Minnesförbundet rf, Cancerorganisationerna, Filha ry, TERHO-säätiö sr, Vammaisperheydistys Jaatinen ry, Närståendevårdarnas förbund rf, Handikappforum rf, Pensionärsförbundens intresseorganisation PIO rf, Kehitysvammaliitto ry, Tröskeln rf, Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto VALLI ry, Verksamheten Surevan kohtaminen, Njur- och leverförbundet rf, Vanhustyön keskusliitto - Centralförbundet för de gamlas väl ry, Finlands Gymnasistförbund rf, Hyvinvointiala HALI ry och Läkarföretagen rf.

Dessutom lämnades yttranden av två privatpersoner. Riksdagens justitieombudsman meddelade att han inte yttrar sig om propositionen, och undervisnings- och kulturministeriet meddelade att det inte har något att yttra om propositionen.

Palliativ vård och vård i livets slutskede

Förslaget att precisera organiseringsansvaret i fråga om palliativ vård och vård i livets slutskede understöddes av de flesta remissorganen. I överensstämmelse med bedömningen i propositionen ansågs att man genom att precisera lagstiftningen kan stödja ett jämlikt genomförande av den palliativa vården och vården i livets slutskede.

I den version av propositionen som skickades på remiss föreslogs att det i definitionen på palliativ vård ska konstateras att palliativ vård är aktiv helhetsinriktad vård som har som syfte att upprätthålla funktionsförmågan. Flera remissinstanser menade att begreppet funktionsförmåga i definitionen borde ersättas med begreppet att stödja livskvaliteten, eftersom detta begrepp har etablerats i internationella (WHO) och nationella definitioner och rekommendationer. På grundval av dessa remissvar ändrades den föreslagna regleringen.

I en del yttranden framfördes åsikten att det i förslaget eller åtminstone i motiveringarna borde tas klarare ställning om att den palliativa vården och vården i livets slutskede bör ordnas i enlighet med de nationella kvalitetsrekommendationerna på såväl grundläggande nivå som på specialnivå och krävande specialnivå. Ett par välfärdsområden påpekade däremot särskilt att det är bra att regleringen inte är för styrande utan ger manöverutrymme när skyldigheterna fullgörs.

En del remissorgan (bl.a. finansministeriet, Tillstånds- och tillsynsverket och ETENE) framhöll ståndpunkten att det inte är en önskvärd utveckling att det i 24 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs särskilt om att vissa hälso- och sjukvårdstjänster (dvs. palliativ vård och vård i livets slutskede) hör till sjukvårdstjänsterna och/eller att den står i strid med regleringssättet i paragrafen.

De som tog ställning i frågan omfattade i huvudsak den syn som framförs i propositionen enligt vilken ordnande av palliativ vård och vård i livets slutskede inte är nya uppgifter för välfärdsområdena, utan att det är fråga om en precisering av lagstiftningen. Endast ett remissorgan, Norra Karelens välfärdsområde, menade uttryckligen att den föreslagna lagändringen innebär en sådan ändring i uppgifternas omfattning eller art som avses i 9 § 1 mom. i lagen om välfärdsområdenas finansiering och som kräver att välfärdsområdena ges tilläggsfinansiering för att sköta uppgiften. En del remissorgan lyfte likväl fram att en satsning på den palliativa vården och vården i livets slutskede de facto kan kräva resursinsatser för att propositionens mål om jämlika tjänster ska uppnås. I synnerhet framfördes behoven att satsa på tillräcklig utbildning och kompetens bland personalen. Finansministeriet konstaterade att reglering som preciserar enskilda delområden inom hälso- och sjukvården i princip också kan medföra kostnadseffekter. Med beaktande av propositionen som helhet ska välfärdsområdena också framöver dimensionera genomförandet och utvecklandet av den palliativa vården och vården i livets slutskede enligt de gränser som balanserandet av ekonomin och verksamheten sätter.

En del av remissinstanserna ansåg att konsekvensbedömningarna i propositionen bör kompletteras särskilt i fråga om konsekvenser som gäller olika befolkningsgrupper.

På grundval av remissvaren preciserades konsekvensbedömningarna och andra motiveringar i propositionen.

Val av vårdenhet inom primärvården

När det gäller förslaget att vårdenhet inom primärvården i fortsättningen ska kunna väljas var tredje månad var åsikterna bland remissinstanserna delade. Många, särskilt de organisationer som företräder patienter, stödde förslaget. En del remissinstanser, såsom Finlands Läkarförbund, Tehy, Institutet för hälsa och välfärd, några välfärdsområden och en del av patientorganisationerna ansåg att det i princip är positivt att patienternas valfrihet ökas, men att lagförslaget kan inverka negativt särskilt på kontinuiteten i vården och leda till att det administrativa arbetet ökar. Åtta välfärdsområden och Valtakunnallinen kansanterveysystyön johtajaverkosto (det nationella nätverket för ledare inom folkhälsoarbetet) meddelade att de inte understöder förslaget. De motiverade sin ståndpunkt med de negativa konsekvenser för kontinuiteten som nämnts ovan och med ökande administrativt arbete. Dessutom menade de att välfärdsområdenas resurshantering och organiseringen av deras verksamhet försvåras. Finansministeriet ansåg att regleringen om valet av vårdenhet är oflexibel. Ett mera motiverat sätt skulle kunna vara att patienterna i första hand styrs till vård på ett sätt som tryggar kontinuiteten i vården i de situationer där patienten har en husläkare, en egen sjukskötare eller ett eget vårdteam. I situationer där kontinuiteten i vården inte är central utan det handlar om ett enstaka besök, borde välfärdsområdena kunna utnyttja kapaciteten hos hälsovårdscentralerna och hälsostationerna i hela området flexiblere än för närvarande.

I det propositionsutkast som var på remiss föreslogs att regleringen om att välja vårdenhet i 47 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen skulle preciseras så att anmälan om val av vårdenhet skulle kunna göras elektroniskt eller i pappersform. I propositionsutkastet redogjordes för lagstiftningen om att utträta ärenden hos myndigheter elektroniskt, och det ansågs att förhållandet mellan lagstiftningen om elektroniska tjänster och regleringen om förfarandet vid val av vårdenhet i 47 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen inte är helt klart. Därför ansågs det motiverat att göra regleringen tydligare för att säkerställa att vårdenhet kan väljas elektroniskt.

En del remissinstanser såg det som en bra sak att det lagstiftas om att välja vårdenhet elektroniskt. Dock ansåg några att det inte krävs någon lagändring för att göra det möjligt att sköta valet elektroniskt, utan det kan göras redan med stöd av gällande lagstiftning. Några remissinstanser framhöll behovet av en nationell lösning när elektroniska tjänster utvecklas.

Finansministeriet ansåg att den gällande allmänna lagstiftningen om elektroniska tjänster är tillräcklig, och om det i 47 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs särskilt om att utträta ärenden elektroniskt kan detta medföra oklarhet i förhållande till nämnda allmänna lagar. Ministeriet menade därför att den föreslagna lagändringen om sättet att anmäla valet av vårdenhet borde strykas ur propositionen. Eventuella förfaranden där en myndighet inte godkänner en elektronisk anmälan om val av vårdenhet ska i första hand korrigeras genom informationsstyrning. Ministeriet delade den syn i propositionsutkastet enligt vilken genomförandet av en möjlighet att välja vårdenhet elektroniskt inte orsakar välfärdsområdena datasystemkostnader om de tar emot anmälningar om byte i form suomi.fi-meddelande. Ministeriet ansåg det också motiverat att propositionen inte innehåller något förslag om att främja en annan nationell lösning.

