

Luonnos 19.5.2016

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta

ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ

Esityksessä ehdotetaan muutettavaksi terveydenhuoltolain erikoissairaanhoidon keskittämistä, ensihoitoa ja kiireellistä hoitoa koskevia säännöksiä sekä sosiaalihuoltolain sosiaalipäivystystä ja sosiaalihuollon saatavuutta ja saavutettavuutta koskevia säännöksiä.

Esityksen mukaan päivystysjärjestelmä muutettaisiin siten, että maassa olisi 12 ympärivuorokautista laajan päivystyksen yksikköä, joissa olisi useiden erikoisalojen päivystys ja sosiaalipäivystys. Laajan päivystyksen yksikössä olisi valmiudet erityistilanteiden hoitamiseen ja mahdollisuus tukea muita päivystysyksiköitä. Muissa keskussairaaloissa järjestettäisiin ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys, joka sisältäisi tavallisimmin tarvittavien erikoisalojen päivystyksen ja sosiaalipäivystyksen. Lisäksi lähipalveluina järjestettävää kiireellistä vastaanottotoimintaa vahvistetaan.

Asiakasturvallisuuden sekä sosiaalipalvelujen laadun ja vaikuttavuuden takaamiseksi sosiaalipalveluja voitaisiin keskittää valtakunnallisesti tai alueellisesti järjestettäviksi terveyspalvelujen tai tarpeen mukaan muiden palvelujen yhteydessä. Saumattoman palvelun toteuttamiseksi sekä kiireettömän että kiireellisen hoidon yhteydessä tulisi arvioida mahdollinen sosiaalihuollon tarve.

Sosiaalipäivystystä olisi järjestettävä sekä laajan ympärivuorokautisen terveydenhuollon päivystysyksikön yhteydessä että erikoissairaanhoidon yhteispäivystyksen yhteydessä. Velvoitetta psykososiaalisen tuen järjestämiseen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä osana kiireellistä hoitoa selkeytettäisiin. Kaikissa päivystystä toteuttavissa yksiköissä tulisi olla riittävät voimavarat ja osaaminen.

Esityksessä säädetään erikoissairaanhoidon työnjaosta osoittamalla tiettyjä tehtäviä valtakunnallisesti vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan sekä alueellisesti viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai vastaavan tasoiseen sairaalaan taikka 12 laajaa päivystystä ylläpitävään sairaalaan. Leikkaustoiminta, joka edellyttää leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa, koottaisiin niihin sairaaloihin, joissa on ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys.

Ensihoitopalvelussa erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen tehtäviä palvelutasopäätöksen laatimisessa, ohjeistuksen yhteen sovittamisessa ja valmiussuunnittelussa vahvistetaan.

Esitys liittyy valtion vuoden 2017 talousarvioon.

Lait on tarkoitettu tulemaan voimaan 1 päivänä tammikuuta 2017.

YLEISPERUSTELUT

1 Johdanto

Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä aluehallinnon uudistuksen valmistelu on käynnissä. Uudistuksessa valmisteltavien uusien järjestämisrakenteiden on tarkoitus tulla voimaan vuoden 2019 alusta. Tässä esityksessä ehdotettujen muutosten tavoitteena on muuttaa terveydenhuollon ja sosiaalipäivystyksen rakenteita sote-uudistuksessa tavoiteltujen rakenteiden suuntaan, vahvistaa integraatiota ja asukkaiden kokonaisvaltaista auttamista sekä poistaa laadullisia eroja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen välillä. Tässä esitetyt muutokset kohdistuvat nykyisiin sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteisiin ja lainsäädäntöön, mutta tämän esityksen säännökset tullaan myöhemmin sovittamaan yhteen sosiaali- ja terveydenhuollon ja aluehallinnon uudistusta koskevien säännösten kanssa.

