



Kansallinen erikoissairaanhoidon sairaaloiden ja päivystysten porrasteisuuden, työnjaon ja yhteistyön selvitys

Saatteeksi

Sosiaali- ja terveysministeriön kansliapäällikkö Veli-Mikko Niemi asetti 28.8.2023 työryhmän ja sille ohjausryhmän selvittämään erikoissairaanhoidon sairaaloiden ja päivystysten nykytilaa ja tekemään ehdotuksia tarvittavista säädösmuutoksista. Selvitystä on tarkoitus hyödyntää säädösvalmistelun ja kansallisen ohjauksen tukena.

Selvitystyön tehtävänä oli laatia ehdotuksia erikoissairaanhoidon sairaaloiden ja ympärivuorokautisten terveydenhuollon päivystysten porrasteisuudesta, työnjaosta ja yhteistyöstä kansallisena kokonaisuutena. Selvityksessä tuli arvioida muun muassa väestön palveluntarvetta, eri alueiden erityispiirteitä, osaamisen ja henkilöstön riittävyyttä, laatua ja kustannusvaikuttavuutta. Huomioon tuli ottaa myös valmiuden ja varautumisen näkökulmat.

Sosiaali- ja terveysministeriön ja valtiovarainministeriön edustajien lisäksi jäseniä jokaiselta hyvinvointialueelta oli joko työ- tai ohjausryhmässä. Uuttamaata edustivat HUS-yhtymä ja Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue.

Työryhmä on tehnyt toimeksiantonsa mukaisesti ehdotuksensa sairaaloiden määritelmiksi sekä eri portaiden sairaaloiden palveluprofiiliksi. Ehdotukset on aikataulullisesti porrastettu. Selvitystyössä ei oteta kantaa yksittäisen hyvinvointialueen tai nykyisen yksittäisen sairaalan tai päivystyksen toimipisteen palveluvalikoimaan tai muotoon.

Hallituksen esityksen valmisteluvaiheessa tullaan kuulemaan eri sidosryhmiä alkuvuoden 2024 aikana ja uudelleen varsinaisen lausuntovaiheen aikana.

Selvitystyöstä on valmistumassa yksityiskohtainen raportti taustamateriaaleineen. Raportti julkaistaan sosiaali- ja terveysministeriön julkaisusarjassa alkuvuodesta 2024.



VN/24983/2023

Selvitystyön ohjausryhmän näkemyksen mukaan keskussairaaloiden lukumäärää on vähennettävä, mutta lukumäärän tarkentamiseksi tietopohjaa on vielä täydennettävä ja vaikutusten arviointia syvennettävä säädösvalmisteluvaiheessa. Asiaan liittyen ohjausryhmässä jätettiin lukumäärään liittyviä eriäviä mielipiteitä.

Helsingissä 5.1.2024

Petri Virolainen
työryhmän puheenjohtaja

Sirkku Pikkujämsä
työryhmän varapuheenjohtaja

Anna Cantell-Forsbom
ohjausryhmän puheenjohtaja

Ilkka Luoma
ohjausryhmän varapuheenjohtaja



VN/24983/2023

Eriävä mielipide:

Emme allekirjoita raportin johtopäätöstä siitä, että raportin luvussa ”Työryhmän ehdotukset Vaihe 2” s.17 eteenpäin esitetyt sairaaloiden lukumäärät automaattisesti johtaisivat henkilöstön saatavuuden parantumiseen tai taloudellisesti suotuisampaan kehitykseen.

Kappaleessa ”Työryhmän näkemykset” s. 7 alkaen on ansiokkaasti asiantuntijakeskusteluun perustuen kerrottu mahdollisia vaikutuksia, mutta esimerkiksi toimien aiheuttaman vaihtoehtoiskustannukset ja todelliset henkilöstö- ja talousvaikutukset jäävät tunteiksi.

Tällaisten vaikutusten arviointi vaatii tuekseen laskelmia ja seikkaperäistä keskustelua laskentaoletuksista ja parametreista.

Ohjausryhmän jäsenenä ainoat numerot, joita olemme käsittelyssä olevassa aineistossa nähneet, ovat olleet yksi synnytysten lukumäärää kuvaava taulukko. Tätä taustaa vasten ei mielestämme voi vakavasti esittää mitään arvioita työnjaon mahdollistamista muutoksista liittyivät ne sitten henkilöstön saatavuuteen tai taloudellisiin säästöihin.

Työryhmä on tehnyt hyvää työtä siinä ajassa ja sillä aineistolla, jota on käytettävissä ollut.

Numeerinen analyysi ja seikkaperäisempi vaikutusarvio voivat kuitenkin johtaa myös täysin päinvastaiseen johtopäätökseen, kun kansallista tilannetta peilataan hyvinvointialueiden datan kautta ja huomioidaan vaihtoehtoiskustannukset.

Tämän vuoksi emme muuten ansiokkaan raportin osalta allekirjoita sitä, että jatkovalmistelun lähtökohdaksi voitaisiin automaattisesti ottaa raportissa mainittu viisi yliopistosairaalaa tai 5-8 keskussairaalaa.

5.1.2024

Sally Leskinen
Etelä-Karjalan hyvinvointialuejohtaja

Olli Naukkarinen
Kanta-Hämeen hyvinvointialuejohtaja

Santeri Seppälä
Etelä-Savon hyvinvointialuejohtaja

Minna Korkiakoski-Västi
Keski-Pohjanmaan hyvinvointialuejohtaja



Taustaa

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu siirtyi 1.1.2023 alkaen hyvinvointialueille, Helsingin kaupungille ja HUS-yhtymälle. Valtion ja hyvinvointialueiden on turvattava väestön riittävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut perustuslain ja muun lainsäädännön vaatimusten mukaisesti. Palveluiden saatavuus, saavutettavuus, laatu, vaikuttavuus sekä asiakas- ja potilasturvallisuus on turvattava mahdollisimman yhdenvertaisesti, mutta kuitenkin yhteiskunnan taloudelliset ja henkilöstöresurssit tähän tavoitteeseen sovittaen.

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää haastavat useista syistä kertynyt hoito-, palvelu- ja kuntoutusvelka ja julkisen talouden vaikea tila, mutta erityisesti nopeasti hankaloitunut henkilöstövaje. Osaajien saatavuuden haasteet ilmenevät käytännössä koko Suomessa, kaikissa terveydenhuollon ammattiryhmissä ja lähes kaikissa palveluissa. Väestöprofiili on muuttumassa ikääntyvien osuuden kasvaessa ja huoltosuhteen heiketessä. Tämä lisää palveluntarvetta ja toisaalta haastaa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyyttä entisestään. Jopa kolmasosa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä eläköityy seuraavan kymmenen vuoden aikana.

Toimintaympäristö on merkittävästi muuttunut siitä, kun sairaaloiden ja ympärivuorokautisten terveydenhuollon päivystysten palveluverkko ja hierarkia on muodostunut. Ympärivuorokautisen päivystyksen ja nykyaikaisen erikoissairaanhoidon laadukas toteuttaminen edellyttävät nykyisillä toimintamalleilla huomattavan paljon sekä henkilöstöresursseja että taloudellisia resursseja. Toisaalta esimerkiksi nykyaikainen ensihoitopalvelu sekä teknologian ja etä- ja digipalveluiden kehittyminen ovat tuoneet uusia mahdollisuuksia palveluiden toteuttamiseen. Toimiva sairaala- ja päivystysverkosto on terveydenhuollon kansallisen varautumisen kulmakivi normaalioloissa ja poikkeusoloissa.

