

RP 69/2018 rd

Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om ändring av 23 b § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL

I denna proposition föreslås det att bestämmelsen om begränsad förskrivningsrätt i 23 § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården ska ändras. Enligt gällande lag har sjukskötare som har tillräcklig praktisk erfarenhet och som har avlagt den tilläggsutbildning som regleras i förordning av statsrådet på de villkor som nämns i bestämmelsen begränsad rätt att från apotek förskriva läkemedel som används vid behandlingen till patienter som de vårdar vid en hälsovårdscentral. Enligt gällande bestämmelser är det möjligt att införa begränsad förskrivningsrätt endast vid öppenvårdsmottagningen vid en hälsovårdscentral eller samjouren i ett sjukvårdsdistrikt. Det föreslås att bestämmelsen ändras så att det blir möjligt att införa begränsad förskrivningsrätt i större utsträckning än för närvarande i öppenvårdstjänster vid hälsovårdscentralerna och i öppenvårdstjänster inom den specialiserade sjukvården som kommuner och samkommuner har ansvar för att ordna. Det ska också bli möjligt att införa begränsad läkemedelsförskrivning i sådan öppenvård som ingår i den hälso- och sjukvård kommunen eller samkommunen har ansvar för att ordna och som skaffas på basis av avtal eller på annat sätt för kommunens eller samkommunens räkning.

Lagen avses träda i kraft den 1 oktober 2018.

INNEHÅLL

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL.....	1
INNEHÅLL	2
ALLMÅN MOTIVERING	3
1 INLEDNING.....	3
2 NULÄGE	4
2.1 Lagstiftning och praxis.....	4
Lagstiftning	4
Praxis	5
2.2 Den internationella utvecklingen och lagstiftningen i EU	6
Lagstiftningen i EU	6
Den internationella utvecklingen.....	7
2.3 Bedömning av nuläget	8
3 PROPOSITIONENS MÅL OCH DE VIKTIGASTE FÖRSLAGEN	10
4 PROPOSITIONENS KONSEKVENSER	14
4.1 Ekonomiska konsekvenser.....	14
4.2 Konsekvenser för myndigheterna	17
4.3 Konsekvenser för företagen	17
4.4 Konsekvenser för människorna.....	17
5 BEREDNINGEN AV PROPOSITIONEN	18
5.1 Beredningsskeden och beredningsmaterial	18
5.2 Remissyttranden och hur de har beaktats.....	19
DETALJMOTIVERING	20
1 LAGFÖRSLAG	21
2 NÄRMARE BESTÄMMELSER.....	21
3 IKRAFTTRÄDANDE	22
4 FÖRHÅLLANDE TILL GRUNDLAGEN SAMT LAGSTIFTNINGSORDNING	22
LAGFÖRSLAG	24
Lag om ändring av 23 b § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården	24
BILAGA	24
PARALLELLTEXT	24
Lag om ändring av 23 b § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården	25

ALLMÄN MOTIVERING

1 Inledning

En vidareutveckling av arbetsfördelningen mellan yrkesgrupperna inom hälso- och sjukvården inleddes 2002 utifrån statsrådets principbeslut om det nationella projektet för tryggnad av hälso- och sjukvården i framtiden (Social- och hälsovårdsministeriets promemorior 2003:33). Målet var att trygga tillgången till vård och på personal samt att se över verksamhetsätten. I följande skede ingick vidareutvecklandet av arbetsfördelningen mellan de anställda inom social- och hälsovården inom ramen för de nationella utvecklingsprogrammen för social- och hälsovården som statsrådet fastställde för åren 2008–2011 respektive 2012–2015. Att utveckla sjukskötarens mottagningsverksamhet ingick också i åtgärdsprogrammet Fungerande hälsovårdscentraler, som dels baserade sig på det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (Kaste-programmet), dels på olika förslag om enhetliga grunder för jourverksamheten.

Som ett led i genomförandet av dessa projekt sågs lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994) över 2010 och ett nytt kapitel, 4 a, om symtomatisk behandling och begränsad förskrivningsrätt infördes i lagen. Syftet med revideringen av lagen var att trygga tillgången till vård och inledandet av behandling genom en utvidgad förskrivningsrätt. Legitimerade sjukvårdare samt hälsovårdare och barnmorskor som var legitimerade sjukskötare fick begränsad rätt att förskriva läkemedel efter att ha genomgått behövlig tilläggsutbildning och efter att ha fått ett skriftligt förordnande av den ansvariga läkaren vid hälsovårdscentralen i fråga. I samband med lagändringen fick också optiker och tandhygienister rätt att från apotek föreskriva de läkemedel de behöver för sin mottagningsverksamhet.

Riksdagens social- och hälsovårdsutskott konstaterade i sitt betänkande om regeringens proposition med förslag till lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården och vissa lagar som har samband med den (ShUB 2/2010 rd, s. 5/I), där förslaget till begränsad läkemedelsförskrivning ingick, att det är nödvändigt att effekterna för patientsäkerheten, patientnöjdheten, en adekvat verksamhet, resultaten, den utbildningsgenererade kompetensen och andra mål utvärderas noga.

Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte i maj 2013 en expertgrupp med uppgift att i enlighet med uppdraget från social- och hälsovårdsutskottet reda ut hur den begränsade läkemedelsförskrivningen och förskrivningen av läkemedel pro auctore genomförts samt att bedöma resultatet av reformen och utvecklingsbehoven. Arbetsgruppens rapport Työnjakoja uudistamalla nopeammin hoitoon ja joustavuutta palveluihin - Selvitys rajatun lääkkeenmääräämisen toteutumisesta ja kehittämisehdotukset (Snabbare tillgång till vård och mer flexibla tjänster genom en reform av arbetsfördelningen – Utredning om förverkligandet av begränsad förskrivningsrätt och utvecklingsförslag. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2015:49) publicerades i december 2015.

I regeringsprogrammet för statsminister Juha Sipiläs regering ingår en reform med syftet att minska kommunernas utgifter genom att minska antalet uppgifter och skyldigheter. Reformen har senare utsträckts till att gälla en minskning av kommunernas, landskapens och hela den offentliga sektorns utgifter genom en gallring bland uppgifter och skyldigheter. I åtgärdsprogrammet för reformen ingår flera olika åtgärder för att åstadkomma inbesparingar. En av åtgärderna är göra skyldigheterna i fråga om behörighetsvillkoren och personalstrukturen mer flexibla för att uppgifter ska kunna överföras från en yrkesgrupp till en annan. I åtgärdsprogrammet förutsätts det att den nuvarande arbetsfördelningen inom hälso- och sjukvården mellan bl.a. läkare, sjukskötare, hälsovårdare och barnmorskor ska ses över.

I denna proposition föreslås det att bestämmelsen om begränsad läkemedelsförskrivning i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården ändras. Ändringen gör det möjligt att införa begränsad läkemedelsförskrivning i större utsträckning. Förslaget bidrar till att uppfylla syftet med reformen enligt regeringsprogrammet.

2 Nuläge

2.1 Lagstiftning och praxis

Lagstiftning

Enligt 22 § 1 mom. i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården ska legitimerade läkare besluta om medicinska undersökningar av en patient, ställa diagnos och besluta om vården och behandlingen i samband därmed. På motsvarande sätt beslutar legitimerade tandläkare om odontologiska undersökningar av en patient, ställer diagnos och beslutar om vården och behandlingen i samband därmed.

Legitimerade läkare och tandläkare har enligt 22 § 2 mom. i lagen rätt att ordinera läkemedel från apotek, en läkare för medicinskt eller medicinsk-vetenskapligt behov och en tandläkare för odontologiskt eller odontologivetenskapligt behov, med iakttagande av vad som därom stadgas eller bestäms särskilt.

Enligt 23 a § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården får en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården utgående från sin utbildning, erfarenhet och uppgiftsbeskrivning inleda behandlingen utifrån patientens symtom, den tillgängliga informationen och en bedömning som personen i fråga gör av vårdbehovet.

Enligt 23 b § 1 mom. i lagen har sjukskötare som har tillräcklig praktisk erfarenhet och som har avlagt den tilläggsutbildning som regleras i förordning av statsrådet begränsad rätt att från apotek förskriva läkemedel som används vid behandlingen till patienter som de vårdar vid en hälsovårdscentral, då det är fråga om förebyggande behandling eller fortsatt medicinering, då en läkare har ställt diagnosen eller då medicineringen baserar sig på ett vårdbehov som sjukskötaren konstaterat (*begränsad förskrivningsrätt*).

Uppgiftsbeskrivningen för sjukskötare har med stöd av 23 a och 23 b § i lagen utvidgats till att omfatta bedömning av vårdbehovet och till planering av vård och inledande, genomförande och uppföljning av behandling för vissa patientgrupper som ett led i den multidisciplinära mottagningsverksamheten i enlighet med den arbetsfördelning som fastställts för verksamhetsenheten. Sjukskötarna stöds i sina vårdbeslut av de nationella vårdrekommendationerna, av de vårdanvisningar som baserar sig på dem och genom möjligheten att konsultera läkare vid behov. Symtomatisk vård kan också inbegripa inledande och fortsatt av medicinering i enlighet med läkares diagnos och vårdplanen.

Om den tilläggsutbildning som avses i 23 b § 1 mom. föreskrivs i statsrådets förordning om utbildning som krävs för rätt att förskriva läkemedel (1089/2010), nedan kallad *utbildningsförordningen*. Enligt 6 § 2 mom. i utbildningsförordningen kan till den utbildning som ger specialistkompetens för begränsad förskrivningsrätt antas legitimerade sjukskötare som under de senaste fem åren har minst tre års praktisk erfarenhet inom det uppgiftsområde inom vilket de kommer att förskriva läkemedel.

RP 69/2018 rd

En förutsättning för begränsad förskrivningsrätt är enligt 23 b § 2 mom. ett skriftligt förordnande med uppgift om de läkemedel som sjukskötaren får förskriva samt eventuella begränsningar i läkemedelsförskrivningen. Det skriftliga förordnandet ges av den ansvariga läkaren för den hälsovårdscentral där sjukskötaren är anställd. När ett sjukvårdsdistrikt sköter jourserVICEN för en hälsovårdscentral inom sitt område, ges förordnandet av chefläkaren för det sjukvårdsdistrikt där sjukskötaren är anställd.

I 23 d § i lagen föreskrivs om optikers och munhygienisters rätt att förskriva läkemedel. Optiker och munhygienister som är självständiga yrkesutövare har rätt att från apotek förskriva de läkemedel som de behöver för verksamheten vid sin mottagning (pro auctore-recept). För att kunna skaffa de receptbelagda läkemedelspreparat som de behöver i sin yrkesutövning måste dessa yrkesutövare avlägga en sådan tilläggsutbildning som avses i statsrådets förordning.