På grundval av finansministeriets yttrande ströks det förslag till ändring av 47 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen enligt vilket det skulle anges att en skriftlig anmälan ska kunna göras i elektronisk form eller i pappersform. Den allmänna regleringen av e-tjänster beskrivs i specialmotiveringarna till 47 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen.

De begränsningar som gäller valet av vårdenhet (47 § 2 mom.) togs upp endast i ett par yttranden. Finlands Gymnasistförbund såg det som motiverat att rätten att välja vårdenhet inte ska gälla studerandehälsovården och elevhälsans psykologtjänster, eftersom det är logiskt och förnuftigt att enheten för studerandehälsovård är knuten till läroanstalten för att barnens och de ungas hälsa och välbefinnande ska kunna bedömas på ett övergripande sätt.

Offentliggörande av uppgifter om hur de längsta väntetiderna för att få vård har hållits

Remissinstanserna förhöll sig positivt eller neutralt till att uppgifter om hur de längsta väntetiderna för att få vård har hållits offentliggörs med kortare intervaller än för närvarande. I överensstämmelse med vad som förts fram i propositionen sågs ändringen som liten med hänsyn till dess praktiska konsekvenser, men ändå som en positiv sak med tanke på tillgodoseendet av rätten att få information. En del remissinstanser lyfte fram att det administrativa arbetet ökar, även om ökningen blir liten. Endast en remissinstans understöddes inte förslaget med hänvisning till att välfärdsområdenas administrativa arbete inte bör ökas.

Propositionen ändrades inte med anledning av yttrandena.

7 Specialmotivering

7.1 Hälso- och sjukvårdslagen

24 §. Sjukvård. I paragrafen föreskrivs det om välfärdsområdets ansvar för att ordna sjukvårdstjänster. I 1 mom. definieras vad som ingår i sjukvårdstjänsterna, nämligen bland annat att undersöka sjukdomar, ställa medicinska diagnoser, ge vård, lindra lidande och ge patienten handledning. Det föreslås att det till paragrafen fogas ett nytt 2 mom. där det föreskrivs att välfärdsområdet ska ordna palliativ vård och vård i livets slutskede i form av sjukvårdstjänster enligt 1 mom. Dessutom föreskrivs det enligt förslaget om vad som avses med palliativ vård och vård i livets slutskede.

Bestämmelserna om sjukvårdstjänster i 24 § i hälso- och sjukvårdslagen är av allmän karaktär i det avseendet att det i dem inte särskilt nämns till exempel vissa behandlingar, specialområden, vårdmodeller eller vård- eller funktionshelheter. Bestämmelserna i det föreslagna 2 mom. utgör ett undantag från detta, eftersom det i momentet särskilt föreskrivs att palliativ vård och vård i livets slutskede hör till de tjänster som avses i paragrafen.

Enligt det föreslagna momentet avses med palliativ vård aktiv helhetsinriktad vård som syftar till att hantera symtomen och främja livskvaliteten hos en patient som lider av en obotlig, progressiv sjukdom. Med vård i livets slutskede avses det sista skedet i palliativ vård, där målet särskilt är att lindra lidande och trygga värdigheten i livets slutskede. I enlighet med patientens behov ska palliativ vård och vård i livets slutskede ordnas inom primärvården och den specialiserade sjukvården.

Hur länge den palliativa vården fortgår beror på den bakomliggande sjukdomen och sjukdomens skede. Den palliativa vården kan pågå i flera år, och den kan genomföras vid sidan av den sjukdomsinriktade vården (tidig palliativ vård). Det är alltså inte enbart fråga om vård i livets slutskede. I definitionen av palliativ vård ingår dock att den bakomliggande sjukdomen inte kan botas och att den oåterkalleligen framskrider i någon takt och leder till att patienten avlider. Tiden från den palliativa vårdens början till patientens död kan bedömas utifrån tillgänglig medicinsk information om sjukdomen. Dock påverkar patientens individuella egenskaper och

situation i övrigt avsevärt hur länge den palliativa vården pågår. Patientens situation och egenskaper påverkar även hur länge vården i livets slutskede pågår.

Patientens tillstånd, funktionsförmåga och symtom kan variera mycket under den palliativa vården, och i olika skeden kan det behövas väldigt olika medicinska behandlingar och andra metoder och tjänster. Under vården i livets slutskede är patientens tillstånd och funktionsförmåga i allmänhet sämre, och patienten kan ha fler eller svårare symtom. Vårdsområdets organiseringsansvar omfattar olika vårdmetoder, och de kan ingå i verksamheten inom olika specialområden. Modern palliativ vård och behandling av symtom är multidisciplinär, kombinerar flera specialområden och kan också innefatta till exempel palliativa kirurgiska operationer och åtgärder.

Med helhetsinriktad vård avses vård som beaktar patientens fysiska, psykiska, sociala och andliga eller existentiella behov. Helhetsinriktad vård innefattar att vården genomförs på ett multidisciplinärt sätt i den utsträckning som är ändamålsenlig för patientens vård. Multidisciplinärt arbete innebär samarbete mellan olika yrkesgrupper – läkare, sjukskötare, närvårdare, fysioterapeuter, socialarbetare, psykologer och vid behov andra yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården – för att bedöma patientens helhetssituation och genomföra vården. Man behöver också se till att patienten, om hen så önskar, kan diskutera andliga eller religiösa frågor med någon som arbetar med dessa frågor. Inom vårdsområdet genomförs vården vid behov på ett ändamålsenligt sätt i samarbete mellan hälso- och sjukvården och socialvården.

Lindring av lidande omfattar både fysisk symptomatisk vård och psykiskt, socialt och andligt eller existentiellt stöd. Med lindring av existentiell smärta avses att man bemöter och svarar på patientens frågor och känslor som gäller meningen med livet, den annalkande döden, identitet, värderingar eller världsåskådning i enlighet med patientens behov. Målet med vården i livets slutskede är att trygga patientens värdighet i livets slutskede och lindra patientens lidande på ett övergripande sätt.

Palliativ vård och vård i livets slutskede omfattar också stöd till patientens närstående. När tjänster tillhandahålls ska man säkerställa att patientens anhöriga och närstående får den handledning och rådgivning och det psykiska stöd de behöver före och efter patientens död. I 27 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs det om vårdsområdets skyldighet att ordna handledning och rådgivning inom hälso- och sjukvården i fråga om de faktorer som dels skyddar, dels hotar den psykiska hälsan och, vid behov, psykosocialt stöd till individen, familjen och andra närstående. Denna bestämmelse är också tillämplig på palliativ vård och vård i livets slutskede, inbegripet stöd till anhöriga och närstående och samordning av stödet som en del av patientens vårdprocess.

Metoder och åtgärder som hör till palliativ vård och vård i livets slutskede används både inom primärvården och inom den specialiserade sjukvården. Vårdkedjan styrs på sedvanligt sätt genom enhetliga grunder för vården och vårdrekommendationer samt genom vårdsområdenas anvisningar. Palliativ vård på basnivå kan inte ersätta sådan palliativ vård eller vård i livets slutskede som genomförs enligt patientens behov, där den kompetens och de metoder inom den specialiserade sjukvården som behövs baseras på vårdkedjan.