Väestörakenne ja väestön sijoittuminen eri puolilla maata on muuttunut ja muuttuu jatkuvasti. Väestö ja samalla työvoima keskittyy kasvukeskuksiin. Väestön ikääntyminen jatkuu ja toisaalta synnytysten ja lasten määrä pienenee, mikä muuttaa palvelutarvetta. Lääketieteen erityisosaaminen on jatkanut jakaantumistaan yhä syvempään erikoistumiseen monilla erikoisaloilla eikä erityisosaajia enää riitä kaikkiin nykyisiin toimipisteisiin. Myös erikoissairaanhoidon työnjakoa, päivystystä ja palveluiden keskittämistä koskevassa lainsäädännössä on havaittu merkittäviä muutostarpeita. Henkilöstövajeen vuoksi on palveluja ja toimintoja, esim. leikkaus- ja vuodeosastotoimintoja jouduttu ajamaan alas lyhyempi tai pidempiaikaisesti.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden turvaamiseksi on syksyllä 2023 käynnistetty sosiaali- ja terveysministeriön Hyvän työn ohjelma. Ohjelmassa on neljä strategista kärkeä: osaamisen vahvistaminen, työn tuottavuuden parantaminen, hyvän työn edellytykset sekä tietopohja-analyysi ja ennakointi. Kaikilla hyvinvointialueilla on aloitettu ohjelman mukaisia toimia. Työvoiman saatavuus on kuitenkin rajoittunut pitkäaikaisesti. Työaikalainsäädännön muutokset ovat johtaneet siihen, että ympärivuorokautinen päivystystyöpanos on yhä enemmän pois päiväaikaan käytettävissä olevasta resurssista. Kasvavasta palvelutarpeesta huolimatta sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastuspalveluiden tehtävissä työskentelevien henkilöiden määrä ei tulevaisuudessa kasva



VN/24983/2023

tarvetta vastaavasti, vaan todennäköisesti vähenee. Työvoimasta on Suomessa pulaa myös muilla sektoreilla. Kilpailu työvoimasta kasvaa ja kohtaamisongelma on merkittävä. Pienenevistä ikäluokista ei voida jatkuvasti kouluttaa entistä suurempaa suhteellista osaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin.

Uudet kehittyneet palvelumuodot, esimerkiksi digitalisaatio, etälääketiede, moderni ensihoitopalvelu ja hyvin varustellut ambulanssit, lääkärihelikopteritoiminta, kotiin vietävät, jalkautuvat ja liikkuvat palvelut, ovat vielä alihyödynnettyjä. Niiden käytössä on merkittävää potentiaalia auttaa vastaamaan väestön palvelutarpeeseen. Erityisesti digitaalisten palveluiden avulla voidaan aiemmin fyysistä kohtaamista edellyttäviä palveluita tuottaa potilaan näkökulmasta lähipalveluna, vaikka osaaminen olisi keskitetty. Tieverkoston kehittyminen on helpottanut maantieteellistä siirtymistä.

Hyvinvointi- ja yhteistyöalueilla on osoittautunut vaikeaksi saada paikallisesti ja alueellisesti aikaan päätöksiä sairaaloiden ja päivystysten palveluverkon osalta. Erikoissairaanhoidosta ja päivystyksestä on haluttu alueilla pitää kiinni – muihin hyvinvointialueen palveluihin käytettävissä olevien henkilöstö- ja taloudellisten resurssien kustannuksellakin. Tämä on johtanut osin epätarkoituksenmukaisiin ratkaisuihin ja osaamisen jakautumiseen sekä työpanoksen hinnan nousuun (ostopalvelut, vuokratyövoima). Mahdollisimman laajan erikoissairaanhoidon palvelujen ylläpitäminen on osin saattanut vaarantaa ja heikentää ennakoivan ja ehkäisevän terveydenhuollon, perusterveydenhuollon ja kotiin vietävien palveluiden saatavuutta. Myöskään poikkeuslupakäytännöt eivät ole osoittautuneet tehokkaiksi ohjaamaan palveluverkon muutoksia, vaan käytännössä palveluverkko pysyy ennallaan. Poikkeuslupa on vaikea olla alueilla hakematta, muilla alueilla puoltamatta ja ministeriössä myöntämättä.

Päivystävät sairaalat ja terveyskeskukset, syksy 2023

-  Laajan päivystyksen sairaala (yliopistollinen)
Helsinki, Turku, Tampere, Kuopio, Oulu
-  Laajan päivystyksen sairaala
Lahti, Lappeenranta, Pori, Seinäjoki, Vaasa, Jyväskylä, Joensuu, Rovaniemi
-  Muu 24/7 yhteispäivystyssairaala
Kotka, Mikkeli, Savonlinna, Hämeenlinna, Kokkola, Kajaani, Kemi
-  Yliopistollista sairaalaa ylläpitävien hyvinvointialueiden muut päivystyssairaalat.
Hyvinkää, Lohja, Porvoo, Oulainen, Salo, Valkeakoski
-  Perusterveydenhuollon ympärivuorokautinen päivystys (STM:n poikkeuslupa)
Forssa, Iisalmi, Ivalo, Jämsä, Kouvola, Kuusamo, Pietarsaari, Raahе, Raasepori, Varkaus



Työ- ja ohjausryhmän kokoonpano

Työryhmä:

Virolainen Petri, hyvinvointialuejohtaja, Päijät-Hämeen hyvinvointialue, (työryhmän puheenjohtaja), Pikkujämsä Sirkku, lääkintöneuvos, sosiaali- ja terveysministeriö, (työryhmän varapuheenjohtaja), Hedman Antti, johtajaylilääkäri, Pohjois-Savon hyvinvointialue, Kinnunen Marina, hyvinvointialuejohtaja, Pohjanmaan hyvinvointialue, Kähärä Kirsti, johtajaylilääkäri, Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue, Miettinen Heikki, johtajaylilääkäri, Keski-Suomen hyvinvointialue, Mäntymaa Marja-Liisa, johtajaylilääkäri, Kymenlaakson hyvinvointialue, Mäenpää Sami, toimialuejohtaja, Kainuun hyvinvointialue, Mäkijärvi Markku, johtajaylilääkäri, HUS-yhtymä, Pietilä Mikko, sairaalapalveluiden johtaja, Varsinais-Suomen hyvinvointialue, Rainesalo Sirpa, johtajaylilääkäri, Pirkanmaan hyvinvointialue, Taskila Jyri J., johtajaylilääkäri, Lapin hyvinvointialue, Turpeinen Miia, yliopistosairaalajohtaja, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue ja Wilén Susanna, toimialuejohtaja, Pohjois-Karjalan hyvinvointialue.