Närmare bestämmelser om rätten att ordinera läkemedel, om de tillvägagångssätt som ska följas vid ordination av läkemedel och om giltighetstiden för recept har utfärdats genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet (social- och hälsovårdsministeriets förordning om förskrivning av läkemedel, 1088/2010, nedan *förskrivningsförordningen*).

Enligt 5 § i förskrivningsförordningen har en legitimerad sjukskötare som har fått ett skriftligt förordnande enligt 23 b § i lagen rätt att förskriva läkemedel som expedieras på apotek i enlighet med det skriftliga förordnandet. De läkemedel, sjukdomstillstånd och begränsningar av förskrivningsrätten som omfattas av begränsad förskrivningsrätt definieras i bilaga 1 till förordningen. Begränsningar som gäller inledande eller fortsättande av läkemedelsbehandling beror vanligtvis på patientens, dvs. barnets, ålder. Ett formulär för det skriftliga förordnandet finns i bilaga 4 till förordningen. Enligt 5 § 2 mom. i förskrivningsförordningen förskriver sjukskötare, hälsovårdare och barnmorskor läkemedel på basis av det verksamma ämnet, styrkan och läkemedelsformen.

Enligt 10 § i förskrivningsförordningen får läkemedelsförskrivaren bara förskriva läkemedel till den vars behov av medicinering han eller hon försäkrat sig om genom egen undersökning eller på något annat tillförlitligt sätt. Vid medicinering ska dess säkerhet beaktas särskilt. Valet av läkemedel ska i första hand basera sig på forskningsbevis som bestyrker läkemedlets effekt och säkerhet, eller om sådana bevis saknas, på allmänt godkänd vårdpraxis.

I bilaga 2 till förskrivningsförordningen räknas de läkemedel upp som en optiker får skaffa för sin mottagningsverksamhet. En munhygienist får skaffa läkemedel för sin mottagningsverksamhet i enlighet med bilaga 3 till förordningen.

Praxis

De första sjukskötarna blev klara med sina specialiseringsstudier i läkemedelsförskrivning i maj 2012 och fick rätt till begränsad läkemedelsförskrivning i juni samma år. Den 17 januari 2018 fanns det sammanlagt 346 sjukskötare som avlagt specialiseringsstudierna och av dem har 339 begränsad förskrivningsrätt.

Utbildningen i läkemedelsförskrivning genomförs gemensamt av yrkeshögskolor och universitet. Jyväskylä yrkeshögskola har ordnat specialiseringsutbildning i Jyväskylä varje år och i Seinäjoki en gång. Yrkeshögskolan Laurea, Uleåborgs yrkeshögskola, Norra Karelen yrkeshögskola (numera Karelia yrkeshögskola), Tammerfors yrkeshögskola, Saimaa yrkeshögskola och Lahtis yrkeshögskola har ordnat utbildningen några gånger var. Åbo yrkeshögskola inledde i september 2017 en andra utbildningsomgång. Östra Finlands universitet har ansvarat för utbildningen i farmakologi och läkemedelsordination samtliga gånger utbildningen har ord-

RP 69/2018 rd

nats. Tammerfors universitet har varit samarbetspartner två gånger och Uleåborgs universitet en gång.

Ett inträdeskrav för utbildningen är tre års arbetserfarenhet under de senaste fem åren inom det uppgiftsområde där sjukskötaren kommer att förskriva läkemedel. Utbildningens omfattning är 45 studiepoäng, varav över en fjärdedel försiggår på sjukskötarens arbetsplats under överinseende av en läkare. För att garantera yrkeskompetensen användes utvärderingsmetoder som yrkeshögskolorna och universitetet planerat tillsammans. Dessa utgjordes av ett kliniskt patientprov, ett farmakologiskt prov, 12 patientbeskrivningar och ett riksomfattande skriftligt prov.

År 2011 ordnades utbildningen för förskrivning av läkemedel som yrkesinriktade specialiseringsstudier vid yrkeshögskolorna, och en avgift på 750 euro togs ut för utbildningen. Yrkeshögskolorna har från och med 2012 meddelat sådan utbildning i form av kompletterande utbildning till en avgift av 4 900 euro. Verksamhetsenheterna för hälso- och sjukvård bekostar tilläggsutbildning för läkemedelsförskrivning helt eller delvis av medlen i sin egen utbildningsbudget. Utöver den avgift yrkeshögskolorna tar ut höjer också övriga kostnader, såsom resekostnaderna på grund av deltagandet i utbildningen och lönerna för vikarier arbetsgivarnas utgifter. Endast några av sjukskötarna har avlagt utbildningen på egen bekostnad.

Enligt expertgruppens utredning arbetade hälften av de sjukskötare som förvärvat rätt att förskriva läkemedel vid mottagningen på en hälsovårdscentral och drygt 40 procent vid jourmottagningen på en hälsovårdscentral eller samjouren i ett sjukvårdsdistrikt. Vid rådgivningarna och inom preventivvården och skol- och studerandehälsovården samt företagshälsovården fanns det bara ett fåtal sjukskötare med rätt att förskriva läkemedel. Flest sjukskötare med rätt att förskriva läkemedel fanns i Mellersta Finlands, Helsingfors och Nylands, Norra Karelen, Södra Karelen och Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt.

Enligt expertgruppens utredning utnyttjades dessa sjukskötares kompetens bäst vid samjourerna, där de i genomsnitt under fyra arbetsdagar i veckan utförde arbete i mottagningsarbete som inbegrep läkemedelsförskrivning. Vid hälsovårdscentralernas mottagningar med tidsbeställning utförde sjukskötarna arbete som inbegrep läkemedelsförskrivning under i genomsnitt halva arbetsveckan och vid jourmottagningarna under nästan två arbetsdagar i veckan. Största delen av sjukskötarna fick förskriva alla läkemedel som ingår i bilaga 1 till den gällande förskrivningsförfordningen. Ett undantag utgjordes av preventivmedelspreparat, som 85 procent av sjukskötarna fick förskriva.

Folkpensionsanstalten (FPA) har regelbundet följt hur den begränsade läkemedelsförskrivningen fungerar och meddelat noterade avvikelser till Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården med stöd av lagen om Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (669/2008). Det ska finnas en inprogrammerad kontroll i patientdatasystemet av huruvida de läkemedel sjukskötaren förskriver ingår bland de läkemedel han eller hon har rätt att förskriva enligt bilaga 1 till förskrivningsförfordningen. Patientdatasystemet ser till att tillsynen sker redan inom hälso- och sjukvården.

2.2 Den internationella utvecklingen och lagstiftningen i EU

Lagstiftningen i EU

Ett av EU:s centrala mål är att avskaffa hinder för fri rörlighet för personer och tjänster mellan medlemsstaterna. I artikel 45 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (FEUF) tryggs den fria rörligheten för arbetskraften inom unionen. Enligt artikel 53.1 i fördraget ska

RP 69/2018 rd

Europaparlamentet och rådet, för att underlätta för personer att starta och utöva förvärvsverksamhet som egenföretagare, i enlighet med det ordinarie lagstiftningsförfarandet utfärda direktiv som syftar till ömsesidigt erkännande av examens-, utbildnings- och andra behörighetsbevis.

Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG om erkännande av yrkeskvalifikationer (nedan *yrkeskvalifikationsdirektivet*) antogs 2005. Yrkeskvalifikationsdirektivet har ändrats genom Europaparlamentets och rådets direktiv 2013/55/EU av den 20 november 2013. Yrkeskvalifikationsdirektivet innehåller minimikrav när det gäller utövningen av de reglerade yrkena. Av yrkena inom hälso- och sjukvård ingår läkare, tandläkare, sjukskötare, barnmorska och provisor bland de yrken som omfattas av systemet för automatiskt erkännande av yrkeskvalifikationer.

Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård av den 9 mars 2011, nedan *patientrörlighetsdirektivet*, fastställer patientens rättigheter och förutsättningar för vård i en annan EU-medlemsstat. Patientrörlighetsdirektivet har införlivats med den nationella lagstiftningen genom lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård (1201/2013).

Direktiven begränsar inte medlemsstaternas rätt att uppdatera utbildningskraven eller kraven på kompletterande yrkesutbildning eller tilläggsutbildning för den yrkesutbildade personalen inom hälso- och sjukvården. Direktiven harmoniserar inte heller förfarandena i fråga om ordinerings av läkemedel, utan var och en av medlemsstaterna får själv utfärda nationella bestämmelser om detta.

Den internationella utvecklingen

Bruket att tillåta läkemedelsförskrivning som en del av den utvidgade uppgiftsbeskrivningen för sjukskötare (Nurse Practitioner) har efter medlet av 1970-talet spritt sig från Förenta staternas delstater till många anglosaxiska och västeuropeiska länder. I Förenade kungariket och i Sverige började sjukskötare förskriva läkemedel under första hälften av 1990-talet, i Australien och Kanada under slutet av 1990-talet, i Nya Zeeland i början av 2000-talet, i Irland 2007 och i Nederländerna och Spanien under första hälften av 2010-talet. Orsaken till detta var förbättrad vård och tillgång till vård, behovet av att tillgodose patienternas behov av läkemedelsbehandling, i synnerhet i glesbygden, personalbrist och effektivare användning av sjuksköтарыnas kompetens. Inget av länderna har avstått från sjukvårdares förskrivningsrätt, utan praxisen har vidareutvecklats.

I den internationella litteraturen indelas sjuksköтарыs förskrivning av läkemedel i självständig och kompletterande läkemedelsförskrivning. I den självständiga läkemedelsförskrivningen ingår en klinisk bedömning av patientens tillstånd, ställande av diagnos, beslut om lämplig läkemedelsbehandling, vård eller hjälpmedel samt utfärdande av recept. Förteckningen över läkemedel som omfattas av självständig läkemedelsförskrivning kan vara obegränsad eller begränsad till läkemedlen inom ett visst uppgiftsområde. Sjuksköтарыs kompletterande läkemedelsförskrivning grundar sig på ett samarbete med en läkare eller en sjukskötare med rätt till självständig läkemedelsförskrivning. Ytterligare en tredje praxis är den som utövas i Förenade kungariket där regionala sjuksköтарыs läkemedelsförskrivning grundar sig på en viss, begränsad förteckning över läkemedel.

Rätten till läkemedelsförskrivning omfattar oftast såväl inledande av läkemedelsbehandling som fortsatt förskrivning av läkemedel. Sjuksköтарыs uppgiftsområde kan begränsas genom skriftliga direktiv för ordinerade läkemedel eller genom en förteckning över läkemedel och de

specialiteter och tjänster som hänför sig till dem. En begränsning av kompletterande läkemedelsförskrivning kan ske genom en personlig plan för patienten där det anges vilka sjukdomstillstånd och läkemedel som planen gäller. Dessutom förekommer det samarbetsavtal om vården av patienten som omfattar en sjukskötare med rätt att förskriva läkemedel och en eller flera läkare.

Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD) publicerade 2017 en utredning om de utvidgade uppgiftsbeskrivningarna för sjukskötare inom primärvården (Nurse Practitioner) och förutsättningarna för sådana och om kvaliteten på och kostnaderna för den vård sjukskötarna ger. Utredningen gällde 37 OECD- och EU-länder. I 15 av länderna hade sjukskötare förskrivningsrätt. Under perioden 2010–2016 trädde bestämmelser om sjukskötares förskrivningsrätt i kraft i sju länder, närmare bestämt Nederländerna, Spanien, Cypern, Polen, Frankrike, Finland och Estland. I Sverige och Danmark hade förskrivningsrätt för sjukskötare införts redan tidigare. Under samma period utvidgades sjukskötares förskrivningsrätt eller undanröjdes hinder för det praktiska genomförandet av förskrivningsrätt i Australien, Irland, i fyra regioner i Storbritannien (England, Nordirland, Skottland och Wales), Kanada, Nya Zeeland och Förenta staterna. Antalet sjukskötare som arbetar som Nurse Practitioner konstaterades ha stigit i samtliga de länder som det fanns uppföljningsuppgifter om.

Enligt OECD:s utredning visar de ökade forskningsrönen från de senaste åren på ett överensstämmande sätt att den vård som sjukskötare med utvidgade uppgiftsbeskrivningar gett vid akuta sjukdomsfall och långtidssjukdomar höll samma klass som eller var bättre än den vård som läkare gett. Den vård sjukskötarna gett hade i allmänhet samband med högre patientnöjdhet och färre sjukhusbesök i jämförelse med den vård läkare gett. Bakgrunden till den högre kundnöjdheten var den mer utförliga upplysning och rådgivning sjukskötarna gett och med deras längre mottagningstider och mera helhetsbetonade vård.

Enligt OECD:s utredning varierar undersökningsresultaten med avseende på kostnaderna. I undersökningarna rapporterades i en del fall kostnadsbesparingar på grund av att sjukskötarna lyfter lägre lön, medan en del av resultaten gav vid handen att kostnaderna för den vård sjukvårdare respektive läkare gav varierade. Sjukskötarens längre mottagningstider och att sjukskötarna oftare kallar in patienterna till uppföljningsbesök antyder en lägre produktivitet jämfört med läkarna. Det konstaterades dock i OECD-utredningen att den högre vårdkvaliteten och det lägre antalet sjukhusbesök kan leda till betydande kostnadsbesparingar.

Enligt utredningen kräver införandet av en utvidgad uppgiftsbeskrivning för sjukskötare ändringar i bestämmelserna, avlöningen och organiseringen av verksamheten vid enheterna. En utvidgad uppgiftsbeskrivning för sjukskötare är dock inte reglerad i alla länder. I t.ex. Storbritannien grundar sig uppgiftsbeskrivningen för en Nurse Practitioner på arbetsgivarens anvisningar eller på parternas inbördes samarbetsavtal. I OECD:s utredning gjordes bedömningen att en sådan praxis erbjuder flexibilitet, men kan leda till större variation i det praktiska genomförandet av en utvidgad uppgiftsbeskrivning.

2.3 Bedömning av nuläget

Social- och hälsovårdsministeriets expertgrupp lät i juni 2014 med hjälp av en webbenkät rikta till de sjukskötare som deltagit i förskrivningsutbildning, till läkare och representanter för ledningen vid samma verksamhetsenheter för hälso- och sjukvården och till patienterna göra en utredning om praxis för begränsad läkemedelsförskrivning, hur förskrivningen fungerar och behovet av att utveckla den. Handledningen och övervakningen av den begränsade läkemedelsförskrivningen och noterade brister i den undersöktes med hjälp av en enkät rikta till Folkpensionsanstalten och regionförvaltningsverken. Dessutom kartlades FPA:s försäkrings-

distrikts och apotekens erfarenheter av den begränsade läkemedelsförskrivningens funktionalitet.

Tre av läkarmedlemmarna i expertgruppen gick i egenskap av auditörer igenom sammanlagt 69 recept och 87 patientbesök för fem sjukskötare vid tre samjourer under en arbetsvecka. Auditeringen visade att de kliniska undersökningar sjukskötarna gjort, de tilläggsutredningar de begärt och de tolkningar de gjort på basis av dem var korrekta. Det visade sig också att de gjort korrekta bedömningar av vårdbehovet och kommit fram till lämpliga differentialdiagnostiska alternativ och även gjort upp lämpliga vårdplaner. Sjukskötarna beaktade också sådana alternativ som inte inbegrep läkemedel tillräckligt väl. Auditörerna ansåg också att de läkemedel sjukskötarna valt för respektive patient var lämpliga och effektiva. De doseringar och medicineringsperioder sjukskötarna valt var de rätta och de hade bedömt läkemedelsinteraktionen rätt. I de fall patienterna ordinerats antibiotika hade läkemedelsfria alternativ beaktats på behörigt sätt. Enligt auditörerna förekom det inte en enda felmedicinering vid sjukskötarnas förskrivning av antibiotika. Dessutom visade de situationer där sjukskötarna konsulterade läkare att de var väl medvetna om var gränserna för det egna ansvarsområdet gick.

Utredningen visade att egenkontrollen vid verksamhetsenheterna i viss mån var bristfällig. Enligt 25 § i förskrivningsförordningen ska det vid verksamhetsenheten finnas ett system för uppföljning av recept samt för rapportering och hantering av avvikelser i medicineringen. Vid verksamhetsenheterna för hälso- och sjukvård använde sig endast cirka 40 procent av ett sådant system för uppföljning av recept som avses i förskrivningsförordningen. Vid knappt 60 procent av verksamhetsenheterna svarade den läkare som var sjukskötarens arbetspar för egenkontrollen av läkemedelsförskrivningen. Några av verksamhetsenheterna hade inte någon systematisk kontroll av sjukskötarnas läkemedelsförskrivning. Den slutsats som kan dras av detta är att egenkontrollen vid verksamhetsenheterna bör intensifieras. Den egenkontroll som finns har inte till alla delar varit systematisk och tillräckligt omfattande, fastän det i förskrivningsförordningen förutsätts att verksamhetsenheterna använder ett system för uppföljning av såväl läkarnas som sjukskötarnas förskrivning av läkemedel.

Den övervägande delen av patienterna litade på yrkesskickligheten hos den sjukskötare som skrev ut läkemedlen och ansåg sig inte behöva gå till en läkare, även om det för drygt 60 procent av respondenterna var deras första besök på sjukskötarens mottagning. Patienterna sade sig lita på kompetensen hos en sjukskötare med behörig utbildning och på att denna vid behov styr sina patienter vidare till läkare. Enligt utredningen hade endast ett fåtal patienter hellre besökt en läkare, eftersom en läkare allmänt taget betraktades som mer tillförlitlig och eftersom en sjukskötare inte har rätt att förskriva alla läkemedel. Största delen av patienterna rapporterade att det var lättare att få tid till en sjukskötare än till en läkare.

Sjukskötare, läkare och ledningsrepresentanter såg fler fördelar än nackdelar med sjukskötarnas läkemedelsförskrivning. Sjukskötarnas arbetsinsatser utnyttjades effektivare, patienterna kom snabbare inför vård, läkarna fick större möjligheter att koncentrera sig på mer komplicerade fall, samarbetet mellan läkare och sjukskötare blev bättre och antalet vårdkontakter minskade.

Enligt expertutredningen hade läkarna en mer kritisk inställning till den begränsade läkemedelsförskrivningen än ledningens representanter och de sjukskötare som hade begränsad rätt att förskriva läkemedel. Läkarna ansåg inte lika ofta som ledningens representanter och sjukskötarna den ökade patientnöjdheten, sjukskötarnas arbetstillfredsställelse eller läkarnas minskade arbetsbelastning som en fördel. En del av läkarna ansåg också att sjukskötarna hade bristfällig beredskap för en bredare diagnostik eller bedömning av de sammantagna riskerna.

Bland de olägenheter med lagstiftningen som lyftes fram var att det för att sjukskötare i ett kommunalt anställningsförhållande ska få förskriva läkemedel krävs att förskrivningen utgår från det verksamma ämnet och att den nationella förteckning över läkemedel som sjukskötare får förskriva är så begränsad. Bland de hinder som verksamheternas olika praxis utgjorde nämndes att övriga uppgifter kvarstod i uppgiftsbeskrivningen för de sjukskötare som hade rätt att förskriva läkemedel, att patienterna styrdes till de olika yrkesutbildade personerna på ett oändamålsenligt sätt, att antalet sjukskötare med rätt att förskriva läkemedel var för få vid enheterna och att det fanns brister i vårdplanerna. Dessa omständigheter ansågs göra det svårare att dra effektiv nytta av sjukskötare med förskrivningsrätt.

Antalet sjukskötare med begränsad förskrivningsrätt var enligt expertutredningen rätt litet. Jämfört med tidpunkten för utredningen har situationen förändrats. Antalet sjukskötare med begränsad förskrivningsrätt var när utredningen publicerades i december 2015 drygt 200, medan det i januari 2018 var 339. Situationen har också förändrats i den bemärkelsen att nära nog samtliga sjukskötare vid vissa hälsocentraler och samjourer i nuläget har begränsad förskrivningsrätt.

Enligt utredningen ansåg 65 procent av de intervjuade sjuksköterna, läkarna och representanterna för ledningen att den begränsade läkemedelsförskrivningen bör utvidgas inom den egna organisationen. Bland de olika tjänstesektorerna nämndes som exempel utlagda tjänster och ambulerande mottagningar. Att sjuksköternas läkemedelsförskrivning skulle upphöra understöddes endast av några få läkare. Inte en enda av de läkare som var handledare för en sjukskötare som deltagit i förskrivningsutbildning föreslog att praxisen skulle upphöra.

I utredningen efterlystes också allmänna synpunkter på att praxisen med begränsad läkemedelsförskrivning skulle utvidgas till nya servicesektorer. Av sjuksköterna var tre av fyra och av läkarna och ledningens representanter cirka varannan för att den begränsade läkemedelsförskrivningen skulle utsträckas till att omfatta också hemsjukvården. Den begränsade läkemedelsförskrivningen föreslogs bli utvidgad också till andra servicesektorer, såsom den privata öppenvården, den polikliniska verksamheten inom specialistsjukvården, hemsjukhusvården och institutionsvården för äldre.