Syftet med bestämmelsen i momentet, enligt vilken palliativ vård och vård i livets slutskede ska ordnas inom primärvården och den specialiserade sjukvården, är att betona att vården ges på olika kravnivåer i enlighet med patientens behov. I avsnitt 2.1.2 beskrivs kvalitetsrekommendationerna för palliativ vård och vård i livets slutskede och de enhetliga grunderna för vård, där det beskrivs hur vården ges på basnivå, specialiserad nivå och krävande

specialiserad nivå. Inom såväl primärvården som den specialiserade sjukvården kan det ges vård på olika nivåer. Lagen förpliktar visserligen inte till att iaktta vissa vårdrekommendationer, men bestämmelserna om att palliativ vård och vård i livets slutskede är tjänster inom såväl primärvården som den specialiserade sjukvården framhäver att vården ska ges på det sätt och med de tjänster som motsvarar patientens behov. Förordningen om centralisering av den specialiserade sjukvården innehåller redan i nuläget särskilda bestämmelser om krävande palliativ vård och vård i livets slutskede, enligt vilka det är de välfärdsområden som är huvudmän för ett universitetssjukhus och HUS-sammanslutningen som ska ge sådan vård. De ska dessutom ha hand om planeringen av denna vård och samordningen av den på regional nivå. Inom palliativ vård och vård i livets slutskede kan vården genomföras som sådan hemsjukvård eller hemsjukhusvård som avses i 25 § i hälso- och sjukvårdslagen, där det också är viktigt att tjänster inom primärvården, den specialiserade sjukvården och socialvården ges på ett sätt som är ändamålsenligt för patienten och som stöder vården. Hemsjukvård har konstaterats vara ett fungerande sätt att ge palliativ vård och vård i livets slutskede.

Det gällande 2 och 3 mom. blir 3 och 4 mom. och ändras inte. Bestämmelserna i de momenten ska också tillämpas på palliativ vård och vård i livets slutskede.

47 §. Val av vårdenhet för icke-brådskande vård. I paragrafens 1 mom. föreskrivs det om rätten att välja hälsovårdscentral eller hälsostation, oavsett inom vilket välfärdsområdes område hälsovårdscentralen eller hälsostationen finns. Det föreslås att 1 mom. ändras så att det blir möjligt att välja vårdenhet oftare än för närvarande.

Enligt den gällande bestämmelsen kan ett nytt val göras tidigast ett år efter det föregående valet. I fortsättningen ska man kunna välja hälsovårdscentral eller hälsostation på nytt tidigast tre månader efter det föregående valet. Vårdansvaret ska enligt momentet fortsättningsvis övergå till den valda hälsovårdscentralen eller hälsostationen senast tre veckor efter det att anmälan har kommit in. Minimitiden på tre månader innan det blir möjligt att göra ett nytt val ska alltså ändå räknas från den tidpunkt då personen gjort sitt val, inte från den tidpunkt då vårdansvaret övergått.

Det föreslås att det i momentet fortsättningsvis föreskrivs att personen ska göra en skriftlig anmälan om byte av hälsovårdscentral eller hälsostation både till den hälsovårdscentral eller hälsostation som personen anlitar för närvarande och till den valda hälsovårdscentralen eller hälsostationen. Enligt 9 § 1 mom. i lagen om elektronisk kommunikation i myndigheternas verksamhet (13/2003) uppfyller vid anhängiggörande och behandling av ärenden också elektroniska dokument som sänts till en myndighet kravet på skriftlig form. Myndigheterna ska enligt 5 § 1 mom. i lagen om tillhandahållande av digitala tjänster (306/2019) ge alla en möjlighet att med hjälp av digitala tjänster eller andra elektroniska dataöverföringsmetoder sända elektroniska meddelanden och handlingar som hänför sig till deras behov att uträtta ärenden. Myndigheterna ska ge alla en möjlighet att i sina ärenden för mottagande av elektroniska meddelanden och handlingar från en myndighet använda en meddelandeförmedlingstjänst som avses i lagen om förvaltningens gemensamma stödtjänster för e-tjänster (571/2016) eller någon annan tillräckligt informationssäker elektronisk dataöverföringsmetod, om myndigheten kan sända meddelandet eller handlingen i elektronisk form. Med stöd av denna reglering ska välfärdsområdena se till att patienterna har möjlighet att välja vårdenhet elektroniskt. Den meddelandeförmedlingstjänst som nämns ovan avser meddelandetjänsten Suomi.fi, som välfärdsområdena kan använda som en elektronisk plattform för att ta emot anmälningar om valet.

Anmälningar ska fortsättningsvis kunna göras i pappersform. Det är inte alla som har kunskap eller möjlighet att använda elektroniska tjänster, och det är motiverat att kunden kan göra bytet

också på något annat sätt. Om välfärdsområdet så önskar kan det också tillåta att anmälan görs muntligen.

Enligt paragrafen kan valet gälla endast en hälsovårdscentral eller hälsostation åt gången. I praktiken innebär regleringen att kunden inte har rätt att välja en del av tjänsterna från en viss central eller station och en del från en annan. Alla hälsovårdscentraler och hälsostationer tillhandahåller inte alla tjänster som välfärdsområdet med stöd av 2 och 3 kap. har ansvar för att ordna och som omfattas av valet av primär vårdenhet. Till exempel rådgivningsbyråttjänster, mun- och tandvårdstjänster, hjälpmedelstjänster eller laboratorietjänster kan ha koncentrerats till endast en del av centralerna eller stationerna, eller också kan de tillhandahållas vid separata verksamhetsställen. Regleringen låter välfärdsområdena själva besluta hur man agerar i sådana situationer. Välfärdsområdet kan till exempel anvisa dem som valt en viss hälsostation ett verksamhetsställe där de får tjänster som den egna hälsostationen inte tillhandahåller, eller också kan välfärdsområdet låta kunden välja ett verksamhetsställe i fråga om de andra tjänsterna. När en kund väljer en hälsovårdscentral eller hälsostation inom ett annat välfärdsområdes område som sin vårdenhet, gäller valet alla primärvårdstjänster inom det andra välfärdsområdet, med beaktande av de undantag som anges i 2 mom.

Välfärdsområdet kan naturligtvis, om det så önskar, tillåta mer omfattande val av vårdenhet än vad som föreskrivs i paragrafen, till exempel inom sitt eget område tillåta byte oftare än vad som föreskrivs i paragrafen eller tillåta att kunderna använder tjänster vid olika hälsovårdscentraler och hälsostationer utan att välja ett visst verksamhetsställe.

I 2 mom. föreskrivs det om tjänster som inte omfattas av valet av vårdenhet. I momentet föreskrivs det redan i nuläget att rätten att välja inte gäller skolhälsovård enligt 16 § eller studerandehälsovård enligt 17 §. Det föreslås att det till bestämmelsen för tydlighetens skull fogas att rätten att välja inte heller gäller elevhälsans psykologtjänster enligt 17 a §.