Työryhmän pysyvät asiantuntijat: Sosiaali- ja terveysministeriöstä Blanco-Sequeiros Andreas,



VN/24983/2023

johtaja, Ilkka Lasse, lääkintöneuvos, Mähkä Merituuli, hallitusneuvos ja Papunen Erkki, hallitusneuvos ja valtiovarainministeriöstä Vuorinen Virpi, budjettineuvos.

Ohjausryhmä:

Cantell-Forsbom Anna, osastopäällikkö, sosiaali- ja terveysministeriö, ohjausryhmän puheenjohtaja, Luoma Ilkka, hyvinvointialuejohtaja, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue, ohjausryhmän varapuheenjohtaja, Hakari Kari, osastopäällikkö, sosiaali- ja terveysministeriö, Korhikoski-Västi Minna, hyvinvointialuejohtaja, Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue, Leskinen Sally, hyvinvointialuejohtaja, Etelä-Karjalan hyvinvointialue, Naukkarinen Olli, hyvinvointialuejohtaja, Kanta-Hämeen hyvinvointialue, Puumalainen Taneli, osastopäällikkö, sosiaali- ja terveysministeriö, Rantanen Tanja, budjettineuvos, yksikön päällikkö, valtiovarainministeriö, Sand Juhani, konsernijohtaja, Pirkanmaan hyvinvointialue, Seppälä Santeri, hyvinvointialuejohtaja, Etelä-Savon hyvinvointialue, Svahn Sanna, hyvinvointialuejohtaja, Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue, Varhila Kirsi, hyvinvointialuejohtaja, Satakunnan hyvinvointialue

Asiantuntijasihteerit: Pikkujämsä Sirkku, lääkintöneuvos ja Ilkka Lasse, lääkintöneuvos, sosiaali- ja terveysministeriö

Työryhmän työskentely

Työryhmä on kokoontunut syksyn 2023 aikana 9 kertaa. Lisäksi työskentelyä on tehty alaryhmissä ja sähköpostein. Ohjausryhmä on kokoontunut 6 kertaa.

Työryhmä on hyödyntänyt työssään hyvinvointialueiden viranhaltijoilta, Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselta, Pohjanmaan hyvinvointialueen Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskukselta, kansalliselta Tehohoitokonsortiolta, valmiutta ja varautumista suunnittelevilta tahoilta sekä ministeriöistä saamaansa materiaalia. Tätä kautta selvitystyöhön ovat antaneet panostaan myös monet työ- ja ohjausryhmän ulkopuoliset tahot ja henkilöt.

Työryhmän loppuraportissa kuvataan tarkemmin ehdotusten valmistelussa käytetty taustamateriaali.

Selvityksen näkökulmana on kansallinen terveydenhuollon palvelujärjestelmä ja terveydenhuollon järjestäminen. Sen sijaan esimerkiksi eri hyvinvointialueiden elinvoimaan tai koulutusjärjestelmään liittyvät näkökulmat rajattiin asettamispäätöksessä selvitystyön ulkopuolelle. Niihin liittyvän jatkovalmistelun tarvetta ja näkökohtia on kuitenkin nostettu johtopäätöksissä esiin.



Työryhmän näkemykset (periaatteet)

Yleistä

Nykyinen sairaala- ja päivystysverkko ei ole enää vaihtoehto kansallisesti tarkastellen. Osaajat eivät riitä eikä palvelurakenne ole taloudellisesti kestävä. Julkisten sairaaloiden määrä ei voi nousta ja niiden määrän sekä ympärivuorokautisesti päivystävien ammattilaisrikkien määrän pitää laskea kansallisella tasolla.

Sairaaloiden profiloinnin ja palveluverkon muutosajurit ovat seuraavat – tärkeysjärjestyksessä:

1. Osaajien ja osaamisen riittävyys nyt ja erityisesti tulevaisuudessa. Tämä on edellytys terveydenhuollon laadulle, vaikuttavuudelle ja asiakas- ja potilasturvallisuudelle.
2. Järjestelmän kustannusvaikuttavuus ja kustannusten kasvun hillintä onnistuvat ainoastaan, mikäli osaajia on riittävästi.
3. Valmiuden ja varautumisen näkökulma.

Kunkin hyvinvointialueen, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän on kyettävä varmistamaan järjestämisvastuullaan oleva toiminta. Kaikkea ei kuitenkaan ole mielekästä tai mahdollista tuottaa itse.

Väestöprofiilin ja –määrän sekä työvoiman saatavuuden ja sijoittumisen muutokset on välttämätöntä ottaa jatkossa realistisesti huomioon. Sairaalaverkko ei ole seurannut väestömäärän ja -rakenteen alueellista kehitystä. Sairaala- ja päivystysverkkoa on tiivistettävä, koska väestö keskittyy. Työryhmä ei ole ehdotuksillaan lakkauttamassa sairaaloita tai vuodeosastotoimintaa, mutta osin palveluprofiili muuttuu.

Selvitystyössä on pyritty arvioimaan työvoiman saatavuuden vaikutuksia palvelujärjestelmään nykytilan lisäksi noin 5-10 vuoden perspektiivillä. On ymmärrettävää, että kaikki nykyiset osaajat eivät voi tai ole halukkaita siirtymään toimipisteistä tai työtehtävästä toiseen. Kuitenkin ehdotuksissa on pyritty ottamaan huomioon megatrendit, missä tulevan työvoiman ennustetaan asuvan. Kullakin hyvinvointialueella olisi riitettävä osaajia juuri kyseisen alueen vastuulla oleviin ja/tai vastuulle tuleviin tehtäviin. On ensisijaisesti turvattava käytettävissä olevan resurssin mahdollistamat ja väestön edellyttämät peruspalvelut ja sen jälkeen arvioitava, mitkä erityispalvelut alueella on tarkoituksenmukaista ja mahdollista tuottaa.

Muutokset on toteutettava hallitusti. Siirtymävaiheiden avulla voidaan varmistaa mm. henkilöstön asema, tehtävämuutokset ja rekrytointi sekä mahdollisesti tarvittavat investoinnit (tilat, laitteet) sairaaloiden profiloituessa uudella tavalla. Sopeuttaminen ja toimintojen muuttaminen on varmistettava sairaaloissa, joissa erityistoimintoja siirtyy pois ja vastaavasti vastaanottokyky on varmistettava siellä, mihin toimintaa ja potilaita siirtyy.

Hyvinvointialueiden on oleellista kyetä turvaamaan ja siirtämään painopistettä ennen kaikkea väestön peruspalveluihin ja päivystys-, sairaala- ja vuodeosastotoiminnassa usein tarvittaviin palveluihin ja jatkohoitoon. Vain näin voidaan varmistaa, että oikea potilas saa oikean hoidon oikeaan aikaan oikealla tasolla. Erikoissairaanhoidossa painottuvat erityisesti tietyt



VN/24983/2023

konservatiiviset alat ja psykiatria, kuten esim. eriaisteiset pitkäaikaissairauksien pahenemisvaiheet, sydän-, keuhko-, aivotapahtumat, infektiot sekä ikääntyvän väestön terveysongelmien arviointi ja hoito. Hyvinvointialueiden tulee kyetä varmistamaan integraatio mm. sosiaalipalveluiden kanssa sekä kehittämään alueellisia hoito- ja palvelupolkuja.