Vid FPA:s övervakning av de ersättningsgilla läkemedel som ordinerats av sjukskötare framkom det endast några små avvikelser. En del av dem berodde på apotekens registrerings- eller expedieringsfel. Apoteken hade t.ex. expedierat läkemedel som receptbelagd förpackning fastän sjukvårdare bara kan ordinera läkemedel som egenvårdsläkemedel eller infört en sjukvårdare som förskrivare av läkemedlet fastän det föreskrivits av läkare.

Fram till sommaren 2014 hade Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården behandlat fyra tillsynsärenden som gällde huruvida en sjukskötare förskrivit läkemedel på behörigt sätt. Fallen gällde ordinerings av läkemedel till en person under 12 år, förnyande av recept på ett kombinationspreparat som inte omfattades av förskrivningsrätten och förskrivning av läkemedel för ett sjukdomstillstånd som inte ingått i sjukskötarens förskrivningsrätt. I dessa fall gav Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården sjukskötares administrativ handledning. Sommaren 2014 förde Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården sammanlagt 14 fall som gällde sjukskötares läkemedelsförskrivning vidare till respektive regionalförvaltningsverk för behandling.

3 Propositionens mål och de viktigaste förslagen

Enligt gällande lag får begränsad läkemedelsförskrivning användas vid hälsovårdscentralernas mottagningar med tidsbeställning och jourmottagningar, mödra-, familje- och barnrådgivning-

RP 69/2018 rd

ar, skol- och studerandehälsovården samt inom företagshälsovård som ordnas som folkhälsoarbete.

Det föreslås att 23 b § 1 mom. i lagen ändras så att begränsad läkemedelsförskrivning kan införas också i andra öppenvårdstjänster inom primärvården än de öppenvårdstjänster vid hälsovårdscentralerna som kommuner och samkommuner har ansvar för att ordna och i öppenvårdstjänster inom den specialiserade sjukvården. Enligt den föreslagna lagändringen ska det bli möjligt med begränsad läkemedelsförskrivning också inom t.ex. hemsjukvården och vid polikliniker inom den specialiserade sjukvården.

Enligt gällande bestämmelser är det inte möjligt att införa begränsad läkemedelsförskrivning inom tjänster som produceras av privata tjänsteproducenter. Sätten att producera tjänster har under de senaste åren blivit mer mångsidiga. Runt 20 kommuner eller samarbetsområden har avtalat med en privat serviceproducent om produktion av social- och hälso-tjänster med stöd av avtal om så kallad total utläggning. Dessutom har nästan lika många ingått avtal om partiell utläggning. Tack vare servicestrukturreformen kan också privata tjänsteproducenter i större utsträckning producera tjänster som omfattas av det offentliga ansvar för ordnandet av tjänster.

Enligt 4 § i lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården (733/1992) kan en kommun eller samkommun ordna uppgifter som hör till social- och hälsovården genom att sköta verksamheten själv, genom avtal tillsammans med en annan kommun eller andra kommuner eller genom att anskaffa service från staten, en annan kommun, en samkommun eller någon annan offentlig eller privat serviceproducent.

En kommun eller samkommun kan i enlighet med lagen också ordna uppgifterna genom att serviceanvändaren ges en servicesedel, med vilken kommunen förbinder sig att, upp till det värde som fastställts för sedeln enligt kommunens beslut, betala de tjänster som serviceanvändaren köper av en privat serviceproducent som kommunen godkänner. Enligt 4 § 1 mom. i lagen om servicesedlar inom social- och hälsovården (569/2009) får en kommun eller samkommun fastställa de social- och hälsovårdstjänster för vilka den använder servicesedlar. I 5 § i lagen föreskrivs om villkor för godkännande av serviceproducenter. Kommunen eller samkommunen kan endast godkänna sådana serviceproducenter som är införda i förskotts-uppbördsregistret och som uppfyller de villkor som ställs på verksamheten i fråga i lagen om privat hälso- och sjukvård (152/1990). Serviceproducenten ska ha försäkring enligt patient-skadelagen (1986/585) eller annan ansvarsförsäkring.

Enligt förslaget ska rätten till begränsad läkemedelsförskrivning utvidgas till att omfatta också sådan öppenvård som ingår i den hälsovård kommunen eller samkommunen har ansvar för att ordna och som skaffas på basis av avtal eller som på annat sätt skaffas för kommunens eller samkommunens räkning. Användningen av servicesedel för öppenvårdstjänster som ingår i den hälsovård som kommunen eller samkommunen har ansvar för att ordna kan jämföras med tjänster som produceras på basis av avtal, även om lagen om servicesedlar inom social- och hälsovården inte förutsätter att det ingås ett avtal mellan kommunen eller samkommunen och serviceproducenten. Därmed ger den föreslagna bestämmelsen möjlighet att införa begränsad förskrivningsrätt också inom öppenvård som produceras enligt lagen om servicesedlar inom social- och hälsovården.

Att den begränsade läkemedelsförskrivningen utvidgas på det sätt som föreslås gör att patienterna får vård och kommer under behandling snabbare, förbättrar vårdens kvalitet, ger flexibla verksamheter vid hälso- och sjukvårdsenheterna och frigör läkarnas arbetsinsatser för uppgifter som kräver större medicinsk kompetens.

RP 69/2018 rd

Vård som ordnas utgående från patientens symtom inom ett multidisciplinärt arbetsteam och tilläggsutbildning i läkemedelsförskrivning ger en god grund för att i större utsträckning införa begränsad förskrivningsrätt inom öppenvårdstjänsterna. En förutsättning för en sådan rätt ska fortfarande vara ett skriftligt förordnande som getts av den ansvariga läkaren där villkoren för rätten anges och att sjukskötaren har möjlighet att konsultera en läkare direkt på det sätt som anges i 25 § 2 mom. i förskrivningsförordningen.

Enligt den proposition som gäller ordnandet av social- och hälsovården (RP 15/2017 rd) ska varje landskap ha ett affärsverk som svarar för serviceproduktionen i landskapet. Landskapet kan dessutom producera social- och hälso-tjänster i samarbete med andra landskap eller enligt avtal skaffa dem av andra tjänsteproducenter.

Enligt regeringens proposition med förslag till lag om kundens valfrihet inom social- och hälsovården (RP 16/2018) kan social- och hälsovårdstjänster som landskapen är ansvariga för att ordna tillhandahållas av aktörer inom offentliga, privata eller tredje sektorn. Enligt lagförslaget kan kunderna välja att antingen anlita den social- och hälsocentral som upprätthålls av landskapets affärsverk eller en social- och hälsocentral som upprätthålls av en privat serviceproducent.

Till de direktvalstjänster som produceras av social- och hälsocentralerna hör bl.a. undersökning, konstaterande och behandling av kundernas symtom, funktionsförmåga och sjukdomar inom allmänmedicin som utförs av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården vid en mottagning, ett hembesök eller en distanskontakt.

Ett införande av begränsad läkemedelsförskrivning lämpar sig också för sådana nya servicekoncept som kommer att krävas i framtiden på grund av social- och hälsovårdsreformen. Ändringen främjar också målen för de reformer som gäller ordnandet av social- och hälsovård och valfriheten.

De framtida tjänsterna utvecklas i de försök med servicesedlar som social- och hälsovårdsministeriet inledde år 2017. Inom ramen för försöken samlar man erfarenheter och data om användningen av tjänster som omfattas av valfriheten, kundbeteendet, serviceproducenternas roll och funktionaliteten hos olika tjänsteproducenters modeller för ersättning. Informationen utnyttjas vid utvecklandet av valfrihetsmodellen. Vid försöken utvecklas också digitala tjänster för t.ex. tidsbeställning, kund- och servicehandledning och bedömning av vårdbehovet.

År 2017 inleddes fem försök med servicesedlar, varav fyra innefattar att utveckla läkares och sjukskötares mottagningsverksamhet som en av beståndsdelarna i den multidisciplinära servicen inom öppenvården. I den service som ges inom ramen för försöken ska begränsad läkemedelsförskrivning för sjukskötare kunna utnyttjas, om lagstiftningen ändras så att det blir möjligt.

I ett av försöken med servicesedlar utvecklas allmänläkarnas mottagningsverksamhet, och läkarna svarar i detta fall alltid för undersökning, diagnos och behandling. Också förebyggande av sjukdomar sker och patientinformation ges vid läkarmottagningarna, varefter patienten kan styras till en hälsovårdare eller sjukskötares mottagning. Begränsad läkemedelsförskrivning för sjukskötare lämpar sig inte i detta fall, eftersom det alltid är en läkare som fattar vårdbesluten.

Regeringens proposition med förslag till lag om produktion av social- och hälso-tjänster (RP 52/2017 rd) är som bäst under behandling i riksdagen. Syftet med propositionen är att säkra klientsäkerheten för de kunder som anlitar social- och hälso-tjänster, säkerställa att social- och

RP 69/2018 rd

hälsotjänsterna håller god kvalitet och främja samarbetet mellan serviceproducenten och myndigheterna.

I den föreslagna lagen ingår bestämmelser om förutsättningarna för verksamheten och om tillsynen över social- och hälsotjänster. Enligt förslaget får social- och hälsotjänster endast produceras av registrerade tjänsteproduceter. Lagen gäller såväl offentliga som privata tjänsteproduceter. Enligt 7 § i den föreslagna lagen svarar tjänsteproducenten för att personalen har sådan behörig utbildning, erfarenhet och yrkesskicklighet som verksamheten kräver. Tjänsteproducenten ska se till att personalen deltar i fortbildning i tillräcklig omfattning. Fortbildningens innehåll bör utformas med beaktande av personalens grundutbildning, hur krävande arbetet är och uppgifternas innehåll.

Genom projektet för egenvård och digitala mervärdetjänster (ODA) revideras för närvarande verksamhetsmodellerna för social- och hälsotjänster. Projektet är ett av regeringens spetsprojekt och genomförs i 10 kommuner (med Esbo som värdkommun) och 4 samkommuner tillsammans med social- och hälsovårdsministeriet. Servicehelheten Omaolo, som ska stå färdig hösten 2018, håller som bäst på att byggas upp. Pilotförsök med användning av elektroniska hälso- och välfärdstjänster pågår som bäst på olika håll i landet. Syftet med projektet ODA är att göra tjänsterna tillgängliga för alla, oberoende av tid och plats. Inom ramen för försöken testas olika tjänster, såsom granskning av hälso- och välbefinnande, vårdkedjor för vården av diabetes och hypertoni, vårdkedjor för hälsostationer och samjourer och vårdkedjor för grupper med särskilda behov, såsom äldre och personer med funktionsnedsättning. Utifrån en gruppering av patienterna styrs en del av dem till digitala vårdkedjor och en del till traditionella vårdkedjor.