Pääministeri Juha Sipilän hallituksen ohjelman liitteen 6 mukaan alueellisen erikoissairaanhoidon järjestämisen tehostamiseksi säädetään kunnille velvoite ohjata tiettyjä vaativia leikkauksia sairaanhoitopiirissään tai muualla sellaisille terveydenhuollon yksiköille, jotka täyttävät tietyt osaamista tukevat vähimmäiskriteerit. Terveydenhuoltolain 45 §:n nojalla annetun erityistason sairaanhoidon järjestämisestä ja keskittämisestä annettua asetusta (336/2011) tarkistetaan siten, että siinä säädetään tarkemmin keskitettävän erityistason sairaanhoidon sisällöstä ja hoitoa antavista yksiköistä. Liitteen mukaan keskittämisestä johtuvan kuntien kustannusten säästön karkea arvio vuodesta 2016 lähtien on aluksi 50–100 M€ vuosittain, mutta pidemmällä aikavälillä säästö voi olla merkittävästi suurempikin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon reformia koskevassa linjauksessaan 7 päivänä marraskuuta 2015 hallitus päätti, että laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköitä on 12 kappaletta. Muut nykyiset keskussairaalat jatkavat ympärivuorokautisen suppeamman päivystystoiminnan yksikköinä, joita 12 laajan päivystystoiminnan sairaalayksikön verkosto ja ensihoitojärjestelmä tukevat. Yliopistollisina sairaaloina jatkavat nykyiset viisi sairaalaa.

Kiireellisen hoidon keskittyminen edellyttää tarkistuksia ensihoidon säännöksiin. Muutoksilla tavoitellaan sitä, että ensihoitopalveluiden suunnittelua toteutettaisiin suuremilla alueilla, jotta ensihoito voisi toimia hyvässä yhteistyössä kiireellistä hoitoa antavien yksiköiden kanssa.

2 Nykytila

2.1 Lainsäädäntö ja käytäntö

Erikoissairaanhoidon työnjako

Terveydenhuoltolain (1326/2010) 45 §:ssä säädetään erikoissairaanhoidon keskittämisestä. Sen mukaan osa erityistason sairaanhoitoon kuuluvista toimenpiteistä ja hoidosta voidaan keskittää valtakunnallisesti joillekin erityisvastuualueille. Terveydenhuoltolain 3 §:ssä on määritelty erityistason erikoissairaanhoidoksi sairaanhoito, joka sairauden

harvinaisuuden, erikoissairaanhoidon vaativuuden tai erikoissairaanhoidon järjestämisen asettamien erityisten vaatimusten perusteella on sellaiseksi valtioneuvoston asetuksella säädetty.

Terveydenhuoltolain nojalla on annettu valtioneuvoston asetus erityistason sairaanhoidon järjestämisestä ja keskittämisestä. Asetuksessa on määritelty valtakunnallisesti keskitettäväksi erityistason sairaanhoidoksi harvempaan kuin viiteen yliopistosairaalaan tai vastaavaan terveydenhuollon toimintayksikköön keskitettävä hoito. Alueellisesti keskitettävällä erityistason sairaanhoidolla tarkoitetaan erityisvastuualueella yliopistolliseen sairaalaan tai muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan keskitettävää hoitoa.

Asetuksen mukaan valtakunnallisesti keskitettävään erityistason sairaanhoitoon kuuluvat toiminnot, jotka ovat harvinaisia ja vaativat korkeatasoista lääketieteellistä osaamista tai välineistöä taikka erityisen vaativaa monialaista hoitoa ja hoitoon välittömästi liittyvää lääkinnällistä kuntoutusta. Asetuksen 5 §:ssä on määritelty diagnooseihin perustuen tehtävien jako yliopistollisten sairaaloiden kesken.

Asetuksessa on säädetty alueellisesti keskitettävästä erityistason sairaanhoidosta siten, että erityisvastuualueella sovitaan sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien kesken hoitojen keskittämisestä. Keskittämisen perusteena tulee olla yhtenäiset hoidon perusteet, potilasturvallisuus, hoidon laatu sekä henkilöstön saatavuus ja riittävä osaaminen. Erityisesti tulee ottaa huomioon tutkimukset, toimenpiteet ja hoidot, jotka niissä on sairauksien harvinaisuuden, hoidon vaativuuden tai sen järjestämisen asettamien erityisten vaatimusten perusteella tarkoituksenmukaista keskittää alueellisesti.

Terveydenhuoltolain nojalla laadittavassa erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa on sovittava erityisvastuualueeseen kuuluvien sairaanhoitopiirien työnjaosta ja toiminnan yhteen sovittamisesta.

Kiireellinen hoito ja päivystys

Terveydenhuoltolain 50 §:ssä säädetään kiireellisestä hoidosta. Kiireellinen sairaanhoito, mukaan lukien kiireellinen suun terveydenhuolto, mielenterveyshoito, päihdehoito ja psykososiaalinen tuki, on annettava potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta.

Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista.

Kiireellisen hoidon antamista varten kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä ympärivuorokautinen päivystys. Päivystystä toteuttavassa yksikössä on oltava riittävät voimavarat ja osaaminen, jotta hoidon laatu ja potilasturvallisuus toteutuvat. Päivystyspisteistä ja niiden työnjaosta on sovittava terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa ja erikoissairaanhoidon osalta erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa. Päivystyspisteistä päätettäessä on otettava huomioon alueen ensihoitopalvelu, päivystyspisteiden väliset etäisyydet sekä väestön palvelutarve.

Kiireelliseen hoitoon otettu potilas voidaan siirtää hänen kotikuntansa perusteella määrättyyn jatkohoitopaikkaan, kun potilasturvallisuus ja vastaanottavan yksikön mahdollisuus järjestää tarpeellinen jatkohoito on varmistettu.

Kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen järjestämisen erikoisalakohtaisista edellytyksistä voidaan tarvittaessa säätää tarkemmin sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella. Säännöksen nojalla on annettu sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä (782/2014).

Asetuksen mukaan kunnan tai kuntayhtymän on huolehdittava siitä, että kiireellistä hoitoa on saatavilla kaikkina vuorokauden aikoina joko kiireettömän hoidon yhteydessä tai erillisessä päivystystä toteuttavassa yksikössä (*päivystysyksikössä*). Ympäri vuorokautinen päivystys on järjestettävä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystyksenä, ellei saavutettavuus- ja potilasturvallisuusnäkökohdista muuta johdu.

Sosiaali- ja terveysministeriö voi myöntää hakemuksesta luvan perusterveydenhuollon ympärivuorokautisen erillispäivystyksen järjestämiseen. Sosiaali- ja terveysministeriö on myöntänyt poikkeusluvut perusterveydenhuollon erillispäivystyksen järjestämiseen Kolarin, Kittilän ja Muonio-Enontekiön kunnille, Kemijärven kunnalle ja Pellon kunnalle 31.12.2015 asti sekä Inarin kunnalle, Kuusamon kaupungille, Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymälle, Ylä-Savon sote-kuntayhtymälle (Iisalmi), Rauman kaupungille ja Varkauden kaupungille 1.6.2017 asti.

Lisäksi asetuksessa säädetään päivystysyksikön henkilöstöstä, johtamisesta ja toimintaedellytyksistä sekä päivystysyksikön toiminnasta. Päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä on säädetty erikoisaloittain.

Asetuksen mukaan synnytyksiä hoitavassa sairaalassa tulee olla vähintään 1000 synnytystä vuodessa ja sen lisäksi sairaalan tulee täyttää asetuksessa säädetyt laatuvaatimukset. Sosiaali- ja terveysministeriö voi myöntää hakemuksesta luvan poiketa 1000 synnytysten määrästä, mikäli palvelun saavutettavuus tai potilasturvallisuus sitä edellyttää. Sosiaali- ja terveysministeriö on myöntänyt määräaikaiset poikkeusluvut synnytysten hoitamiseen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirille Porvoon sairaalassa 31.12.2016 asti, Etelä-Savon sairaanhoitopiirille Mikkelin keskussairaalassa, Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymälle Kainuun keskussairaalassa, Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirille Länsi-Pohjan keskussairaalassa 1.6.2017 asti sekä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirille Salon aluesairaalassa 30.6.2017 asti.

Ensihoitopalvelu

Ensihoitopalvelu on ollut voimakkaan kehityksen kohteena viimeisten 10–15 vuoden aikana. Ennen terveydenhuoltolain voimaantuloa ensihoito - silloisella toimintaa kuvaavalla nimellä sairaankuljetus - oli terveyskeskusten ja terveyskeskuskuntayhtymien järjestämisvastuulla, eli järjestäjiä oli yli 300. Lisäksi palveluntuotanto oli hyvin hajanaisesti järjestettyä.