I momentet finns också en bestämmelse enligt vilken ett välfärdsområde inte har någon skyldighet att ordna hemsjukvård enligt 25 § utanför sitt eget område. Det föreslås att bestämmelsen ändras så att välfärdsområdena inte heller är skyldiga att utanför sitt eget område ordna andra tjänster i hemmet. En sådan tjänst kan vara till exempel installation av hjälpmedel i en persons hem. Regleringen grundar sig på att det inte är skäligt att kräva att välfärdsområdet skickar sin vårdpersonal till ett annat välfärdsområdes område för att ge kunden tjänster eller att välfärdsområdet ska skaffa tjänster av en privat tjänsteproducent inom ett annat välfärdsområdes område för att tillhandahålla tjänster för en enskild kund som bor inom ett annat välfärdsområdes område.

Det välfärdsområde inom vars område personen har sin hemkommun enligt lagen om hemkommun, och således det hem i vilket tjänsterna ges, har alltså ansvar för ordnandet av alla tjänster i hemmet, även om personen som sin primära vårdenhet har valt en hälsovårdscentral eller hälsostation inom ett annat välfärdsområdes område. Om dock en person har sin hemkommun enligt lagen om hemkommun inom ett visst välfärdsområdes område, men till exempel de facto bor en del av året inom ett annat välfärdsområdes område och där behöver tjänster som ges där personen är bosatt, och personen har valt en hälsovårdscentral eller hälsostation på sin vistelseort som sin vårdenhet, har detta välfärdsområde ansvar för att ge dessa tjänster där personen är bosatt. Vård enligt vårdplanen, såsom hemsjukvård, kan dock med stöd av 48 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ges utan att personen behöver byta sin egentliga vårdenhet. Enligt 48 § 1 mom. får en person, om denne på grund av arbete, studier, fritid eller en nära anhörigs eller annan närstående persons boende eller av någon annan motsvarande orsak är bosatt eller regelbundet eller under en längre tid vistas i ett välfärdsområde inom vars område personen inte har sin hemkommun, för vård enligt vårdplanen också utnyttja

primärvårdstjänsterna i ett annat välfärdsområde än det egna utan att den vårdansvariga hälsovårdscentralen eller hälsostationen ändras.

55 §. Offentliggörande av uppgifter. I paragrafens 1 mom. föreskrivs det om hur ofta välfärdsområdena i det allmänna datanätet, det vill säga på internet, ska offentliggöra information om hur de längsta väntetider för att få vård som föreskrivs i 51, 51 a–51 c, 52 och 53 §, det vill säga den så kallade vårdgarantin, har hållits. Enligt de gällande bestämmelserna ska välfärdsområdet när det gäller primärvården månadsvis offentliggöra nyckeltal om hur de längsta tillåtna väntetiderna för att få vård har hållits under den föregående kalendermånaden, medan de nyckeltal som gäller den specialiserade sjukvården ska offentliggöras med fyra månaders mellanrum. Det föreslås att 1 mom. ändras så att även nyckeltalen för den specialiserade sjukvården i fortsättningen ska publiceras månatligen på motsvarande sätt som nyckeltalen för primärvården. I momentet föreskrivs det också att Institutet för hälsa och välfärd producerar de nyckeltal som ska offentliggöras. Till denna del föreslås inga ändringar i regleringen.

7.2 Fängelselagen

10 kap. Social- och hälsovård

1 §. Hälso- och sjukvård för fångar. I paragrafens 4 mom. föreslås motsvarande ändring som i 55 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen. I fortsättningen ska också Enheten för hälso- och sjukvård för fångar i fråga om de hälso- och sjukvårdstjänster för fångar som enheten ordnar månatligen publicera information om hur de längsta tillåtna väntetiderna för att få vård inom den specialiserade sjukvården har hållits under den föregående kalendermånaden, medan nyckeltalen i nuläget ska publiceras med fyra månaders mellanrum.

7.3 Häktningsslagen

6 kap. Social- och hälsovård

1 §. Hälso- och sjukvård för häktade. I paragrafens 4 mom. föreslås motsvarande ändring som i 10 kap. 1 § 4 mom. i fängelselagen.

8 Bestämmelser på lägre nivå än lag

Enligt 55 § 3 mom. i gällande hälso- och sjukvårdslag, i 10 kap. 1 § 4 mom. i fängelselagen och i 6 kap. 1 § 4 mom. i häktningsslagen får närmare bestämmelser om de nyckeltal för väntetiderna för att få vård som ska offentliggöras utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet. I propositionen föreslås det inte att regleringen ändras, men rätten att utfärda förordning ska i fortsättningen också gälla närmare bestämmelser om nyckeltal för hur väl de längsta väntetiderna för att få vård har hållits inom den specialiserade sjukvården.

9 Ikraftträdande

Lagarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2027.

10 Verkställighet och uppföljning

Hos social- och hälsovårdsministeriet kan bidrag på 50 000 euro sökas för att informera medborgarna om tjänster inom palliativ vård och vård i livets slutskede. Målet med projektet är att informera brett om social- och hälsovårdsministeriets rekommendationer om palliativ vård

och vård i livets slutskede och de kvalitetskriterier som Institutet för hälsa och välfärd har publicerat med användning av nätverkande med de centrala forskningsinstituterna samt välfärdsområdena, Helsingfors stad, HUS-sammanslutningen och patientorganisationerna. Projektet stöder genomförandet av lagstiftningen om palliativ vård och vård i livets slutskede.

I Institutet för hälsa och välfärds kodsserver samlas åtgärds-koder som beskriver innehållet i olika vårdåtgärder. Åtgärds-klassificeringen används för att specificera de åtgärder som utförs av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Klassificeringen används som en del av de centrala hälsouppgifterna såväl i lokala patientdatasystem som i de riksomfattande Kantatjänsterna och dessutom vid insamling av informationen i vårdanmälningar, i administrativa processer, i statistikväsendet och i kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete. Åtgärds-koder för palliativ vård har utvecklats och tagits i bruk som en del av de utvecklingsprojekt inom den palliativa vården som har genomförts under de senaste åren. Med hjälp av åtgärds-koderna för palliativ vård registreras åtgärder som särskilt hör till palliativ vård, och koderna gör det möjligt att visa åtgärderna. Enheterna kan ladda ner koderna från kods-servern och ta dem i bruk. Koderna hjälper att bedöma kvaliteten på vården av en patient, möjliggör en enhetlig kvalitetskontroll vid enheterna och gör det lättare att följa hur kvalitetskriterierna uppfylls.

11 Förhållande till andra propositioner

Riksdagen godkände den 21 april 2026 ändringar i 24 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen utifrån regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagar om ändring av hälso- och sjukvårdslagen samt lagen om behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården (RP 159/2025 rd; ShUB 3/2026 rd). Ingressen till lagförslag 1 i denna proposition behöver under riksdagsbehandlingen ändras i fråga om 24 § i hälso- och sjukvårdslagen.

12 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning

Av de förslag som ingår i propositionen har i synnerhet de föreslagna bestämmelserna om palliativ vård och vård i livets slutskede i 24 § i lagförslag 1 ett samband med tillgodoseendet av de grundläggande fri- och rättigheterna, i synnerhet 19 § 3 mom. i grundlagen.

Enligt 19 § 1 mom. i grundlagen har alla som inte förmår skaffa sig den trygghet som behövs för ett människovärdigt liv rätt till oundgänglig försörjning och omsorg. Enligt 19 § 3 mom. i grundlagen ska det allmänna, enligt vad som närmare bestäms genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa.