I den digitala vårdkedjan görs bedömningen utifrån patientens symptom digitalt, och kunden får anvisningar för egenvård, remiss till laboratorium eller ett elektroniskt recept. I den traditionella vårdkedjan kan kunden få en rekommendation som via elektronisk tidsbeställning styr kunden till en mottagning. Det faktum att egenvård, bedömning av vårdbehovet, uppföljning och patientanvisningar i allt större utsträckning övergår till att vara elektroniska påverkar på många sätt läkarnas och sjukskötarens framtida arbete.

Enligt regeringens proposition med förslag till lag om kundens valfrihet inom social- och hälsovården ska till kategorin direktvalstjänster hänföras de typer av undersökning, konstaterande och behandling av kundernas symtom, funktionsförmåga och sjukdomar inom allmänmedicin som utförs av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården på en mottagning, vid hembesök eller via fjärrkontakt. Med fjärrkontakt avses kontakt som sker via telefon, smarttelefon, video, nätanslutning, e-post eller annan motsvarande kontakt. Enligt utkastet till proposition kan utöver läkare också andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården undersöka patienter och konstatera sjukdomssymtom utifrån sin yrkeskunskap och de yrkesutbildade personernas inbördes arbetsfördelning.

I detaljmotiveringen till den regeringsproposition som ledde till ändringen av 23 b § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården konstaterades det att sjukskötare inte kan förskriva läkemedel utan att ha träffat patienten. Enligt 10 § 4 mom. i forskrivningsförordningen får sjukskötare, hälsovårdare eller barnmorska förskriva och förnya ett recept endast utifrån ett behov av läkemedel som konstaterats på en mottagning. I och med att mottagning med hjälp av fjärrkontakt utvidgas och lagstiftningen om valfrihet genomförs blir det nödvändigt att ta ny ställning till vilka preciseringar i bestämmelserna om begränsad läkemedelsförskrivning som ändringarna i sättet att tillhandahålla tjänster och i definitionen av mottagning kommer att kräva.

4 Propositionens konsekvenser

4.1 Ekonomiska konsekvenser

I en utredning som Östra Finlands universitet gjorde på uppdrag av social- och hälsovårdsministeriet bedömdes hur stor del av de patienter som får läkemedelsbehandling av en läkare vid en mottagning inom primärvården som i stället kunde styras till en sjukskötare med rätt att förskriva läkemedel (Vartiainen & Kankaanpää, Julkisessa perusterveydenhuollossa työskentelevän sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisen kehittämisen taloudelliset vaikutukset, 2017). Universitetets bedömning grundade sig på tillgängliga undersökningar, utredningar och statistiska uppgifter som beskriver det nuvarande servicesystemet.

Inom ramen för utredningen granskades vissa av de vanligaste folksjukdomarna som hypertoni, kranskärlsjukdomar, rubbad fettmetabolism, diabetes typ 2, astma och allergier samt antalet läkarbesök i öppenvården vid en hälsovårdscentral som dessa patientgrupper gjorde. Dessutom granskades sådana infektionssjukdomar som kan vårdas med antibiotika inom ramen för den föreslagna ändringen av den begränsade läkemedelsförskrivningen. Kostnaderna för att dessa patienter togs emot vid antingen en läkares eller en sjukskötares mottagning i samband med läkemedelsvård jämfördes, och de kostnadsmässiga effekterna av att patienter styrs från en läkares till en sjukskötares mottagning när detta vara möjligt bedömdes. Utifrån en undersökning som Institutet för hälsa och välfärd genomförde 2015 antogs en läkares mottagningstid i genomsnitt räcka 30 minuter. Som mottagningstid för sjukskötare antogs en lika lång genomsnittlig mottagningstid.

Enligt utredningen får cirka 1,6 miljoner patienter som står under metabol kontroll årligen läkemedelsbehandling inom de grupper av långtidssjuka som avses ovan. Eftersom receptens giltighetstid är två år och eftersom 60 procent av patienterna bedöms anlita en hälsovårdscentral, bedömdes det att 497 000 av de patienter som får behandling med ett sådant läkemedel för långtidssjukdom som ingår i sjukskötarens läkemedelsförteckning eller som föreslås bli fogad till den skulle kunna behandlas av sjukskötare i stället för av läkare. Det bedömdes dessutom att sammanlagt 110 000 patienter som behöver behandling med ett läkemedel som ingår i sjukskötarens förteckning skulle kunna få vård av sjukskötare för de infektionssjukdomar som nämns ovan.

I den utredning Östra Finlands universitet genomförde bedömdes de ekonomiska konsekvenserna utifrån de kalkylerade arbetskraftskostnaderna Enligt modellen uppskattades de genomsnittliga lönekostnaderna för en läkare för en mottagningstid på 30 minuter till 88,69 euro, om 54 procent av en veckoarbetstid på 38,25 timmar åtgår till kundarbete. Därutöver beaktades andelen recept som skrevs ut utan patientbesök, som beaktades vara 19 procent av recepten för långtidssjuka patienter, och den mindre tidsåtgången för dessa, som uppskattades till 10 minuter. De genomsnittliga lönekostnaderna (inklusive ett kravtillägg på 500 euro) för en sjukskötare för en mottagningstid på 30 minuter uppskattades till 67,32 euro, om 50 procent av en veckoarbetstid på 38,25 timmar åtgår till kundarbete. De uppskattade kostnaderna uppgår till 48,08 euro, om 70 procent av sjukskötarens arbetstid används för kundarbete.

Utifrån kalkylerna bedömde man att kostnaderna för läkarnas utfärdande av 607 000 recept med eller utan patientbesök uppgår till 48 miljoner euro om året. Kostnader för sjukskötares förskrivning av recept för samma mängd patienter uppskattades vara 41 miljoner euro om året, om 50 procent av arbetstiden används för kundarbetet. Sjukskötarens läkemedelsförskrivning skulle därmed vara 7 miljoner euro billigare än läkarnas läkemedelsförskrivning med eller utan patientbesök. Om 70 procent av sjukskötarens arbetstid avsätts för kundarbete, blir kostnaderna för besök av patienten i samband med läkemedelsförskrivning 29 miljoner euro, vilket på årsbasis är 19 miljoner euro mindre än kostnaderna för läkarnas mottagningar.

Vid social- och hälsovårdsministeriet bedömdes kostnaderna för besök av patienten vid sjukvårdsdistriktens samjourer dels hos läkare, dels hos sjukskötare med rätt att förskriva läkemedel. Bedömningen grundar sig på de kostnadsuppgifter för besök hos läkare respektive sjukskötare som framgår av den undersökning Östra Finlands universitet genomförde och på de erfarenheter om sjuksköternas begränsade läkemedelsförskrivning som gjorts vid Mellersta Finlands sjukvårdsdistrikts samjour. Begränsad läkemedelsförskrivning har tagits i bruk i Mellersta Finlands sjukvårdsdistrikt mer heltäckande än i de övriga sjukvårdsdistrikten. År 2016 gjordes 5 666 av sjukvårdsdistriktets 53 096 samjourbesök inom primärvården hos sjukskötare. Av besöken hos sjukskötare var 75 procent, med andra ord 4 250 besök, sådana som gjordes hos en sjukskötare med rätt att förskriva läkemedel.

Enligt Kommunförbundet gjordes 1 097 069 besök inom samjouren 2015. Enligt social- och hälsovårdsministeriets bedömning är två tredjedelar av besöken inom samjouren, alltså cirka 724 066 besök, sådana som motsvarar primärvård. Utifrån de erfarenheter Mellersta Finlands sjukvårdsdistrikt har gjort kunde åtta procent av besöken, alltså 57 925 besök, styras till sjukskötare med rätt att förskriva läkemedel.

På grundval av de genomsnittliga lönekostnaderna som Östra Finlands universitet tagit fram blir kostnaderna för en läkares mottagning av 58 000 patienter inom samjouren uppskattningsvis 3,4 miljoner euro om den genomsnittliga mottagningstiden är 20 minuter. Kostnaderna för samma antal besök hos en sjukskötare med rätt att förskriva läkemedel blir 2,6 miljoner euro, om 50 procent av arbetstiden avsätts för jourmottagning, och 1,9 miljoner euro om 70 procent av arbetstiden avsätts för kundarbete.

Enligt den uppskattning som Östra Finlands universitet gjorde skulle kostnaderna i anslutning till utfärdande av 607 000 recept vid besök hos en sjukskötare med rätt att förskriva läkemedel beroende på hur sjukskötarens arbetstid används bli 7–19 miljoner euro lägre än om recepten skulle utfärdas vid besök hos läkare. Enligt social- och hälsovårdsministeriets uppskattning är kostnaderna för 58 000 besök vid en samjour 0,8–1,5 miljoner euro lägre för besök hos sjukskötare än för besök hos läkare.

Det bedöms att kostnadsbesparingar uppnås genom att begränsad förskrivningsrätt införs för fler sjukskötare samtidigt som den vidhängande kompetensen utnyttjas på ett ändamålsenligt sätt. På lång sikt uppskattas den begränsade förskrivningsrätten inom primärvården ge kostnadsbesparingar på i genomsnitt 13 miljoner om året. I analogi med detta uppskattas de potentiella besparingarna för sjuksköternas mottagningar inom samjouren uppgå till i genomsnitt 1 miljoner euro. På lång sikt beräknas de kalkylerade kostnadsbesparingarna uppgå till cirka 14 miljoner euro per år. Om kostnadsbesparingarna uppnås eller inte beror på i vilken omfattning den begränsade förskrivningsrätten utnyttjas vid verksamhetsenheterna. Eventuella kostnadsbesparingar påverkas i väsentlig grad av att sjuksköternas arbetstid avsätts på ett effektivt och ändamålsenligt sätt. Kostnadsbesparingarna kommer att utvärderas mer ingående och beaktas i budgeten för 2020 och i ramförslaget för åren 2020–2023.

Både läkarnas och sjuksköternas mottagningstider varierar i längd. Symtomatisk vård och begränsad förskrivning av läkemedel ger sjuksköterna möjlighet att svara för såväl bedömning av vårdbehovet som vården av och anvisningarna till patienten utan att denne behöver besöka flera olika yrkesutbildade personer. När det gäller långtidssjuka patienter fastställer en läkare målen för den medicinska vården och gränserna för förändringar i den i patientens vårdplan. Sjukskötaren förnyar recepten inom dessa gränser. I sådana fall blir den totala tidsåtgången kortare än om sjukskötaren skulle tvingas be läkaren skriva ut recepten. Ett läkarbesök är också i vissa situationer förenat med ett besök hos sjukskötare, vilket förlänger den totala tidsåtgången för besöket. I sådana situationer tar sjukskötaren de prover som läkaren begärt av patienten, såsom t.ex. ett svalgprov för bakterieodling. Efter läkarbesöket styr läkaren patienten

ten vidare till sjukskötaren, som ger patienten anvisningar för egenvård och medicinering och planerar uppföljande besök och de vårdartiklar som behövs. Sådana kombinerade besök bildar i praktiken en längre och dyrare helhet än besök hos enbart läkare.