Muutokset sairaala- ja päivystysverkossa mahdollistavat ja vauhdittavat uusien toimintamallien käyttöönottoa ja kehittämistä. Näitä ovat mm. digi- ja etäpalvelut, kotisairaala, jalkautuvat ja liikkuvat arviointitiimit, moderni ensihoitopalvelu ja potilassiirrot, kehittyvä lääkärihelikopteritoiminta sekä yhteistyöaluetasoiset ja kansalliset etäpäivystys- ja konsultaatiomahdollisuudet niihin soveltuvilla erikoisaloilla ja palveluissa. Toisaalta ilman näitä muutoksia sairaalaverkko ei voi uudistua riittävästi.

Mitä enemmän tarvitaan erityisosaamisen ammattilaisia tai tiimejä, erityistiloja, laitteita tai välineitä, sitä harvempaan yksikköön tällaiset palvelut tulee keskittää. Vain näin voidaan varmistaa osaaminen ja sen ylläpito sekä yhteiskunnallinen kustannusvaikuttavuus. Kaikki hyvinvointialueet eivät pysty huolehtimaan erityispalveluista, minkä vuoksi on löydettävä tiiviitä yhteistyön muotoja hyvinvointialueiden ja yhteistyöalueiden välillä – myös aluerajat ylittäen.

Väestön näkökulmasta vaativien ja elämässä harvoin tarvittavien erikoissairaanhoidon palveluissa osaaminen ja laatu korostuvat, vaikka saavutettavuus osin heikkenisi. Näissä tilanteissa tärkeää on yleensä varmistaa palvelun saatavuus ja osaava ammattilainen ja tiimi sairaalan seinien sijaan. Aikariippuvaisten hätätilanteiden (aivoverenkiertohäiriöt, sydäntapahtumat) osalta on varmistettava mahdollisimman nopea hoitoon pääsy eri alueilla ja palveluverkon sekä konsultaatiokäytäntöjen on tältä osin oltava riittävät. Hoito voidaan osin aloittaa ja toteuttaa myös etäkonsultaatioiden tuella. Kaikista henkeä uhkaavimmissa tilanteissa on tärkeintä nopea ja osaava ensihoitotoiminta -tarvittaessa lääkärihelikopteritoiminnalla tuettuna- sekä kuljettaminen kattavan palveluvalikoiman sairaalaan. Väestölle, palvelujärjestelmälle ja esimerkiksi ensihoitopalvelulle on tärkeää, että on sovittu ja selkeää, missä mitäkin potilasryhmää hoidetaan.

Vaikka tietyt erikoissairaanhoidon ja päivystyksen palvelut olisivat keskitettyjä, tulee kehittää asiakaslähtöisiä ja saumattomia hoito- ja palvelupolkuja – myös yli hyvinvointi- ja yhteistyöaluerajojen. Tämä koskee sekä palveluita ennen keskitettyjä palveluja, jatkohoitoa ja yhteensovittamista mm. sosiaalipalveluiden kanssa.

Kustannusten jako ja kustannusten hillinnän potentiaali

Työryhmän näkemyksen mukaan sairaala- ja päivystystoiminnan työnjaossa ja palveluverkon tiivistämisessä on välttämätöntä tarkastella nimenomaan henkilöstön ja osaamisen riittävyttä, mikä varmistaa laadun, vaikuttavuuden ja potilasturvallisuuden. Muutoksen on myös oltava kansantaloudellisesti kestävä ja siihen liittyy merkittävää kustannusten hillinnän potentiaalia. Muutos osaltaan mahdollistaa peruspalveluiden vahvistamista ja resurssien kohdentamista niihin.



VN/24983/2023

Hyvinvointialueiden rahoituksesta annetussa laissa (617/2021) säädetään, miten valtion rahoitus myönnetään hyvinvointialueiden järjestämisvastuulle kuuluvien tehtävien kustannusten kattamiseen. Rahoitus myönnetään yleiskatteellisena eli sitä ei ole kohdennettu muutoin tiettyyn tarkoitukseen. Hyvinvointialueiden välisestä kustannusten korvaamisesta säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain 57 §:ssä. Mikäli hyvinvointialue antaa sosiaali- tai terveyspalveluja toisen hyvinvointialueen asukkaalle, on sen hyvinvointialueen, jonka asukas henkilö on, korvattava palvelun antamisesta aiheutuneet kustannukset. Kustannuksilla tarkoitetaan toteutuneita kuluja, jotka ovat aiheutuneet palvelun antamisesta ja joista on vähennetty palvelusta kertyneet toimintatulot.

Työryhmä totesi, että mikäli sairaala- ja päivystysverkkoon tehdään muutoksia ja väestö käyttää palveluita enenevästi myös hyvinvointialuerajat ylittäen, tulee hyvinvointialueiden rahoituksen ja hyvinvointialueiden välisen kustannusten korvaamisen periaatteita arvioida ja kehittää. Hyvinvointialueiden välisten kustannusten jaon tulee olla tasapuolista ja laskutuksen oikeudenmukaista ja läpinäkyvää. Kustannusten ja rahoituksen tulee seurata asiakasta hänen saadessaan palveluita toisen hyvinvointialueen tuottamana.

Nykyisin laskenta- ja hinnoitteluperiaatteet vaihtelevat hyvinvointialueittain paljonkin. Laskutushinnat eivät aina vastaa palvelun tuottamisesta aiheutuneita todellisia kustannuksia. Hyvinvointialueiden välisen laskutuksen ei tule tuottaa ylijäämää palvelun tuottaneelle hyvinvointialueelle. Toisaalta keskitettyjen palveluiden toteuttamisen aiheuttamat lisäkustannukset tulee voida ottaa huomioon hinnoittelussa. Mikäli alue on toteuttanut palvelut kalliisti esimerkiksi ostopalveluiden tai vuokratyövoiman vuoksi, voi keskittämisestä olla taloudellista hyötyä.

Kansallisten kustannuslaskennan ja/tai tuotteistuksen periaatteet on tunnistettu yhdeksi kansalliseksi kehittämiskohteeksi, joka voidaan toteuttaa esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön, valtiovarainministeriön ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen yhteistyönä. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain 57 § antaa mahdollisuuden säätää sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella palvelujen korvausperusteista sekä kustannusten laskutuksesta ja maksamisesta. Valtakunnallisten vastuiden rahoittamista tulisi tarkastella ja se tulee turvata, jotta rahoituspaine kohdistuu koko Suomeen ja kaikkiin hyvinvointialueisiin yhtenevästi.

Sairaala- ja päivystysverkon muutosten tarkkoja kustannuksia hillitseviä vaikutuksia ei tässä vaiheessa voida tarkasti arvioida, koska tässä selvitystyössä ei analysoitu sairaala- tai yksikkökohtaisia toimintoja luovuttavien ja vastaanottavien yksiköiden osalta. Selvitystyössä kustannusvaikuttavuuden arvio perustuu sairaaloiden palvelutarjonnan ja päivystysten vähentämisen (määrä ja toiminta-aika) seurauksena syntyvään suoraan henkilöstösäästöön vaikutukseen. Selvityksessä ei pystytä huomioimaan kaikkia kustannusvaikuttavuuden ulottuvuuksia eikä vaihtoehtoiskustannuksia. Toisaalta ei myöskään sitä, mikä kustannusvaikutus on sillä, että mitään muutoksia ei tehdä.