Sättet att ordna social- och hälsovården och tillgången till tjänsterna påverkas indirekt av andra grundläggande fri- och rättigheter, såsom jämlikhet och förbud mot diskriminering (6 §) samt det allmännas skyldighet att se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses (22 §). Bestämmelserna om de grundläggande fri- och rättigheterna anger på vilket sätt skyldigheten att trygga social- och hälsovårdstjänsterna ska fullgöras.

Enligt 1 § 2 mom. i grundlagen ska konstitutionen trygga människovärdets okränkbarhet och den enskilda människans frihet och rättigheter samt främja rättvisa i samhället. Människovärdets okränkbarhet är en grundläggande värdering som ligger till grund för hela konstitutionen. Den uttrycker i första hand värdegrunden i regeringsformen, men kan också ha en direkt rättslig betydelse i vissa fall. Den inverkar vid tolkning till exempel när de egentliga bestämmelserna om grundläggande fri- och rättigheter tillämpas. Begreppet människovärde hänvisar till den principiella jämställdheten mellan alla individer (RP 309/1993 rd, s. 45/II).

Bestämmelsen i 19 § 3 mom. i grundlagen syftar framför allt på tryggad tillgång till tjänster. För den rätt till tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster som nämns i 19 § 3 mom. i grundlagen har det etablerats ett visst juridiskt innehåll och vissa bedömningsgrunder. Enligt dem kan en bedömning av om tjänsterna är tillräckliga eller inte utgå från en nivå som ”ger alla människor förutsättningar att fungera som fullvärdiga medlemmar i samhället” (se RP 309/1993 rd, s. 76/I). Hänvisningen till att var och en har rätt till hälso- och sjukvårdstjänster förutsätter ”i sista hand en individuell bedömning av om tjänsterna är tillräckliga eller inte” (se GrUU 30/2013 rd, s. 3/1). Rätten till tillräckliga hälsovårdstjänster tryggas i de allvarligaste situationerna ytterst av rätten till liv enligt 7 § i grundlagen (se GrUU 17/2021 rd, stycke 71 och GrUU 65/2014 rd, s. 4/II).

Grundlagsutskottet har betonat att även om den första meningen i 19 § 3 mom. i grundlagen inte tryggar något specifikt sätt att erbjuda tjänster, utgår grundlagen till denna del från att tjänsterna ska vara tillräckliga (se GrUU 17/2021 rd, stycke 72, GrUU 26/2017 rd, s. 33 och 37–42, GrUU 12/2015 rd, s. 3, och GrUU 11/1995 rd, s. 2). Utskottet har uttryckligen betonat att bestämmelsen förpliktar det allmänna att trygga tillgången till tjänster (se GrUU 26/2017 rd, särskilt s. 45–46, och GrUU 54/2014 rd, s. 1–2). Bestämmelsen innebär således också ett krav på ett tillräckligt utbud av tjänster i hela landet (se GrUU 17/2021 rd, stycke 72, GrUU 26/2017 rd, s. 33/I, GrUB 25/1994 rd, s. 33/I). Klausulen om att närmare bestämmelser utfärdas genom lag ger lagstiftaren rörelsefrihet i fråga om regleringen av rättigheterna och visar att det exakta innehållet i en grundläggande fri- och rättighet bestäms av den helhet som bildas av bestämmelsen om den grundläggande fri- och rättigheten och den vanliga lagstiftningen (GrUB 25/1994 rd, s. 5–6).

Enligt 6 § 1 mom. i grundlagen är alla lika inför lagen. Enligt paragrafens 2 mom. får ingen utan godtagbart skäl särbehandlas på grund av kön, ålder, ursprung, språk, religion, övertygelse, åsikt, hälsotillstånd eller handikapp eller av någon annan orsak som gäller hans eller hennes person. Enligt förarbetena till grundlagen får ingen utan godtagbart skäl ges en annan ställning, inte heller på grund av boningsort (RP 309/1993 rd, s. 47/II). Jämlikhetsbestämmelsen riktar också till lagstiftaren. Människor eller grupper av människor kan inte godtyckligt genom lag försättas i en gynnsammare eller ogynnsammare ställning än andra. Jämlikhetsbestämmelsen förutsätter dock inte att alla människor ska bemötas lika i alla avseenden, om inte de förhållanden som inverkar på ärendet är likadana (RP 309/1993, s. 46). Grundlagsutskottet har dessutom av hävd betonat att inga skarpa gränser för lagstiftarens prövning kan härledas ur jämlikhetsprincipen då reglering i överensstämmelse med den rådande samhällsutvecklingen eftersträvas (se till exempel GrUU 2/2011 rd, s. 2/II och GrUU 64/2010 rd, s. 2).

Det allmänna ska enligt 22 § i grundlagen se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses. Bestämmelsen förpliktar det allmänna att uttryckligen se till att de grundläggande fri- och rättigheterna, såsom tillräckliga social- och hälsovårdstjänster, tillgodoses i praktiken. Enligt förarbetena till grundlagen hör till de centralaste metoderna att stifta lagar som tryggar och preciserar utövningen av en grundläggande fri- och rättighet och att inrikta de ekonomiska resurserna. Bestämmelsen utsträcker den offentliga maktens förpliktelse inte bara till de grundläggande fri- och rättigheterna utan också till de mänskliga rättigheter som tryggas i de för Finland bindande internationella konventionerna om mänskliga rättigheter. (RP 309/1993 rd, s. 79–80). Principen om främjande av rättigheterna inom området för sociala rättigheter ingår också i artikel 2.1 i ESK-konventionen (skyldighet att vidta åtgärder för att gradvis förverkliga rättigheterna i sin helhet). De bestämmelser i ESK-konventionen och andra för Finland bindande människorättskonventioner som är centrala med tanke på propositionen beskrivs i avsnitt 4.2.3.

I propositionen föreslås det att bestämmelserna om välfärdsområdenas skyldighet att ordna tjänster preciseras genom att det föreskrivs att palliativ vård och vård i livets slutskede hör till de tjänster som välfärdsområdet har ansvar för att ordna. Till lagen fogas det enligt förslaget också definitioner av palliativ vård och vård i livets slutskede, och definitionerna är avsedda att ha en styrande effekt när det gäller hur välfärdsområdena ger vården. I propositionen är det dock fråga om att precisera lagstiftningen, inte om att ge välfärdsområdena nya lagstadgade uppgifter. De föreslagna preciserade bestämmelserna har samband med 121 § 4 mom. i grundlagen. Enligt 121 § 4 mom. i grundlagen utfärdas bestämmelser om självstyrelse på större förvaltningsområden än kommuner genom lag. Grundlagsutskottet har framhållit att de nödvändiga baselementen för självstyrelse på större förvaltningsområden än kommuner är att självstyrelsen har en demokratisk grund, att besluten fattas demokratiskt och att det finns en laglig grund för landskapets eller välfärdsområdets uppgifter och förvaltning. Som en garanti för självstyrelse ska vissa bestämmelser finnas på lagnivå, vilket är relevant i förhållande till anordnandet av välfärdsområdenas förvaltning och deras finansiering (GrUU 17/2021 rd, stycke 34). (GrUU 17/2021 rd, stycke 9, 17 och 34, GrUU 26/2017 rd, s. 19–31).