I de kalkyler Östra Finlands universitet använde beaktades endast den andel som gällde utfärdandet av elektroniska recept i överensstämmelse med tidigare undersökningsresultat, men i övrigt gjordes inga prognoser över de digitala tjänsternas inverkan på kostnaderna. Det konstaterades i utredningen att de totala kostnaderna för mottagning av långtidssjuka ökade om de patienter som slussades vidare från läkare till sjukskötare var sådana som läkaren förnyade recepten åt elektroniskt. Kostnadsökningen berodde på att en sjukskötare kan förnya recept endast vid sin mottagning, alltså inte utan att träffa patienten. Det konstaterades trots det i utredningen att vårdkvaliteten ökar om sjukskötaren träffar patienten vid ett personligt besök.

I framtiden blir det nödvändigt att bedöma mottagningskostnaderna på nytt, eftersom utnyttjandet av digitaliseringen kommer att påverka också kostnaderna för verksamheten och kostnadseffektiviteten. En annan omständighet som måste beaktas vid bedömningen är tillgången på läkararbetskraft. Enligt den statistik över studieförmåner som FPA tagit fram studerade över 750 finländare medicin utomlands under läsåret 2015–2016. Samtidigt har antalet nybörjarplatser inom den grundläggande utbildningen i medicin i Finland utökats från 600 till 750. Enligt den undersökning bland de studerande som Läkarförbundet publicerade 2016 planerade cirka 60 procent av de studerande att återvända till Finland och jobba här efter utbildningen. I social- och hälsovårdsministeriets rapport från 2016 gjordes den bedömningen, att platserna inom grundutbildningen för läkare och tandläkare troligtvis borde minska från och med år 2020 för att undvika överutbildning. Även om antalet läkare inte är den enda faktorn när det gäller att garantera tillgången till vård, kan ett ökat utbud av läkararbetskraft och en ökad digitalisering påverka riktlinjerna för hur arbetsfördelningen mellan yrkesgrupperna utvecklas i framtiden. Däremot kan det anses förbättra möjligheterna att avsätta läkarnas insats och arbetstid för vården av mer krävande fall.

Arbetsätten för framtida servicesystem utvecklas under de närmaste åren med hjälp av försöken med servicesedlar och nya försök som är mer omfattande till sitt innehåll och sin regionala utsträckning. Om en sådan modell för allmänläkares mottagningsverksamhet blir vanligare i det nya servicesystemet, och en allmänläkare därmed alltid svarar för undersökning, diagnos och behandling, duger inte längre de kalkyler som Östra Finlands universitet tagit fram och de uppskattade kostnadsbesparingarna uppkommer inte heller. En symtomatisk vård och en begränsad förskrivning av läkemedel som genomförs av sjukskötare lämpar sig inte för den modellen. I sådana fall domineras totalkostnaderna av kostnaderna för läkarnas mottagningsverksamhet.

Östra Finlands universitet konstaterar i sin bedömning att internationella undersökningsresultat i fråga om kostnaderna och kostnadseffektiviteten när det gäller utvidgad uppgiftsbeskrivning är motstridiga och att det inte finns några entydiga bevis vare sig för eller emot. Internationella undersökningar visar ändå relativt entydigt att vård som getts av sjukskötare med utvidgad uppgiftsbeskrivning är minst lika kvalitativt högtstående som läkarvård, och att det inte finns några skillnader mellan förskrivningspraxis mellan de två yrkeskategorierna. Dessutom har det konstaterats att de patienter som besökt en sådan sjukskötares mottagning i allmänhet är mera nöjda än de som besökt en läkares mottagning.

De 607 000 besök som bedömdes i universitets undersökning och som kunde ha styrts till en sjukskötare med förskrivningsrätt utgjorde 6 procent av det totala antalet besök vid antingen en läkares eller en sjukskötares mottagning i den öppna sjukvården inom primärvården. Enligt bedömningen skulle 607 000 patientbesök kräva 407 heltidsanställda sjukskötare med rätt att föreskriva läkemedel. Om i genomsnitt hälften av sjukskötares arbetstid skulle avsättas för

mottagning som kräver utbildning för läkemedelsförskrivning, skulle detta antal patientbesök kräva 814 sjukskötare. Fram till januari 2018 har 346 sjukskötare avlagt den utbildning som krävs för begränsad läkemedelsförskrivning och av dem har 339 begränsad rätt att förskriva läkemedel. När de sjukskötare som för närvarande genomgår utbildning och kommer att utexamineras före sommaren 2018 beaktas, uppgår antalet till cirka 400. Därmed skulle det finnas ett tillräckligt stort antal sjukskötare med förskrivningsrätt för att svara för det antal patientbesök som undersöktes, under förutsättning att deras arbetstid omfattar sådana arbetsuppgifter på heltid.

4.2 Konsekvenser för myndigheterna

Enligt bedömningar har propositionen endast begränsade konsekvenser för myndigheternas verksamhet. Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården kan få fler uppgifter i anslutning till registrering av specialistkompetens för begränsad förskrivningsrätt och utdelning av identifikationskoder. I vilken mån antalet uppgifter ökar beror på i vilken utsträckning sjuksköterna söker sig till förskrivningsutbildning och i vilken mån de ansvariga läkarna vid verksamhetsenheterna för hälso- och sjukvård ger sådana skriftliga förordnanden som avses i 23 b § 2 mom. i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. I vilken mån antalet uppgifter ökar beror också på i vilken utsträckning ändringarna i förskrivningsförordningen ger upphov till ändringar i de befintliga skriftliga förordnandena. Förslaget konsekvenser när det gäller regionförvaltningsverkens och Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovårdens tillsynsuppgifter och för FPA:s och apotekens verksamhet beräknas vara små.

4.3 Konsekvenser för företagen

Enligt gällande lag är det möjligt att införa begränsad läkemedelsförskrivning i öppenvårdstjänsterna vid hälsocentralerna och vid samjourerna. Sätten att producera tjänster har de senaste åren blivit mer mångsidiga. Syftet med propositionen är att möjliggöra införandet av begränsad förskrivningsrätt inom nya servicestrukturer. Det ska i fortsättningen vara möjligt att utnyttja specialistkompetensen hos sjukskötare med begränsad förskrivningsrätt i tjänster som lagts ut på entreprenad och i sådana fall där kommunen eller samkommunen skaffar tjänster inom den öppenvård som den har ansvar för att ordna hos en privat serviceproducent på basis av avtal eller på annat sätt.

Det krävs att samma grundläggande förutsättningar uppfylls som hittills när en privat serviceproducent tar i bruk begränsad förskrivningsrätt. Sjuksköturen ska vara anställd vid verksamhetsenheten. Den ansvariga läkaren vid enheten ger ett skriftligt förordnande där det anges vilka de mediciner är som sjuksköturen får förskriva och eventuella begränsningar i läkemedelsförskrivningen. Ändringsförslaget gör att offentliga och privata serviceproducenter får samma ställning under de villkor som anges i lagen.

4.4 Konsekvenser för människorna

Enligt uppgifterna i det register över öppenvårdstjänsterna inom primärvården (Avohilmo) som förs av Institutet för hälsa och välfärd utgjorde besöken vid en sjukskötares mottagning 48 procent av det sammanlagda antalet besök hos läkare och sjukskötare i den öppna sjukvården inom primärvården 2016. Det totala antalet besök i den öppna sjukvården inom primärvården var cirka 2 procent mindre 2016 än 2014. Under samma tid sjönk antalet besök hos läkare med 7 procent och ökade med 5 procent hos sjukskötare. Dessa uppgifter torde visa att

den ökade mottagningsverksamheten hos sjukskötare inte har ökat det totala antalet besök i den öppna sjukvården och inte heller lett till onödiga besök.

Enligt uppgifterna i Avohilmo fick 76 procent av patienterna tid hos sjukskötare för ett besök för icke brådskande vård inom den öppna sjukvården inom 7 dagar 2016. På motsvarande sätt fick 45 procent av patienterna tid till en läkare inom samma tid. Sjukskötarens mottagningsverksamhet började utvecklas inom den öppna sjukvården under de första åren av 2000-talet, mestadels i kommuner och samkommuner där befolkningsunderlaget för social- och hälsovården var litet eller medelstort. Den begränsade läkemedelsförskrivningen har senare spritt sig inom liknande områden, men också till stora samkommuner. Denna utveckling har förbättrat invånarnas tillgång till vård i dessa områden. Enligt expertutredningen litade patienterna på att en sjukskötare med behörig utbildning är kompetent, att sjukskötaren ger instruktioner om säker användning av läkemedlen och att sjukskötaren styr patienten vidare till en läkare vid behov.

Patientsäkerheten garanteras också i fortsättning på flera sätt när den begränsade läkemedelsförskrivningen blir allmännare. Metoderna för att garantera patientsäkerheten sammanhänger med den utbildning i läkemedelsförskrivning och det säkerställande av kompetensen som krävs, förordnandet av den ansvariga läkaren och den tillsyn som utövas av Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården och av regionförvaltningsverken samt apotekens åtgärder för att kontrollera receptens riktighet. Patientsäkerheten garanteras också av bestämmelserna i 57 § i läkemedelslagen (395/1987) enligt vilken apotekets farmaceutiska personal om möjligt med råd och handledning ska säkerställa att den som ska använda läkemedlet känner till hur det ska användas på ett korrekt och tryggt sätt för att läkemedelsbehandlingen med säkerhet ska lyckas när läkemedel expedieras från apotek och filialapotek.

Vid verksamhetsenheterna borgar man på många sätt för att den symtomatiska vård och den läkemedelsförskrivning som sjukskötare är ansvariga för sköts på behörigt sätt. Bland dessa återfinns en målmedveten styrning av patienterna till representanter för de olika yrkeskategorierna och stöd i arbetet för sjukskötare med förskrivningsrätt utifrån vårdanvisningar baserade på nationella rekommendationer och möjlighet att vid behov konsultera läkare.

Den patient- och klientsäkerhetsstrategi som statsrådets fastställde i form av ett principbeslut för åren 2017–2021 (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2017:9) handleder i säkerställandet av patientsäkerheten med avseende på ansvarsfördelning, ledning och författningar. De som leder serviceproduktion har till uppgift att fastslå vilka resurser som krävs för säkra tjänster, att trygga tillgången på tjänsterna och kompetensen att tillhandahålla dem samt att ha beredskap inför och följa upp säkerhetsrisker. Strategin styr också utbildning och praxis när det gäller begränsad läkemedelsförskrivning.