Kustannusten hillinnän huomattavaa potentiaalia on odotettavissa seuraavilla mekanismeilla, kun:

- Muuttamalla erikoisalakohtaisten päivystysrenkaiden määrää tarvetta vastaavaksi voidaan kansallisella tasolla vähentää päällekkäisyyksiä ja parantaa tehokkuutta.
- Tarvittavan vuokratyövoiman tarve vähenee. Esimerkiksi nykyisissä ympärivuorokautisissa yleislääkäripäivestyksissä on suurelta osin koko lääkäri työvoima hankittu vuokratyövoimana. Ostopalveluiden hinnannousu vielä nykyisestä on edelleen uhkaamassa henkilöstövajeen vuoksi myös tulevaisuudessa.



VN/24983/2023

- Sairaala- ja päivystysverkon edellyttämä kokonaishenkilöstömäärä vähenee ja henkilöstön päiväaikaisen työn optimointi paranee. Erityisesti operatiivinen (ml. synnytykset ja tehohoito) ympärivuorokautinen päivystysvalmius edellyttää huomattavasti päiväaikaista toimintaa suuremman henkilöstön.
- Päivystystä edellyttävien tukipalveluiden (mm. kuvantaminen, laboratorio) henkilöstöresurssia säästyy. Toimintojen siirto ei edellytä vastaanottavissa sairaaloissa merkittävää lisäystä näissä palveluissa.
- Tilojen ja laitteiden käyttöaste nousee ja tarvittavien laitteiden määrä vähenee.
- Palvelun yhdenvertaisuus, laatu ja vaikuttavuus sekä asiakas- ja potilasturvallisuus paranevat, kun henkilökunnan osaaminen on varmistettu ja toiminta on tasalaatuista.
- Hoidon indikaatiot yhtenäistyvät ja parhaat käytännöt saadaan nopeammin käyttöön. Kansallisesti on nykyisin edelleen suuria aluekohtaisia eroja hoidon aiheissa ja määrissä, mitkä eivät ole selitettävissä väestörakenteella tai tarveperusteella.

Jotta päällekkäisiä kustannuksia ei synny, luovuttavan ja vastaanottavan yksikön on sopeutettava ja uudelleen profiloitava omaa toimintaansa

Säädösvalmisteluvaiheessa tärkeää

Työryhmän johtopäätökset ja ehdotukset perustuvat ministeriöiden ja hyvinvointialueiden virkakunnan asiantuntemukseen ja kokonaisanalyysiin työskentelyyn käytävissä olleen ajan ja käytävissä olleen tilannekuvan ja tietopohjan pohjalta. Näin ollen ne osin voivat osoittautua epätäydellisiksi ja edustaa tiettyä kompromisseja.

Säädösvalmisteluvaiheessa tulee tilannekuvaa, ehdotusten toimeenpantavuutta ja aikataulutusta tarkentaa.

Hallitusohjelman mukaisesti vuoden 2024 aikana säädetään kansallisesta sairaaloiden ja päivystysten kokonaisuudesta. Myös erikoissairaanhoidon työnjakoa koskevat säädökset uudistetaan.

Hallitus päättää varsinaiset esityksensä sairaaloiden määritelmiin ja työnjakoon liittyen käynnistyvän ministeriöiden virkavalmistelun ja poliittisen keskustelun pohjalta vuoden 2024 aikana. Hallituksen esityksen valmisteluvaiheessa on välttämätöntä tehdä moninäkökulmainen vaikutusten arviointi sisältäen myös taloudelliset vaikutukset kansallisesti ja hyvinvointialueittain.

Selvitystyön aikana ei ollut mahdollista eikä tarkoituksaan tehdä kattavaa vaikutusten arviointia toiminnallisesta ja taloudellisesta näkökulmasta. Koska hyvinvointialuekohtaiseen tai yksittäisten sairaaloiden tai toimintayksiköiden tarkasteluun ei menty, oli alueellista arviointia mahdotonta ja epätarkoituksenmukaista toteuttaa.

Työryhmä totesi, että säädösvalmisteluvaiheessa tarvitaan lisätietoa ja –valmistelua ainakin seuraavista näkökulmista:

- Aiemman erikoissairaanhoidon keskittämisen ja työnjaon toteutumisen ja vaikutusten arviointi
- Kansallisen tason kustannusvaikuttavuus ja kokonaistaloudelliset vaikutukset



VN/24983/2023

- Toiminnallisten ja taloudellisten vaikutusten arviointi alue-, sairaala- ja yksikkökohtaisesti toimintoja luovuttavien ja vastaanottavien sairaaloiden osalta, mm. tarvittavat lisäinvestoinnit ja -rekrytoinnit
- Laite- ja tilatarpeen vähenemisen kustannussäästöt ja ulosmittaaminen
- Työvoiman saatavuus ammattiryhmittäin ja alueittain
- Vapautuvan henkilöstöresurssin määrä ja uudelleensijoittamisen mahdollisuudet
- Hoidon indikaatioiden ja toimintatapojen yhtenäistymisestä syntyvät taloudelliset hyödyt (yli- ja alihoidon väheneminen)
- Asiakas- ja potilasturvallisuus eri toiminnoissa ja eri alueilla
- Kansainväliset mallit ja benchmarking sairaala- ja päivystysjärjestelyistä ottaen huomioon palvelujärjestelmien erilaisuus
- Hyvinvointialueiden välisten kustannustenjaon ja laskutuksen oikeudenmukaisuuden ja läpinäkyvyyden edistämisen keinot
- Vaihtoehtokustannukset ensihoitoon sekä kuljetuksiin liittyen
- Muutosten vaikutukset ja aikataulu suhteessa alueiden rahoitukseen ja kustannuksiin
- Välillisten vaikutusten arviointi, mm. alueiden elinvoima, koulutusjärjestelmä



Työryhmän ehdotukset

Työryhmän näkemyksen mukaan sairaaloiden portaittaisuudesta, yhteistyöstä ja työnjaosta tulee säätää lailla. Vaikka muutokset tulisivat voimaan ja toimeenpantaisiin ajallisesti jaksottaen, tulee säädökset valmistella samanaikaisesti ja samassa hallituksen esityksessä.

Vaihe 1: 1.1.2026 alkaen. Säädösvalmisteluvaiheessa aikataulu tulee tarkentaa ottaen huomioon mm. hallittu toimeenpano ja potilasturvallisuus.

1. Yöaikaisten erillisten perusterveydenhuollon päivystyspisteiden vähentäminen

- Ympäri vuorokautista perusterveydenhuollon päivystystä voidaan ylläpitää ainoastaan erittäin pitkien etäisyyksien (Ivalo ja Kuusamo) vuoksi.