Ur patienternas synvinkel stöder en precisare reglering tillgodoseendet av de rättigheter som föreskrivs i synnerhet i 19 § 3 mom. i grundlagen och de rättigheter i fråga om hälso- och sjukvårdstjänster som föreskrivs i människorättskonventioner. Regleringen kan också främja tillgodoseendet på individnivå, regional nivå och nationell nivå av den jämlikhet som tryggas i 6 § i grundlagen samt bidra till att genomföra 80 § 1 mom. i grundlagen, enligt vilket bestämmelser om grunderna för individens rättigheter och skyldigheter ska utfärdas genom lag. Palliativ vård och vård i livets slutskede är per definition vård som inte handlar om att bota någon bakomliggande sjukdom, eftersom det inte finns något egentligt botemedel, utan om att främja livskvaliteten, hantera symtomen och i livets slutskede i synnerhet att lindra lidande och trygga värdigheten i livets slutskede. Regleringen har således också samband med tillgodoseendet av människovärdets okränkbarhet enligt 1 § 2 mom. i grundlagen genom tillgodoseendet av de rättigheter som tryggas i 19 § 3 mom.

Enligt regeringens uppfattning är förslagen förenliga med grundlagen. Regeringen anser att lagförslagen kan behandlas i vanlig lagstiftningsordning.

Kläm

Med stöd av vad som anförts ovan föreläggs riksdagen följande lagförslag:

1.

Lag

om ändring av hälso- och sjukvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) 47 § 1 och 2 mom. samt 55 § 1 mom., sådana de lyder, 47 § 1 och 2 mom. i lag 426/2023 och 55 § 1 mom. i lag 1107/2024, samt *fogas* till 24 §, sådan den lyder delvis ändrad i lagarna 1303/2014 och 581/2022, ett nytt 2 mom., varvid det nuvarande 2 och 3 mom. blir 3 och 4 mom., som följer:

24 §

Sjukvård

Ett välfärdsområde ska för dem som bor i välfärdsområdet ordna palliativ vård och vård i livets slutskede i form av sådana sjukvårdstjänster som avses i 1 mom. *Med palliativ vård* avses aktiv helhetsinriktad vård som syftar till att hantera symtomen och främja livskvaliteten hos en patient som lider av en obotlig, progressiv sjukdom. *Med vård i livets slutskede* avses det sista skedet i palliativ vård, där målet särskilt är att lindra lidande och trygga värdigheten i livets slutskede. I enlighet med patientens behov ska palliativ vård och vård i livets slutskede ordnas inom primärvården och den specialiserade sjukvården.

47 §

Val av vårdenhet för icke-brådskande vård

En person får välja vid vilken hälsovårdscentral eller vilken hälsostation vid en hälsovårdscentral denne vill få de hälso- och sjukvårdstjänster som avses i 2 och 3 kap., oavsett inom vilket välfärdsområdes område hälsovårdscentralen eller hälsostationen finns. Personen ska göra en skriftlig anmälan om byte av hälsovårdscentral eller hälsostation både till den hälsovårdscentral eller hälsostation som personen anlitar för närvarande och till den valda hälsovårdscentralen eller hälsostationen. Vårdansvaret övergår till den valda hälsovårdscentralen eller hälsostationen senast tre veckor efter det att anmälan har kommit in. Valet kan gälla endast en hälsovårdscentral eller hälsostation åt gången. Personen kan välja hälsovårdscentral eller hälsostation på nytt tidigast tre månader efter det föregående valet.

Den i 1 mom. avsedda rätten att välja gäller inte skolhälsovård enligt 16 §, studerandehälsovård enligt 17 § eller elevhälsans psykologtjänster enligt 17 a §. Rätten att välja gäller inte heller långvarig slutenvård, om inte något annat föreskrivs i lag. Ett välfärdsområde har ingen skyldighet att utanför sitt eget område ordna hemsjukvård enligt 25 § eller andra tjänster i hemmet.

55 §

Offentliggörande av uppgifter

Ett välfärdsområde ska månadsvis i det allmänna datanätet offentliggöra nyckeltal för den föregående kalendermånaden om hur de i 51, 51 a–51 c, 52 och 53 § föreskrivna längsta väntetiderna har hållits. Institutet för hälsa och välfärd producerar nyckeltalen utifrån de uppgifter som institutet fått med stöd av 5 och 5 c § i lagen om Institutet för hälsa och välfärd (668/2008). Institutet för hälsa och välfärd ska ge behövliga uppgifter till välfärdsområdet för offentliggörande.

Denna lag träder i kraft den 20 . _____

2.

Lag

om ändring av 10 kap. 1 § i fängelselagen

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i fängelselagen (767/2005) 10 kap. 1 § 4 mom., sådant det lyder i lag 121/2023, som följer:

10 kap.

Social- och hälsovård

1 §

Hälso- och sjukvård för fångar

Enheten för hälso- och sjukvård för fångar ska månadsvis i det allmänna datanätet offentliggöra nyckeltal för den föregående kalendermånaden om hur de längsta väntetiderna för att få vård har hållits. Institutet för hälsa och välfärd producerar nyckeltalen utifrån de uppgifter som institutet fått med stöd av 5 och 5 c § i lagen om Institutet för hälsa och välfärd (668/2008). Institutet för hälsa och välfärd ska lämna ut behövliga uppgifter till Enheten för hälso- och sjukvård för fångar för offentliggörande. Nyckeltalen ska offentliggöras separat för varje sjukhus och poliklinik vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, och nyckeltalen för tjänster inom den specialiserade sjukvården som anskaffats som köpta tjänster ska offentliggöras beträffande hela Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. Nyckeltalen ska också offentliggöras så att de är tillgängliga för fångarna i fängelset. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet får närmare bestämmelser utfärdas om de nyckeltal i fråga om att få vård som ska offentliggöras.

Denna lag träder i kraft den 20 . _____

3.

Lag

om ändring av 6 kap. 1 § i häktninglagen

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i häktninglagen (768/2005) 6 kap. 1 § 4 mom., sådant det lyder i lag 122/2023, som följer:

6 kap.

Social- och hälsovård

1 §

Hälso- och sjukvård för häktade

Enheten för hälso- och sjukvård för fångar ska månadsvis i det allmänna datanätet offentliggöra nyckeltal för den föregående kalendermånaden om hur de längsta väntetiderna för att få vård har hållits. Institutet för hälsa och välfärd producerar nyckeltalen utifrån de uppgifter som institutet fått med stöd av 5 och 5 c § i lagen om Institutet för hälsa och välfärd (668/2008). Institutet för hälsa och välfärd ska lämna ut behövliga uppgifter till Enheten för hälso- och sjukvård för fångar för offentliggörande. Nyckeltalen ska offentliggöras separat för varje sjukhus och poliklinik vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, och nyckeltalen för tjänster inom den specialiserade sjukvården som anskaffats som köpta tjänster ska offentliggöras beträffande hela Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. Nyckeltalen ska också offentliggöras så att de är tillgängliga för de häktade i fängelset. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet får närmare bestämmelser utfärdas om de nyckeltal i fråga om att få vård som ska offentliggöras.

Denna lag träder i kraft den 20 . _____

Helsingfors den 30 april 2026

Statsminister

Petteri Orpo

Social- och hälsovårdsminister Wille Rydman

1.