Terveydenhuoltolain myötä palvelun viralliseksi nimeksi tuli toimintaa kuvaten ensihoitopalvelu. Lisäksi järjestämisvastuu siirtyi 20 sairaanhoitopiirille, ja viiden erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien yhteisille ensihoitokeskuksille tuli velvoitteet toiminnan ohjaamisessa ja yhtenäistämässä. Sairaanhoitopiirit vastaavat ensihoitopalvelun palvelutason määrittämisestä ja määrittävät kriteerit henkilöstön koulutus- ja osaamistasolle. Ensihoitojärjestelmään johtamiseen tuli uudistuksessa uutena elementtinä kenttäjohtajajärjestelmä, jossa kullakin sairaanhoitopiirillä tulee olla ensihoidon kenttätoiminnan joh-

taja ympäri vuorokauden. Terveystieteiden mukaisesti sairaanhoitopiiri voi tuottaa ensihoitopalvelua itse, tehdä yhteistoimintasopimuksen alueellisen pelastuslaitoksen kanssa tai kilpailuttaa palvelut yksityissektorilla.

Erityisvastuualueiden ensihoitokeskusten tehtäväksi tuli ensihoitolääkäripäivystyksen järjestäminen ja ensihoitopalvelun lääketieteellinen johtaminen. Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien kuntayhtymien on sovittava ensihoitokeskuksen tehtävien järjestämisestä erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa. Ensihoitokeskuksen tehtävänä on vastata alueensa ensihoitopalvelun lääkäritasoisesta päivystyksestä, suunnitella ja päättää lääkärihelikopteritoiminnasta erityisvastuualueellaan, sovittaa yhteen alueensa hoitoyhteisöjen väliset suunnitellut potilassiirrot, vastata sosiaali- ja terveystoimen viranomaisradioverkon aluepääkäyttötoiminnoista sekä osaltaan viranomaisten kenttätietojärjestelmän ylläpidosta sekä sovittaa yhteen Hätäkeskuslaitokselle annettavat terveystoimen hälytysohjeet.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella ensihoitopalvelusta (340/2011) säädetään tarkemmin ensihoitopalvelun tehtävistä, ensihoidon palvelutasopäätöksen määrittelyn perusteista ja rakenteesta, ensihoitopalveluun osallistuvan henkilöstön tehtävien määrittelyn perusteista ja koulutusvaatimuksista, ensihoitopalvelun perus- ja hoitotason määrittämisestä, ensivastetoiminnasta sekä erityisvastuualueen sairaanhoitopiirin ensihoitokeskuksen tehtävistä.

Sosiaalipäivystys

Sosiaalipäivystyksellä tarkoitetaan välttämättömien ja kiireellisten sosiaalipalvelujen ja muiden tukitoimien järjestämistä siten, että henkilön tarvitsema välitön turva ja huolenpito voidaan antaa erilaisissa sosiaalisissa hätä- ja kriisitilanteissa vuorokauden ajasta riippumatta.

Sosiaalipäivystystoiminta rakentui Suomessa nykyisiin uomiinsa pääosin 2000 -luvun alkupuolella, kun valtioneuvoston periaatepäätös vuodelta 2003 velvoitti kunnat järjestämään sosiaalipäivystyksen vuoteen 2007 mennessä. Sosiaalipäivystystä järjestetään koko maassa, mutta järjestämistavat vaihtelevat maan eri osissa.

Sosiaalipäivystyksen järjestämisestä säädetään sosiaalihuoltolain (1301/2014) 29 §:ssä. Velvoitteita ympärivuorokautisen sosiaalipäivystyksen järjestämiseen sisältyy myös useisiin muihin voimassa oleviin säännöksiin. Sosiaalihuoltolain 12 §:ssä säädetään jokaisen kunnassa oleskelevan henkilön oikeudesta kiireelliseen sosiaalihuoltoon. Säännöksen mukaan jokaisella kunnassa oleskelevalla henkilöllä on oikeus saada kiireellisessä tapauksessa sosiaalipalveluja oleskelukunnalta siten, ettei hänen oikeutensa välttämättömään huolenpitoon ja toimeentuloon vaarannu. Muussa kuin kiireellisessä tapauksessa henkilön oikeus saada riittävät sosiaalipalvelut kytkeytyy henkilön kotikuntaan toimeentulotukea lukuun ottamatta. Lain 13 §:ssä säädetään lapsen ja hänen perheensä oikeudesta saada viipymättä lapsen terveyden ja kehityksen kannalta välttämättömät sosiaalipalvelut niinä vuorokaudenaikoina, joina niitä tarvitaan. Sosiaalihuoltolain 36 §:n mukaan kiireellisen sosiaalihuollon avun tarve on arvioitava välittömästi. Muita sosiaalipäivystyksen tarvetta perustelevia säännöksiä on muun muassa lastensuojelu-, vammais-, päihdehuolto- ja mielenterveyslaissa.