5 Beredningen av propositionen

5.1 Beredningsskeden och beredningsmaterial

Den expertgrupp för begränsad läkemedelsförskrivning som tillsattes av social- och hälsovårdsministeriet har utrett hur sjukskötarens begränsade förskrivningsrätt samt optikers och munhygienisters förskrivning av läkemedel pro auctore och den utbildning som krävs för ändamålet har genomförts. Den slutliga rapporten grundade sig på ett omfattande material baserat på elektroniska enkäter, statistiska uppgifter, genomgång av sjukskötarens läkemedelsförskrivning och observation av deras arbetstid samt separata delutredningar och diskussionsmöten. Expertgruppen överlämnade rapporten till familje- och omsorgsminister Juha Rehula i december 2015.

RP 69/2018 rd

Expertgruppen för begränsad läkemedelsförskrivning ordnade två diskussionsmöten, varav det första hölls den 21 oktober 2014. Där samlade man in synpunkter på hur sjukskötares begränsade förskrivningsrätt och optikers och munhygienisters rätt att förskriva läkemedel pro auctore fungerar och vilka behov det finns av att utveckla förskrivningen. Det andra diskussionsmötet ordnades den 9 november 2015, och då samlade man in återkoppling på ett utkast till förslag om hur den nuvarande begränsade förskrivningsrätten för sjukskötare och optikers och munhygienisters förskrivning av läkemedel pro auctore kunde utvecklas. Vid det första diskussionsmötet inkom yttranden från 17 instanser och vid det andra från 27 instanser.

Expertgruppen skar ner sina förslag och bearbetade dem utifrån återkopplingen vid det andra diskussionsmötet och de yttranden och den skriftliga respons som inkommit från social- och hälsovårdsministeriets avdelningar. Dessa förslag ingår i expertgruppens rapport, som gavs ut i Social- och hälsovårdsministeriets publikationsserie för rapporter och betänkanden i december 2015.

Social- och hälsovårdsministeriet begärde i mars och april 2016 yttranden om förslagen i expertgruppens rapport. Begäran om yttrande avgränsades till att gälla de förslag som det hade rätt delade meningar om och som expertgruppen nu hade omarbetat utifrån den inkomna responsen. Sammandraget grundade sig på yttranden från 59 olika remissinstanser.

Ställningstagandena var övervägande positiva till samtliga förslag från expertgruppen. I de yttranden som förhöll sig positivt till förslagen ansågs utvidgad läkemedelsförskrivning ingå i utvecklandet av patienternas vårdkedjor som ett led i det nya social- och hälsovårdssystemet och främjandet av tillgången på vård liksom patientens engagemang i behandlingen samt de förändringar inom arbetslivet som förutsätter att sjukskötarna har specialistkompetens. I de yttranden som förhöll sig negativt till förslagen ansågs förskrivningen av läkemedel förutsätta sådan diagnostisering och sådana vårdbeslut som kräver läkarkompetens och som ingår i läkarnas särskilda rättigheter enligt lag.

Omkring tre fjärdedelar av dem som gav yttrande understödde förslagen om att begränsad läkemedelsförskrivning för sjukskötare ska införas inom den offentliga specialiserade sjukvården och köpta tjänster inom den offentliga sektorn. Att utvidgningen ska omfatta den offentliga specialiserade sjukvården motiverades med de kommande förändringarna av servicestrukturerna, tillgången till vård och förbättrad service samt en effektivare resursanvändning. Uppföljning av patienter med hjärtinsufficiens, diabetes, astma och hudsjukdomar nämndes som exempel på uppgifter där sjukskötarnas kompetens med avseende på förskrivning av läkemedel kunde utnyttjas.

Yttrandeinstanserna ansåg det också vara viktigt att de sjukskötare som sköter hälsovårdscentralernas utlagda tjänster och som genomgått förskrivningsutbildning i framtiden ska kunna utnyttja sin specialkompetens. Förslaget att utvidgningen ska omfatta offentliga köpta tjänster motiverade med att en modell med flera producenter blir allt vanligare.

Propositionen har beretts som tjänsteuppdrag vid social- och hälsovårdsministeriet utifrån expertgruppens rapport och de yttranden som inkommit om den. Vid beredningen har sakkunskapen vid social- och hälsovårdsministeriets olika avdelningar och de ämbetsverk och inrättningar som är underställda ministeriet utnyttjats. Ministeriet har också samarbetat med representanter för servicesystemet, högskolorna och undervisnings- och kulturministeriet i beredningsarbetet. Dessutom har resultaten av såväl utländska som inhemska undersökningar och utredningar utnyttjats i beredningen.

5.2 Remissyttranden och hur de har beaktats

RP 69/2018 rd

Social- och hälsovårdsministeriet bad den 12 februari 2018 olika instanser lämna yttranden om ett utkast till regeringsproposition med förslag till lagstiftning om begränsad förskrivningsrätt för sjukskötare. Yttranden om utkastet till proposition har begärts av centrala ministerier och statliga myndigheter, Kommunförbundet, Kommunarbetsgivarna, samkommunerna för social- och hälsovård, högskolorna, organisationer och nätverk för vårdarbete, läkar- och tandläkarorganisationer, patientorganisationer och andra aktörer. Ett sammandrag av remissyttrandena har publicerats på statsrådets projektwebbplats.

Sammanlagt inkom 112 yttranden från 95 instanser. Med hjälp av den elektroniska yttrandeblanketten gavs 86 yttranden och 26 fritt formulerade yttranden lämnades i skriftlig form. Av remissinstanserna stödde 83 procent förslaget om utvidgade möjligheter att använda begränsad förskrivningsrätt. Ett utvidgat användningsområde för den begränsade förskrivningsrätten konstaterades främja en förnuftig och kostnadsnyttoeffektiv arbetsfördelning och införandet av klientorienterade och flexibla arbetssätt.

Finansministeriet, undervisnings- och kulturministeriet, Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården, Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet, Institutet för hälsa och välfärd, organisationerna för vårdarbete, högskolorna, patientorganisationerna, Finlands Kommunförbund, KT Kommunarbetsgivarna, Lääketeollisuus ry och Läkarföretagen rf understödde ändringsförslaget. Av sjukvårdsdistrikten stödde 13 förslaget. Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt och Päijänne-Tavastlands samkommun för social- och hälsovård motsatte sig förslaget. Av verksamhetsenheterna inom hälso- och sjukvården understödde alla utom Helsingfors stad förslaget. Folkpensionsanstalten motsatte sig förslaget, men ansåg att en begränsad förskrivningsrätt i framtiden bör utvidgas till att omfatta tjänster som skaffas på basis av avtal.

Helsingfors stad, Institutet för hälsa och välfärd och Finlands Läkarförbund ansåg i sina yttranden att det inte finns tillräckliga bevis för kostnadseffektiviteten i fråga om begränsad förskrivningsrätt eller att de uppskattade kostnadsbesparingarna inte går att uppnå.

I fråga om läkar- och tandläkarorganisationerna understödde 5 och motsatte sig 10 av dem en utvidgad möjlighet att införa begränsad förskrivningsrätt i tjänster inom den öppenvård som kommuner och samkommuner har ansvar för att ordna. Finlands Dermatologförening rf, Suomen Gynekologiyhdistys – Finlands Gynekologförening ry, Suomen Yleislääkärit – Allmänläkare i Finland – GPF ry, Suomen Nefrologiyhdistys – Finlands Nefrologförening ry och Suomen Lastenlääkäriyhdistys – Barnläkarföreningen i Finland ry stödde den föreslagna utvidgningen till kommunsektorn. En utvidgning av den begränsade förskrivningsrätten till tjänster som baserar sig på avtal understöddes av 7 läkar- och tandläkarorganisationer, medan 8 motsatte sig en sådan utvidgning. Finlands Läkarförbund ansåg i sitt yttrande en utvidgning av en begränsad rätt att förskriva läkemedel vara ändamålsenlig endast i fråga om öppenvårdstjänster inom hälso- och sjukvården som baserar sig på avtal. De remissinstanser som var emot förslaget lyfte fram patientsäkerhetsaspekten. Man ansåg att patientsäkerheten äventyras om den begränsade läkemedelsförskrivningen utvidgas.

Förslaget har setts över utifrån remissyttrandena. Bedömningen av de ekonomiska konsekvenserna har preciserats. Lagförslaget och motiveringen till det har preciserat så att tjänster som skaffas på basis av avtal ska jämföras med öppenvårdstjänster som ordnas enligt lagen om servicesedlar inom social- och hälsovården.

DETALJMOTIVERING

1 Lagförslag

23 b §. Begränsad förskrivningsrätt. Det föreslås att 1 mom. i paragrafen ändras. Sjukskötare anställda vid en verksamhetsenhet för sådan öppenvård inom hälso- och sjukvården som en kommun eller samkommun har ansvar för att ordna ska ha begränsad rätt att från apotek förskriva läkemedel som används vid behandlingen till patienter som de vårdar. Enligt gällande lag sträcker sig sjukskötares begränsade rätt att förskriva läkemedel till sjukvårdsdistriktens samjourer och de kommunala hälsovårdscentralernas öppenvårdsenheter, hälsovårdscentralernas tidsbeställning och jourmottagningar, mödra-, familje- och barnrådgivningar, skol- och studerandehälsovården samt företagshälsovård som ordnas som folkhälsoarbete. Det ska vara möjligt att införa begränsad förskrivningsrätt enligt förslaget också i andra öppenvårdstjänster inom primärvården, såsom inom hemsjukvården och vid polikliniker inom den specialiserade sjukvården. Det föreslås att omnämmandet i momentet av att tilläggsutbildningen regleras i förordning av statsrådet ska slopas. Ett bemyndigande att utföra förordning ska tas in i 4 moment.

Enligt det nya 2 mom. är det också möjligt att införa begränsad läkemedelsförskrivning i sådan öppenvård som ingår i den hälso- och sjukvård kommunen eller samkommunen har ansvar för att ordna och som skaffas på basis av avtal eller på annat sätt för kommunens eller samkommunens räkning. Med tjänster som skaffas på basis av avtal avses tjänster som kommunen eller samkommunen skaffar av en annan kommun, samkommun eller någon annan offentlig eller privat serviceproducent och tjänster som lagts ut på entreprenad. Tjänster som skaffas på basis av avtal ska jämföras med öppenvårdstjänster inom hälso- och sjukvården som kommunen eller samkommunen har ansvar för att ordna och som kommunen eller samkommunen skaffar av privata serviceproducenter enligt lagen om servicesedlar inom social- och hälsovården. På grund av det nya 2 mom. blir nuvarande 2 och 3 mom. i stället 3 och 4 mom.