Lag

om ändring av hälso- och sjukvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) 47 § 1 och 2 mom. samt 55 § 1 mom., sådana de lyder, 47 § 1 och 2 mom. i lag 426/2023 och 55 § 1 mom. i lag 1107/2024, samt *fogas* till 24 §, sådan den lyder delvis ändrad i lagarna 1303/2014 och 581/2022, ett nytt 2 mom., varvid det nuvarande 2 och 3 mom. blir 3 och 4 mom., som följer:

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

24 §

24 §

Sjukvård

Sjukvård

Ett välfärdsområde ska ordna sjukvårdstjänster för dem som bor i välfärdsområdet. Till sjukvårdstjänsterna hör

1) att undersöka sjukdomar, ställa medicinska och odontologiska diagnoser, ge vård och behandling, tillhandahålla nödvändiga förbrukningsartiklar enligt vårdplanen för behandling av långvarig sjukdom och ge den medicinska rehabilitering som behövs,

2) att förebygga och bota sjukdomar och att lindra lidande,

3) att ge handledning som syftar till att stärka patientens engagemang i sin vård och patientens egenvård,

4) att i ett tidigt stadium identifiera hälsoproblem hos patienter som behöver särskilt stöd, särskilda undersökningar och särskild vård, att behandla hälsoproblemen och att hänvisa patienten till fortsatt vård.

Ett välfärdsområde ska ordna sjukvårdstjänster för dem som bor i välfärdsområdet. Till sjukvårdstjänsterna hör

1) att undersöka sjukdomar, ställa medicinska och odontologiska diagnoser, ge vård och behandling, tillhandahålla nödvändiga förbrukningsartiklar enligt vårdplanen för behandling av långvarig sjukdom och ge den medicinska rehabilitering som behövs,

2) att förebygga och bota sjukdomar och att lindra lidande,

3) att ge handledning som syftar till att stärka patientens engagemang i sin vård och patientens egenvård,

4) att i ett tidigt stadium identifiera hälsoproblem hos patienter som behöver särskilt stöd, särskilda undersökningar och särskild vård, att behandla hälsoproblemen och att hänvisa patienten till fortsatt vård.

*Ett välfärdsområde ska för dem som bor i välfärdsområdet ordna palliativ vård och vård i livets slutskede i form av sådana sjukvårdstjänster som avses i 1 mom. Med **palliativ vård** avses aktiv helhetsinriktad vård som syftar till att hantera symtomen och främja livskvaliteten hos en patient som lider av en obotlig, progressiv sjukdom. Med **vård i livets slutskede** avses det sista skedet i palliativ vård, där målet särskilt är att lindra*

Gällande lydelse

Sjukvården ska genomföras med beaktande av patientens behov av medicinsk eller odontologisk behandling och i enlighet med de enhetliga grunderna för vård. Vården ska genomföras på ett ändamålsenligt sätt och genom ändamålsenligt samarbete. Vården genomförs i form av öppen vård när detta är möjligt med beaktande av patientsäkerheten.

För genomförandet av vården och rehabiliteringen ska det i förekommande fall upprättas en vård- och serviceplan enligt vad som föreskrivs i 4 a § i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992). När patienten är ett barn som behöver särskilt stöd eller någon annan person som behöver särskilt stöd, ska vård- och serviceplanen om möjligt utarbetas så att planen kan beaktas vid beslut som fattas enligt 46 § i socialvårdslagen. Som en person som behöver särskilt stöd betraktas en person som har särskilda svårigheter att söka och få behövliga social- och hälso-tjänster på grund av kognitiv eller psykisk skada eller sjukdom, missbruk av berusningsmedel, samtidigt behov av flera stöd eller någon annan motsvarande orsak och vars stödbehov inte är förknippat med hög ålder så som föreskrivs i 3 § i lagen om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (980/2012). Som ett barn som behöver särskilt stöd betraktas ett barn som behöver särskilt stöd på grund av de ovannämnda skälen eller vars uppväxtförhållanden äventyrar eller inte tryggar barnets hälsa eller utveckling eller som genom sitt beteende äventyrar sin hälsa eller utveckling.

47 §

Val av vårdenhet för icke-brådskande vård

En person får välja vid vilken hälsovårdscentral eller vilken hälsostation vid

Föreslagen lydelse

lidande och trygga värdigheten i livets slutskede. I enlighet med patientens behov ska palliativ vård och vård i livets slutskede ordnas inom primärvården och den specialiserade sjukvården.

Sjukvården ska genomföras med beaktande av patientens behov av medicinsk eller odontologisk behandling och i enlighet med de enhetliga grunderna för vård. Vården ska genomföras på ett ändamålsenligt sätt och genom ändamålsenligt samarbete. Vården genomförs i form av öppen vård när detta är möjligt med beaktande av patientsäkerheten.

För genomförandet av vården och rehabiliteringen ska det i förekommande fall upprättas en vård- och serviceplan enligt vad som föreskrivs i 4 a § i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992). När patienten är ett barn som behöver särskilt stöd eller någon annan person som behöver särskilt stöd, ska vård- och serviceplanen om möjligt utarbetas så att planen kan beaktas vid beslut som fattas enligt 46 § i socialvårdslagen. Som en person som behöver särskilt stöd betraktas en person som har särskilda svårigheter att söka och få behövliga social- och hälso-tjänster på grund av kognitiv eller psykisk skada eller sjukdom, missbruk av berusningsmedel, samtidigt behov av flera stöd eller någon annan motsvarande orsak och vars stödbehov inte är förknippat med hög ålder så som föreskrivs i 3 § i lagen om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (980/2012). Som ett barn som behöver särskilt stöd betraktas ett barn som behöver särskilt stöd på grund av de ovannämnda skälen eller vars uppväxtförhållanden äventyrar eller inte tryggar barnets hälsa eller utveckling eller som genom sitt beteende äventyrar sin hälsa eller utveckling.

47 §

Val av vårdenhet för icke-brådskande vård

En person får välja vid vilken hälsovårdscentral eller vilken hälsostation vid

Gällande lydelse

en hälsovårdscentral han eller hon vill få de hälso- och sjukvårdstjänster som avses i 2 och 3 kap., oavsett inom vilket välfärdsområdes område hälsovårdscentralen eller hälsostationen finns. Personen ska göra en skriftlig anmälan om byte av hälsovårdscentral eller hälsostation både till den hälsovårdscentral eller hälsostation som han eller hon anlitat för närvarande och till den valda hälsovårdscentralen eller hälsostationen. Vårdansvaret övergår till den valda hälsovårdscentralen eller hälsostationen senast tre veckor efter det att anmälan har kommit in. Valet kan gälla endast en hälsovårdscentral eller hälsostation åt gången. Personen kan välja hälsovårdscentral eller hälsostation på nytt tidigast ett år efter det föregående valet.

Den i 1 mom. avsedda rätten att välja gäller inte skolhälsovård enligt 16 § eller studerandehälsovård enligt 17 §. Rätten att välja gäller inte heller långvarig slutenvård, om inte något annat föreskrivs i lag. Ett välfärdsområde har ingen skyldighet att ordna hemsjukvård enligt 25 § utanför sitt eget område.