Perustelut:

- Yleislääketieteen tasoisissa terveysongelmissa yöajan fyysistä läsnäoloa edellyttävän päivystysvalmiuden ylläpito ei tuota riittävästi terveyshyötyä suhteessa sitoutuviin resursseihin (lääkärit, hoitohenkilöstö, tukipalvelut). Resurssi on pois virka-aikaisesta ja laajennettujen aukioloaikojen reservistä.
- Tarjonta luo kysyntää. Väestö käyttää yöaikaista päivystystä, vaikka terveysongelma ei sitä vaatisi, mikäli palvelua tarjolla on. Väestöä pitää ohjata, neuvoa oikea-aikaiseen hoitoon hakeutumiseen. Apuna tässä ovat mm. 116117-palvelu, digitaaliset hoitopolut ja digi/chatklinikat. Näin ei tietyissä terveysongelmissa ole tarvetta yöllä kuormittaa erikoissairaanhoidon ja päivystyksiä. Olemassa olevaa ohjeistusta päivystyksen hoidon kriteereistä tulee noudattaa.
- Hyvinvointialueiden tulee varmistaa väestön palvelutarpeen ja terveysongelmien kiireellisuuden mukainen pääsy sote-keskuksiin virka-aikana, iltaisin ja viikonloppuisin (ns. sote-keskusten akuuttivastaanotto) ja sairaaloiden yhteispäivystyksiin. Näin pystytään hallitsemaan pitkiä etäisyyksiä ja kielellisten oikeuksien toteutumista asiakaslähtöisesti.
- Olemassa on kansalliset kiireellisen hoidon kriteerit sekä aikuisille että lapsille, joita tulisi noudattaa hoidon tarpeen arvioissa ja ohjata potilaat päivä- ja ilta-aikaiseen palveluun yöaikaisen sijaan.
- Väestön yöaikaiseen palvelutarpeeseen voidaan osin vastata uusien palvelumuotojen avulla, joita ovat mm. digi- ja etäpalvelut, osaava ja hyvin varustettu ensihoitopalvelu ja esim. kotiin jalkautuvat/liikkuvat hoitaja-arviointiyksiköt (ikäihmiset, asumispalvelut) sekä kotisairaala.
- Yleislääketieteen tasoisten osastojen yöaikaiset lääkäripalvelut voidaan turvata etäkonsultaatioilla potilasturvallisuuden vaarantumatta. Lisäksi osastot voivat tukeutua ilta- ja viikonloppu-aikaiseen läsnälääkäripäivystykseen.
- Poikkeuslupamenettelystä luovutaan, ja säädetään muulla tavalla mahdollisuudesta ylläpitää pitkien etäisyyksien päässä olevissa yksiköissä perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen ympärivuorokautista päivystystä.



2. Jokaisella hyvinvointialueella (lukuunottamatta Uttamaata) voi olla yksi synnytyssairaala. Myös Uudellamaalla tulee synnytyssairaaloiden määrää vähentää nykyisestä.

Perustelut:

- Koska synnytysten hoitaminen edellyttää varsin raskasta henkilöstöresurssia, jotta potilasturvallisuus voidaan taata, on perusteltua maltillisesti rajata synnytyksiä hoitavien sairaaloiden lukumäärää nykyisestä.
- Poikkeuslupamenettelystä koskien synnytysten lukumääriä luovutaan. Kriteerinä ei käytetä (vv. 2026-2028/30) aiempaa ”vähintään noin 1000 synnytyksen hoitamisesta sairaalassa vuodessa”. Synnytyssairaaloiden lukumäärän sijaan tulee pyrkiä kasvattamaan jäljelle jäävien yksiköiden vuosittaista synnytysten määrää – myös Uudellamaalla.
- Muutoin voimassa olevan päivystysasetuksen (583/2017) 18.2 §:n mukaiset edellytykset toteuttaa synnytystoimintaa ovat ajantasaiset. Näin ollen synnytyksiä hoitavassa sairaalassa on oltava riittävä määrä henkilöstöä, tiloja, välineitä ja laitteita. Henkilöstöresurssia tarvitaan ympärivuorokautisesti naistentautien ja synnytysten, anestesiologian, lastentautien ja kirurgian erikoisalojen lääkäreinä sekä hoitohenkilöstön osalta kättilöinä ja leikkaustoiminnassa avustavana henkilökuntana sekä tukipalveluissa.
- Pitkien etäisyyksien hallintaa ja kielellisten oikeuksien toteutumista pystytään varmistamaan hyvän ja suunnitelmallisen äitiyshuollon, raskaana olevien ohjauksen ja neuvonnan, potilashotellitoiminnan ja synnytyksiä hoitavien sairaaloiden henkilöstön osaamisen kehittämisellä.

3. Jokaisella hyvinvointialueella (lukuunottamatta Uttamaata) voi olla yksi sairaala, jossa voi toteuttaa konservatiivisten ja operatiivisten erikoisalojen ympäri vuorokautista päivystystä, leikkaustoimintaa sekä tehohoitoa ja –valvontaa. Uudenmaan osalta näiden sairaaloiden määrää ja palveluvalikoimaa on arvioitava vastaavin periaattein.

Perustelut:

- Terveystieteiden huollon laatu, vaikuttavuus ja potilasturvallisuus edellyttävät ympärivuorokautisesti toimivassa sairaalassa kullakin erikoisalalla huomattavan monipuolista sekä määrältään ja osaamiseltaan vakaata henkilöstöresurssia niin lääkäreissä, hoitajissa kuin tukipalveluissa. Erityisen raskasta henkilöstöresurssin kannalta on ympärivuorokautisen leikkaustoiminnan edellyttämien tiimien valmiuden ylläpito.
- Nykyinen Suomen ympärivuorokautisesti päivystävien sairaaloiden verkko on liian tiheä. Osaavaa henkilöstöä ei pystytä turvaamaan nykyisellä palveluvalikoimalla jokaiseen nykyiseen päivystävään sairaalaan ilman epätarkoituksenmukaisia järjestelyjä tai kustannuksia (vrt. vuokratyövoima eri ammattilaisryhmissä).
- Suomessa on nykyisin viisi sellaista ympärivuorokautisesti yhteispäivystävää sairaalaa, jota ylläpitävällä hyvinvointialueella on myös joko yliopistollinen sairaala tai keskussairaala. Tällaisten sairaaloiden operatiivisen ympärivuorokautisen päivystystoiminnan ja päivystystä edellyttävän kirurgisen toiminnan siirtäminen isompaan



VN/24983/2023

sairaalaan on perusteltua ja vapauttaa henkilöstö- ja muita resursseja kohdennettavaksi hyvinvointialueen muihin toimintoihin. HUS-alueella tällaisia sairaaloita on kaksi. Myös Uudellamaalla operatiivisen toiminnan tiivistäminen on välttämätöntä.