I 3 mom. föreslås en precisering på grund av det ändrade 1 och 2 mom. Enligt den ska det skriftliga förordnandet ges av den ansvariga läkaren för den verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvård där sjukskötaren är anställd. Det föreslås dessutom att ordalydelsen i bestämmelsen preciseras i fråga om det skriftliga förordnandet.

Det föreslås att ett bemyndigande att utfärda förordning tas in i 4 mom. för att regleringen ska motsvara nuvarande praxis.

2 Närmare bestämmelser

Enligt förslaget ska utbildningsförordningen, som utfärdats med stöd av 23 b § 1 mom. i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, ändras så att sjukskötare får räkna sig till godo studier som han eller hon har genomfört vid en annan inhemsk eller utländsk högskola eller vid en annan läroanstalt samt ersätta studier som hör till förskrivningsutbildningen med andra studier på samma nivå. För tillgodoräkning av andra studier eller ersättande av studier krävs det ett beslut från den yrkeshögskola där sjukskötaren avlägger sin förskrivningsutbildning. Den bestämmelse som enligt förslaget ska fogas till utbildningsförordningen motsvarar till sitt innehåll 37 § 2 mom. i den gällande yrkeshögskolelagen (932/2014).

Enligt 6 § 2 mom. i utbildningsförordningen ska de som antas till utbildning som ger specialistkompetens för begränsad förskrivningsrätt under de senaste fem åren ha minst tre års praktisk erfarenhet inom det uppgiftsområde inom vilket de kommer att förskriva läkemedel. Det

RP 69/2018 rd

föreslås att bestämmelsen ändras så att bestämmelsen om minst fem års praktisk erfarenhet inte längre ska vara ett villkor för att kunna antas till utbildningen.

Förskrivningsförordningen, som utfärdats med stöd av 23 b § 3 mom. i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, ska enligt förslaget ändras så att sjukskötare utöver att förskriva läkemedel på basis av det verksamma ämnet, styrkan och läkemedelsformen, alltså generisk förskrivning, också får förskriva läkemedel under läkemedelspreparatets handelsnamn. Den förteckning över läkemedel som enligt bilaga 1 till förordningen får förskrivas av sjukskötare ska utvidgas till att omfatta vissa allmänt använda läkemedelspreparat. De förteckningar över läkemedel som en optiker enligt bilaga 2 i förordningen kan skaffa för sin mottagning och den som en munhygienist enligt bilaga 3 kan skaffa för sin yrkesutövning ska utvidgas på motsvarande sätt.

De ändringar och tillägg som föreslås i de nämnda förordningarna stöder målen för förslagen i propositionen.

3 Ikraftträdande

Lagen föreslås träda i kraft den 1 oktober 2018.

4 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning

Ursprungligen infördes 23 b § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 2010 inom ramen för en större lagändring genom vilken kap. 4 a om symtomatisk behandling och begränsad förskrivningsrätt fogades till lagen. I den regeringsproposition som gäller saken (RP 283/2009 rd) konstateras det i fråga om lagstiftningsordningen att den överensstämmer med grundlagen och att de föreslagna lagarna kan stiftas i vanlig lagstiftningsordning.

Den föreslagna ändringen är av betydelse med avseende på det som bestäms om näringsfrihet och rätten till arbete i 18 § i grundlagen. Utöver vid hälsocentraler och samjourer blir det i fortsättningen möjligt att införa begränsad förskrivningsrätt också i öppenvårdstjänster som ingår i den hälso- och sjukvård och den specialiserade sjukvård som kommuner och samkommuner har ansvar för att ordna. Förslaget ger möjlighet att införa begränsad förskrivningsrätt också i fråga om privat öppenvård som produceras på basis av avtal eller öppenvårdstjänster inom hälso- och sjukvården som på annat sätt skaffas för kommunens eller samkommunens räkning. Tjänster som skaffas på basis av avtal ska jämföras med öppenvårdstjänster inom hälso- och sjukvården som skaffas i överensstämmelse med lagen om servicesedlar inom social- och hälsovården. När villkoren i bestämmelsen är uppfyllda, kommer offentliga och privat serviceproducenter i fortsättningen att ha samma ställning.

Oberoende av på vilket sätt tjänsterna produceras ska verksamhetsenheterna ha samma skyldigheter att se till att läkemedelsförskrivningen sköts på behörigt sätt och att patientsäkerheten är tryggad. Också privata serviceproducenter ska se till att ett förordnande om begränsad rätt att förskriva läkemedel endast ges sådana sjukskötare som har genomgått den föreskrivna utbildningen och har tillräcklig praktisk erfarenhet. En sjukskötare som får ett sådant förordnande av den ansvariga läkaren är skyldig att iaktta bestämmelserna i förskrivningsförordningen oberoende av om sjukskötaren i fråga är anställd av en privat eller en offentlig serviceproducent. Verksamhetsenheten är ansvarig för att se till att en sjukskötare med rätt att förskriva läkemedel har möjlighet att konsultera läkare. Verksamhetsenheten svarar också för att

RP 69/2018 rd

den har en metod för uppföljning av läkemedelsförskrivningen och rapportering av felmedicinering för att patientsäkerheten ska kunna garanteras.

Den föreslagna ändringen överensstämmer med grundlagen och lagförslagen kan därför behandlas i vanlig lagstiftningsordning.

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

Lag

om ändring av 23 b § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994) 23 b §, sådan den lyder i lag 433/2010, som följer:

23 b §

Begränsad förskrivningsrätt

Sjukskötare anställda vid en verksamhetsenhet för öppenvård som ingår i den hälso- och sjukvård kommunen eller samkommunen har ansvar för att ordna och som har tillräcklig praktisk erfarenhet och har avlagt den tilläggsutbildning som behövs har begränsad rätt att från apotek förskriva läkemedel som används vid behandlingen till patienter som de vårdar. Sjukskötare får förskriva läkemedel då det är fråga om förebyggande behandling av patienten, fortsatt medicinering som en läkare förskrivit eller medicinering som baserar sig på ett vårdbehov som sjukskötaren konstaterat (begränsad förskrivningsrätt).

Begränsad läkemedelsförskrivning får också införas i sådan öppenvård som ingår i den hälso- och sjukvård kommunen eller samkommunen har ansvar för att ordna och som skaffas på basis av avtal eller på annat sätt för kommunens eller samkommunens räkning.

En förutsättning för begränsad förskrivningsrätt är ett skriftligt förordnande med uppgift om de läkemedel som sjukskötaren får förskriva samt eventuella begränsningar i läkemedelsförskrivningen. Det skriftliga förordnandet ges av den ansvariga läkaren för den verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården där sjukskötaren är anställd.

Bestämmelser om den tilläggsutbildning som avses i 1 mom. och den praktiska erfarenhet som krävs för begränsad förskrivningsrätt utfärdas vid behov genom förordning av statsrådet. För att garantera patientsäkerheten utfärdas det genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet närmare bestämmelser om de läkemedel och sjukdomstillstånd som den begränsade förskrivningsrätten kan gälla. Social- och hälsovårdsministeriet fastställer ett formulär för det skriftliga förordnande som avses i 3 mom.

Denna lag träder i kraft den 20 . _____

Helsingfors den 24 maj 2018

Statsminister

Juha Sipilä

Familje- och omsorgsminister Annika Saarikko
Bilaga
Parallelltext

Lag

om ändring av 23 b § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994) 23 b §, sådan den lyder i lag 433/2010, som följer:

Gällande lydelse

23 b §

Begränsad förskrivningsrätt

Sjukskötare som har tillräcklig praktisk erfarenhet och som har avlagt den tilläggsutbildning som regleras i förordning av statsrådet har begränsad rätt att från apotek förskriva läkemedel som används vid behandlingen till patienter som de vårdar vid en hälsovårdscentral, då det är fråga om förebyggande behandling eller fortsatt medicinering, då en läkare har ställt diagnosen eller då medicineringen baserar sig på ett vårdbehov som sjukskötaren konstaterat (*begränsad förskrivningsrätt*).

En förutsättning för begränsad förskrivningsrätt är ett skriftligt förordnande med uppgift om de läkemedel som sjukskötaren får förskriva samt eventuella begränsningar i läkemedelsförskrivningen. Det skriftliga förordnandet ges av den ansvariga läkaren för den hälsovårdscentral där sjukskötaren är anställd. När ett sjukvårdsdistrikt sköter hälsovårdscentralens jourtjänster inom sitt område, ges förordnandet av chefläkaren för det sjukvårdsdistrikt där sjukskötaren är anställd.

Bestämmelser om den praktiska erfarenhet som krävs för begränsad förskrivningsrätt

Föreslagen lydelse

23 b §

Begränsad förskrivningsrätt

*Sjukskötare anställda vid en verksamhetsenhet för öppenvård som ingår i den hälso- och sjukvård kommunen eller samkommunen har ansvar för att ordna och som har tillräcklig praktisk erfarenhet och har avlagt den tilläggsutbildning som behövs har begränsad rätt att från apotek förskriva läkemedel som används vid behandlingen till patienter som de vårdar. Sjukskötare får förskriva läkemedel då det är fråga om förebyggande behandling av patienten, fortsatt medicinering som en läkare förskrivit eller medicinering som baserar sig på ett vårdbehov som sjukskötaren konstaterat (*begränsad förskrivningsrätt*).*

Begränsad läkemedelsförskrivning får också införas i sådan öppenvård som ingår i den hälso- och sjukvård kommunen eller samkommunen har ansvar för att ordna och som skaffas på basis av avtal eller på annat sätt för kommunens eller samkommunens räkning.

En förutsättning för begränsad förskrivningsrätt är ett skriftligt förordnande med uppgift om de läkemedel som sjukskötaren får förskriva samt eventuella begränsningar i läkemedelsförskrivningen. *Det skriftliga förordnandet ges av den ansvariga läkaren för den verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården där sjukskötaren är anställd.*

Bestämmelser om den tilläggsutbildning som avses i 1 mom. och den praktiska erfa-

RP 69/2018 rd

Gällande lydelse

utfärdas vid behov genom förordning av statsrådet. För att garantera patientsäkerheten utfärdas det genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet närmare bestämmelser om de läkemedel och sjukdomstillstånd som den begränsade förskrivningsrätten kan gälla. Social- och hälsovårdsministeriet fastställer ett formulär för det skriftliga förordnande som avses i 2 mom.

Föreslagen lydelse

renhet som krävs för begränsad förskrivningsrätt utfärdas vid behov genom förordning av statsrådet. För att garantera patientsäkerheten utfärdas det genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet närmare bestämmelser om de läkemedel och sjukdomstillstånd som den begränsade förskrivningsrätten kan gälla. Social- och hälsovårdsministeriet fastställer ett formulär för det skriftliga förordnande som avses i 3 mom.

Denna lag träder i kraft den _____ *20* .