Sosiaalipäivystystoiminta painottuu perheiden lastensuojelutilanteisiin, nuorten kriisitilanteiden hoitamiseen sekä perheväkivaltatilanteisiin poliisin toimenpiteiden rinnalla. Myös yksinäiset aikuiset muodostavat oman asiakasryhmänsä. Muita työtilanteita ovat esimerkiksi akuutit lapsettomien osapuolten lähisuhde- ja perheväkivaltatilanteet, välittömän huolenpidon tarpeessa olevat vanhukset sekä ohjaus ja neuvonta päihde- ja mielenterveysasioissa. Avohoidon lisääntyminen on tuonut mukanaan sen, että erilaista äkillistäkin avuntarvetta tulee kotona useammin kuin ennen, esimerkiksi vanhusten kohdalla. Välittömään turvaan ja huolenpitoon sisältyy myös kiireellisen toimeentulotuen myöntäminen. Myös onnettomuudet ja muut vaaratilanteet aiheuttavat sosiaalisen avun tarvetta vuorokauden ajasta riippumatta. Tällaisia ovat esimerkiksi tulipalot, liikenneonnettomuudet, äkilliset läheisen kuolemat, katoamiset, heitteillejätöt, rikoksen uhriksi joutuminen sekä laajat suuria ihmisryhmiä koskevat häiriötilanteet.

Päivystystyöhön kuuluu jatkopalveluihin ohjaaminen ja näiden palvelujen saatavuuden varmistaminen. Sosiaalipäivystystä järjestettäessä tulee huolehtia siitä, että välttämättömän turvan ja huolenpidon tarpeessa olevalle sosiaalipäivystyksen asiakkaalle pystytään turvaamaan hänen sosiaalipäivystyksen yhteydenoton jälkeen tarvitsemansa välttämättömän turvan ja huolenpidon turvaavat palvelut tai muut tukitoimet, jos hän ei voi niitä muuta kautta saada. Käytännössä tämä voi tarkoittaa esimerkiksi tilapäisasumisen järjestämistä.

Sosiaalipäivystystyössä luonteenomaista ja välttämätöntä on se, että päivystäjällä on mahdollisuus lähteä arvioimaan tilannetta ja tuen tarvetta asiakkaan kotiin, eikä asiakkaan odoteta tulevan sosiaalipäivystykseen, kuten terveydenhuollossa usein on lähtökohtana. Usein kotikäynneillä tarvitaan myös poliisin virka-apua. Siksi päivystyspalvelun fyysinen sijainti ja etäisyydet toiminta-alueen rajoille ovat tärkeitä huomioitavia asioita sosiaalipäivystystyötä organisoidessa. Vaikka sosiaalipäivystystyö määrittyy yksilöllisesti ja yhteiskunnallisesti laaja-alaiseksi työskentelyksi, sosiaalipäivystyksessä syntyvät asiakkuudet ovat ajallisesti lyhytkestoisia. Sosiaalipäivystyksen työskentelyssä keskeistä on asiakkaalle tarjottavien jatkopalvelujen tarpeen arviointi ja niiden saumaton järjestäminen esimerkiksi kuntien yleisten sosiaalipalvelujen, kuten lastensuojelun tai toimeentulotuen piiristä. Päivystystyössä edellytetään kykyä tilanteen kokonaisvaltaiseen ja ripeään analysointiin ja päätöksentekoon on usein pystyttävä nopeasti ja suhteellisen vähäisen informaation pohjalta. Myös työssä edellytettävät päätöksentekooikeudet ovat laajat.

Sosiaalihuoltolain 29 §:n 2 momentin mukaisesti sosiaalipäivystys on toteutettava yhteistyössä terveydenhuollon päivystyksen, pelastustoimen, poliisin, hätäkeskuksen ja tarpeen mukaan muiden toimijoiden kanssa. Myös sosiaalihuoltolain 41 § monialaisesta yhteistyöstä ohjaa sosiaalihuoltoa ja muita toimijoita toteuttamaan palveluja yhteistyössä niin, että sosiaalihuollon ja tarvittaessa muiden hallinnonalojen palvelut muodostavat asiakkaan edun mukaisen kokonaisuuden.