- Siirtymävaiheen 2026-2030 aikana näissä tietyissä sairaaloissa voi toteuttaa sellaista päiväaikaista kirurgista toimintaa, mikä ei edellytä ympärivuorokautista operatiivista päivystystä (päiväkirurgia, lyhki) edellyttäen, että muun muassa keskittämisen- ja päivystysasetusten edellytykset leikkaustoiminnalle muutoin täyttyvät. Leikkaustoiminta ei voi laajentua nykyisestä uusiin sairaaloihin.
- Väestörakenne ja väestön ikääntyminen edellyttävät useilla hyvinvointialueilla toiminnan painotuksen siirtämistä asteittain konservatiivisten erikoisalojen ja yleislääketieteen vuodeosastotoimintojen sekä erityyppisten kuntoutus- ja arviointiyksiköiden suuntaan. Sairaaloiden ja vuodeosastojen toiminnan tulee muuttua väestörakenteen tarpeita vastaavaksi. Konservatiivisten alojen ympärivuorokautinen päivystys olisi mahdollista näissä sairaaloissa väestön palvelutarpeen mukaisesti.
- Potilasvirtojen osalta sairaaloiden yhteistyötä ja työnjakoa tulee tarkastella yli hyvinvointi- ja yhteistyöalueiden rajojen erikoisaloittain ja päivystystoiminnoittain. Hyvinvointialueet voivat sopia tietyn erikoisalan palveluiden toteuttamisesta vain tietyissä sairaaloissa tai yhteisestä henkilöstöressista.
- Kohdan 2 synnytyssairaalan ja kohdan 3 ympärivuorokautisesti päivystävän sairaalan tulee hyvinvointialueella olla sama sairaala.

4. Anestesiassa tehtävät toimenpiteet

Hyvinvointialueille mahdollisuus tuottaa anestesiaa edellyttäviä pientoimenpiteitä myös muutoin kuin ympärivuorokautisen yhteispäivystyksen yhteydessä.

Perustelut:

- Terveydenhuoltolain (1326/2010) 45.3 §:n säännöstä siitä, että leikkaustoiminta, joka edellyttää leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa, tulee kokonaisuudessaan koota niihin sairaaloihin, joissa on ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys, on osin mahdollista lieventää potilasturvallisuuden vaarantumatta koskemaan sellaisia soveltuvia toimenpiteitä, johon potilas tulee kotoa ja lähtee kotiin samana päivänä. Tällaisia kevyempiä toimenpiteitä ovat muun muassa anestesiassa tehtävä suun terveydenhuolto, psykiatrinen sähköhoito, sydämen rytminsiirto ja polikliinistyyppinen eri erikoisalojen pienkirurgia (esim. patit, ihomuutokset, korva-, nenä- ja kurkkutautien ja silmätautien tietyt toimenpiteet).
- Lääketiede kehittyy jatkuvasti ja erityyppisiä toimenpiteitä pystytään tekemään potilaan saaman lyhyen anestesian turvin turvallisesti myös muuten kuin yhteispäivystyksen tai laajan palveluvalikoiman sairaalan välittömässä läheisyydessä.
- Työryhmän näkemyksen mukaan nämä toimenpiteet on määriteltävä säädöksissä siten, että toiminta ei lähde laajenemaan varsinaista kirurgista toimintaa hajauttavaan suuntaan alueellisilla päätöksillä. Esimerkiksi tekonivelkirurgia tai merkittäviä laiteinvestointeja (esim. robotologia) edellyttävä kirurgia ei voi lähteä laajenemaan, vaikka niitä voitaisiin tehdä päiväkirurgisesti.



VN/24983/2023

- Toimintaa, joka edellyttää varsinaisia leikkaussaliolosuhteita, postoperatiivista vuodeosastohoitoa, pitkää heräämöseurantaa tai kirurgista päivystystä, ei ole henkilöstön riittävyyden näkökulmasta mahdollista laajentaa uusiin yksiköihin eikä varsinaisten leikkaavien sairaaloiden lukumäärä voi kasvaa.
- Mikäli säädöksillä mahdollistetaan laaja leikkaus- tai muiden toimenpiteiden hankinta yksityissektorilta, on vaarana henkilöstön siirtyminen julkiselta sektorilta yksityissektorille, mikä vaarantaa sairaalapäivystyksen toteuttamisen. Omaa laajaa osaajapoolia yksityissektorilla ei ole.

5. Valmius ja varautuminen

Sairaala- ja päivystystoiminnan ja -verkon on kyettävä reagoimaan erilaisiin poikkeus- ja häiriötiloihin hyvinvointialueen, yhteistyöalueen ja kansallisella tasolla.

Häiriö- ja kriisitilanteissa organisaatioita johdetaan voimassa olevien johtosuhteiden ja voimassa olevien valmiussuunnitelmien mukaisesti. Tehtävien painotuserojen muutokset tai kokonaan uudet tehtävät hoidetaan ensisijaisesti olemassa olevilla organisaatioilla niitä tarpeen mukaisesti vahvistamalla tai muutoin mukauttamalla ottaen huomioon normaaliaikoina tehty työnjako. Jokainen hyvinvointialue vastaa alueensa tilannekuvan luomisesta ja johtamisesta. Yhteistoiminta-alueen tilannekuvaa ylläpidetään yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen valmiuskeskuksessa.

Alueellisesti ja kansallisesti suunnitellaan, miten sairaalatoimintaa voidaan tarpeen vaatiessa hajauttaa olemassa olevaan infraan (ml. yksityinen terveydenhuolto). Tilanteen pitkittyessä tai mikäli häiriötilanne kohdistuu useammalle kuin yhdelle hyvinvointialueelle tarvitaan hyvinvointialuerajat ylittävää yhteistyötä. Tämä edellyttää yhteistyöaluetasosta ja/tai kansallista yhtenäistä tilannekuvaa, mikä perustuu niin sanotun viiden alueen/valmiuskeskuksen mallille. Toiminnan johtamisvastuu voi siirtyä toiselle hyvinvointialueelle tai kansalliselle tasolle. Lainsäädäntöä kehitetään selkeyttämään erilaisten häiriötilanteiden johtovastuita. Jokaisella hyvinvointialueella tulee olla kykyä laajentaa johtamisvastuutaan. Häiriötilanne voi edellyttää potilas- ja henkilöstösiirtoja hyvinvointialueiden sisällä ja välillä tai voi johtaa sairaaloiden työnjaon ja porrastuksen väliaikaiseen muutokseen.

Poikkeusoloissa tilannekuvaa, sairaaloiden keskinäistä työnjakoa sekä terveydenhuollon palveluiden sisältöä ja kriteereitä voidaan määritellä uudelleen edellyttämällä tavalla normaaliloista poikkeavasti.



Työryhmän ehdotukset

Vaihe 2: 1.1.2028 alkaen tai kuitenkin viimeistään 1.1.2030

alkaen. Säädosvalmisteluvaiheessa aikataulu tulee tarkentaa ottaen huomioon mm. hallittu toimeenpano ja potilasturvallisuus.

Suomen sairaala- ja päivystysverkkoa on edelleen tiivistettävä vuosikymmenen loppupuolen aikana, jotta erikoissairaanhoidon erityisosaaminen sekä toiminnan laatu, vaikuttavuus ja potilasturvallisuus pystytään turvaamaan ottaen huomioon väestörakenteen sekä väestön ja työvoiman sijoittumisen sekä muut näkökulmat.

Työryhmä ehdottaa sairaaloita profiloitavaksi toimintojen laajuuden mukaisesti Profiilit 1-3 säädettäisiin sairaaloittain eikä hyvinvointialue- tai yhteistyöalue voisi nostaa sairaaloidensa profiilia omilla päätöksillään.