55 §

Offentliggörande av uppgifter

Ett välfärdsområde ska månadsvis i det allmänna datanätet offentliggöra nyckeltal för den föregående kalendermånaden om hur de i 51, 51 a och 51 b § samt 53 § 1 mom. föreskrivna längsta väntetiderna har hållits samt med fyra månaders mellanrum nyckeltal om hur de i 51 c och 52 § samt 53 § 2 och 3 mom. föreskrivna längsta väntetiderna har hållits. Institutet för hälsa och välfärd producerar nyckeltalen utifrån de uppgifter som institutet fått med stöd av 5 och 5 c § i lagen om Institutet för hälsa och välfärd (668/2008). Institutet för hälsa och välfärd ska

Föreslagen lydelse

en hälsovårdscentral *denne* vill få de hälso- och sjukvårdstjänster som avses i 2 och 3 kap., oavsett inom vilket välfärdsområdes område hälsovårdscentralen eller hälsostationen finns. Personen ska göra en skriftlig anmälan om byte av hälsovårdscentral eller hälsostation både till den hälsovårdscentral eller hälsostation som *personen* anlitat för närvarande och till den valda hälsovårdscentralen eller hälsostationen. Vårdansvaret övergår till den valda hälsovårdscentralen eller hälsostationen senast tre veckor efter det att anmälan har kommit in. Valet kan gälla endast en hälsovårdscentral eller hälsostation åt gången. Personen kan välja hälsovårdscentral eller hälsostation på nytt tidigast *tre månader efter* det föregående valet.

Den i 1 mom. avsedda rätten att välja gäller inte skolhälsovård enligt 16 §, *studerandehälsovård enligt 17 § eller elevhälsans psykologtjänster enligt 17 a §*. Rätten att välja gäller inte heller långvarig slutenvård, om inte något annat föreskrivs i lag. Ett välfärdsområde har ingen skyldighet att utanför sitt eget område ordna hemsjukvård enligt 25 § *eller andra tjänster i hemmet*.

55 §

Offentliggörande av uppgifter

Ett välfärdsområde ska månadsvis i det allmänna datanätet offentliggöra nyckeltal för den föregående kalendermånaden om hur de i 51, *51 a–51 c, 52 och 53 § föreskrivna längsta väntetiderna har hållits*. Institutet för hälsa och välfärd producerar nyckeltalen utifrån de uppgifter som institutet fått med stöd av 5 och 5 c § i lagen om Institutet för hälsa och välfärd (668/2008). Institutet för hälsa och välfärd ska ge behövliga uppgifter till välfärdsområdet för offentliggörande.

Denna lag träder i kraft den 20 .

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

ge behövliga uppgifter till välfärdsområdet för
offentliggörande.

2.

Lag

om ändring av 10 kap. 1 § i fängelselagen

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i fängelselagen (767/2005) 10 kap. 1 § 4 mom., sådant det lyder i lag 121/2023, som
följer:

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

10 kap.

10 kap.

Social- och hälsovård

Social- och hälsovård

1 §

1 §

Hälso- och sjukvård för fångar

Hälso- och sjukvård för fångar

Enheten för hälso- och sjukvård för fångar ska månadsvis i det allmänna datanätet offentliggöra nyckeltal för den föregående kalendermånaden om hur de längsta väntetiderna för att få vård har hållits *inom primärvårdstjänsterna, samt med fyra månaders mellanrum nyckeltal om hur de längsta väntetiderna för att få vård har hållits inom tjänsterna inom den specialiserade sjukvården*. Institutet för hälsa och välfärd producerar nyckeltalen utifrån de uppgifter som institutet fått med stöd av 5 och 5 c § i lagen om Institutet för hälsa och välfärd (668/2008). Institutet för hälsa och välfärd ska lämna ut behövliga uppgifter till Enheten för hälso- och sjukvård för fångar för offentliggörande. Nyckeltalen ska offentliggöras separat för varje sjukhus och poliklinik vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, och nyckeltalen för tjänster inom den specialiserade sjukvården som anskaffats som köpta tjänster ska offentliggöras beträffande hela Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. Nyckeltalen ska också offentliggöras så att de är tillgängliga för fångarna i fängelset. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet får närmare

Enheten för hälso- och sjukvård för fångar ska månadsvis i det allmänna datanätet offentliggöra nyckeltal för den föregående kalendermånaden om hur de längsta väntetiderna för att få vård har hållits. Institutet för hälsa och välfärd producerar nyckeltalen utifrån de uppgifter som institutet fått med stöd av 5 och 5 c § i lagen om Institutet för hälsa och välfärd (668/2008). Institutet för hälsa och välfärd ska lämna ut behövliga uppgifter till Enheten för hälso- och sjukvård för fångar för offentliggörande. Nyckeltalen ska offentliggöras separat för varje sjukhus och poliklinik vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, och nyckeltalen för tjänster inom den specialiserade sjukvården som anskaffats som köpta tjänster ska offentliggöras beträffande hela Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. Nyckeltalen ska också offentliggöras så att de är tillgängliga för de häktade i fängelset. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet får närmare bestämmelser utfärdas om de nyckeltal i fråga om att få vård som ska offentliggöras.

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

bestämmelser utfärdas om de nyckeltal i fråga
om att få vård som ska offentliggöras.

Denna lag träder i kraft den 20 .

3.

Lag

om ändring av 6 kap. 1 § i häktninglagen

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i häktninglagen (768/2005) 6 kap. 1 § 4 mom., sådant det lyder i lag 122/2023, som följer:

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

6 kap.

6 kap.

Social- och hälsovård

Social- och hälsovård

1 §

1 §

Hälso- och sjukvård för häktade

Hälso- och sjukvård för häktade

Enheten för hälso- och sjukvård för fångar ska månadsvis i det allmänna datanätet offentliggöra nyckeltal för den föregående kalendermånaden om hur de längsta väntetiderna för att få vård har hållits inom primärvårdstjänsterna, samt med fyra månaders mellanrum nyckeltal om hur de längsta väntetiderna för att få vård har hållits inom tjänsterna inom den specialiserade sjukvården. Institutet för hälsa och välfärd producerar nyckeltalen utifrån de uppgifter som institutet fått med stöd av 5 och 5 c § i lagen om Institutet för hälsa och välfärd (668/2008). Institutet för hälsa och välfärd ska lämna ut behövliga uppgifter till Enheten för hälso- och sjukvård för fångar för offentliggörande. Nyckeltalen ska offentliggöras separat för varje sjukhus och poliklinik vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, och nyckeltalen för tjänster inom den specialiserade sjukvården som anskaffats som köpta tjänster ska offentliggöras beträffande hela Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. Nyckeltalen ska också offentliggöras så att de är tillgängliga för de häktade i fängelset. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet får närmare

Enheten för hälso- och sjukvård för fångar ska månadsvis i det allmänna datanätet offentliggöra nyckeltal för den föregående kalendermånaden om hur de längsta väntetiderna för att få vård har hållits. Institutet för hälsa och välfärd producerar nyckeltalen utifrån de uppgifter som institutet fått med stöd av 5 och 5 c § i lagen om Institutet för hälsa och välfärd (668/2008). Institutet för hälsa och välfärd ska lämna ut behövliga uppgifter till Enheten för hälso- och sjukvård för fångar för offentliggörande. Nyckeltalen ska offentliggöras separat för varje sjukhus och poliklinik vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, och nyckeltalen för tjänster inom den specialiserade sjukvården som anskaffats som köpta tjänster ska offentliggöras beträffande hela Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. Nyckeltalen ska också offentliggöras så att de är tillgängliga för de häktade i fängelset. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet får närmare bestämmelser utfärdas om de nyckeltal i fråga om att få vård som ska offentliggöras.

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

bestämmelser utfärdas om de nyckeltal i fråga
om att få vård som ska offentliggöras.

Denna lag träder i kraft den 20 .