Sairaaloiden portaat

1. Viisi yliopistosairaala:

- Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain (612/2021) 34 a §:n mukaiset yliopistollisen sairaalan tehtävät eli perustason, vaativan tason ja erityistason erikoissairaanhoidon sekä yliopistollisessa sairaalassa toteutettava koulutus-, tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminta sekä tässä tai muussa laissa yliopistollisessa sairaalassa hoidettaviksi säädetyt tehtävät.
- Yhteistyöalueen sairaaloiden koordinoituvastuu elektiivisen ja päivystystoiminnan sekä valmiuden ja varautumisen osalta
- Kehitetään kansallista työnjakoa yliopistosairaaloiden välillä sekä luodaan kansallisia päivystysrinkejä erikoisaloilla, joilla etälääketiede antaa siihen mahdollisuudet.
- Yliopistollisilla sairaaloilla on erittäin suuri merkitys alueellisesti osaavan henkilöstön - lääkäreiden, erikoislääkäreiden ja muun terveydenhuollon henkilöstön - saatavuuden näkökulmasta.

2. Viisi-kahdeksan keskussairaala hallittavan muutoksen mahdollistavalla siirtymäajalla

Nämä keskussairaalat palvelisivat yhdessä yliopistosairaaloiden kanssa koko väestöä.

- Sairaaloiden määrä tai niiden vastuu ei perustu hyvinvointi- tai yhteistyöaluerajoihin vaan kansalliseen kokonaistarpeeseen.
- Keskussairaaloiden valintaperusteet tulee määritellä tarkemmin säädosvalmisteluvaiheessa siten, että otetaan huomioon väestön palvelutarve ja sijoittuminen, työvoiman saatavuus, riittävyys ja sijoittuminen, nykyinen sairaaloiden infrastruktuuri, laatu, vaikuttavuus ja asiakas- ja potilasturvallisuus, etäisyydet ja kielellisten oikeuksien toteutuminen sekä valmiuden ja varautumisen näkökulmat.



VN/24983/2023

- Keskussairaaloissa on monierikoisalainen ympärivuorokautinen päivystys niillä operatiivisilla ja konservatiivisilla erikoisaloilla, joilla päivystystä edellytetään ja joita ei ole keskitetty yliopistosairaaloihin, teho-osasto, synnytysten hoito ja ympärivuorokautinen leikkaussalivalmius
- Keskussairaaloitten väliseen yhteistyöhön ja työnjakoon – erityisesti mm. päivystyksessä ja päivystysringeissä - kannustettaisiin ja ohjattaisiin ja siitä voitaisiin myös sopia yhteistyöalueiden sisällä ja niiden välillä. Pääsääntöisesti kunkin keskussairaalan tulisi olla toiminnoissaan henkilöstöresurssin järjestämisen näkökulmasta omavarainen sen mukaisesti, mikä sen rooliksi ja palveluvalikoimaksi on sovittu. Sairaalan henkilöstöresurssin järjestelyt eivät saa hankaloittaa muiden sairaaloitten henkilöstön riittävyttä eivätkä tulla hinnaltaan kohtuuttoman korkeaksi (esim. epätarkoituksenmukainen vuokratyövoiman käyttö).
- Näissä ja yliopistollisissa sairaaloissa on olemassa olevan resurssin hyväksikäyttöä mahdollista parantaa laajentamalla elektiiivistä diagnostiikka-, poliklinikka- ja leikkaustoimintaa ilta-aikaan ja viikonloppuun.

3. Akuuttisairaalat

Osa nykyisistä keskussairaaloista ja tietyistä muista sairaaloista.

- Jokaisella hyvinvointialueella (lukuunottamatta Uttamaata) on yksi akuuttisairaala -tasoinen ympärivuorokautisesti, eli siis yöaikaankin, päivystävä sairaala **ellei** siellä ole kohdissa 1 tai 2 kuvattua keskus- tai yliopistosairaala. Uudenmaan alueen sairaalat on arvioitava samojen periaatteiden mukaan.
- Akutologinen ympärivuorokautinen päivystys tarvittavilla erikoisaloilla painottuen konservatiivisiin erikoisaloihin mutta tarvittaessa myös esim. anesthesiologia, psykiatria
- Aikariippuvaiset hoidot (kardiologia, neurologia), tehovalvonta, potilaan saattaminen siirtokuntoon
- Soveltuvien erikoisalojen osalta osa päivystyksestä toteutetaan ja annetaan hoito-ohjeet etäkonsultaatioina yhteisinä päivystysrinkeinä yhteistyöalueilla tai kansallisesti.
- Virka-aikana väestön palvelutarpeen mukainen ja tarkoituksenmukainen eri erikoisalojen polikliininen toiminta
- Virka-aikaista sellaista operatiivista toimintaa, joka ei edellytä ympärivuorokautista leikkaussalivalmiutta potilasturvallisuuden toteutumiseksi.
- Perus- ja erikoissairaanhoidon raja on sairaalahoidon osalta hämärtyvässä ja menettämässä merkitystään.
- Sairaaloissa **Ei** ole 24/7 leikkaussalivalmiutta, ei synnytysten hoitoa eikä tehohoitoa

Akuuttisairaalan määritelmästä ja niiden alueellisesta lukumäärästä on työryhmässä eriävä näkemys. Tämän näkemyksen mukaan tietyin erityisperustein (väestön palvelutarve, huomattavan pitkät etäisyydet, rajat ylittävä terveydenhuolto ja erityisesti siihen liittyvä valmius- ja varautuminen kriisitilanteissa) Lapin hyvinvointialueelle tulisi antaa mahdollisuus ylläpitää myös toista korkeintaan akuuttisairaala -tasoista sairaalaa keskussairaalan tai yhden akuuttisairaalan lisäksi.



VN/24983/2023

4. Sote-keskusten osastot

- Väestön palvelutarpeen mukaiset esimerkiksi yleislääketieteen tai geriatrian erikoisalan osastot sote-keskusten yhteydessä
- Potilasturvallisuus ei edellytä ympärivuorokautista (yöaikaista) lääkärin läsnäolopäivystystä. Yöaikainen etäkonsultaatiomahdollisuus.
- Sote-keskuksen akuuttivastaanoton ilta- ja viikonloppuaikaisella yleislääkäritoiminnalla voidaan tukea osastojen laatua, vaikuttavuutta, tehokkuutta ja potilasturvallisuutta
- Hyvinvointialue voi omalla päätöksellään ylläpitää väestönsä tarvitsemia osastoja sekä varmistaa muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon integraation toteutumista.
- Sote-keskuksissa voi olla hyvinvointialueen päätöksillä polikliinista toimintaa väestön tarpeen mukaisilla erikoisaloilla sekä anestesiaa vaativia kevyttoimenpiteitä.

Hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon muunlaiset yksiköt esimerkiksi kuntoutus- tai arviointiyksiköt, kotiutusyksiköt, asumisyksiköitä eivät ole määritelmältään sairaaloita eivätkä osastoja. Niissä voidaan kuitenkin toteuttaa kotisairaalahoitoja.