Sosiaalipäivystystoimijoiden keskeisimmiksi kokemia yhteistyötahoja ovat poliisi, hätäkeskus sekä kunnan peruspalvelut, erityisesti lastensuojelu. Ikääntyneiden lisääntyneiden tuen tarpeiden myötä yhteys kotipalveluun ja erityisesti sen yöpartioihin on muodostunut tärkeäksi yhteistyökumppaniksi. Etsivää työtä tekevät sosiaali- ja nuorisotyöntekijät ja nuorisotapahtumien yhteyteen rakennetut erilaiset seurakuntien ja muiden tahojen palveluorganisaatiot kuuluvat samoin yhteistyökumppaneiden piiriin. Päivystävän

työntekijän tarvitsemista konsultaatiokäytännöistä sovitaan esimerkiksi psykiatrian erikoisalalan kanssa.

Terveyskeskusten ja sairaaloiden kriisiryhmät ovat yksi keskeinen yhteistyökumppani etenkin onnettomuustilanteissa. Myös seurakunnissa ja erilaisilla vapaaehtoisjärjestöillä on valmiutta kohdata hädässä olevia ihmisiä. Välittömästi onnettomuuksien ja muiden kriisitilanteiden jälkeinen kriisityö vaatii sosiaalipäivystäjiltä erityistä psykososiaalisen tuen ja akuutin kriisityön osaamista erityisesti silloin, kun erillistä kriisipäivystystä ei ole. Sosiaalihuoltolain 25 §:n 2 momentin 2 kohdan mukaisesti sosiaalihuoltoon kuuluvaan mielenterveystyöhön kuuluu yksilön ja yhteisön psykososiaalisen tuen yhteensovittaminen äkillisissä järkyttävissä kriisitilanteissa. Pykälän sisältö on vastaava kuin mitä terveydenhuoltolaissa säädetään mielenterveystyöstä terveydenhuollon osalta. Psykososiaalisen tuen yhteensovittaminen on siten annettu sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon tehtäväksi.

Kriisi- ja häiriötilanteissa psykososiaalinen tuki on laaja-alaista ihmisten auttamista. Se sisältää psyykkisen tuen ja sosiaalityön tehtävien lisäksi käytännön auttamistoimia, joilla varmistetaan uhrien ja heidän läheistensä yhteydet ja tiedon kulku sekä huolenpito perustarpeista kuten majoituksesta, ruokahuollosta ja vaatetuksesta. Tutkimusten mukaan lähiyhteisöjen tuki uhreille on kriisitilanteissa usein kaikkein tärkeintä. Kriisitilanteissa uhrien ja heidän läheistensä on havaittu olevan vaikea lähestyä mielenterveyspalveluita, koska ne koetaan leimaaviksi.

Vantaan sosiaali- ja kriisikeskus on nimetty terveydenhuoltolain 38 §:n mukaiseksi valtakunnalliseksi toimijaksi vuonna 2012. Sen tehtävänä on tukea kuntia psykososiaalisen tuen järjestämisessä kriisi- ja häiriötilanteissa. Sopimuksen kohteena on sosiaali- ja terveydenhuollossa tarvittavan valmiuden ylläpitäminen normaaliolojen häiriötilanteiden osalta ja poikkeusolojen varalta sellaisia tilanteita varten sekä niihin liittyvien erityistilanteiden ja -toimintojen hoitamista varten, joissa on perusteltua käyttää terveydenhuoltolaissa tarkoitettuja valtakunnallisesti nimettyä toimijaa. Vantaan kaupungin psykososiaalisen tuen asiantuntemus on käytettävissä valtakunnallisesti konsultaatiota ja tuen toteuttamista varten.

Sosiaali- ja terveysministeriön yhteistyössä Valviran kanssa tekemän sosiaalipäivystyselvityksen (2016) perusteella osa suurimmista sosiaalipäivystyksiköistä tarjoaa kriisiapua sosiaalipäivystyksellisten tehtävien ohella, jolloin kriisityö on ammatillista ja työnkuvaan kuuluvaa työtä. Suurin osa sosiaalipäivystyksistä ei kuitenkaan tällä hetkellä tarjoa kriisityön palveluja, vaan psykososiaalisen tuen palvelut on kunnassa järjestetty muulla tavoin, esim. kunnan oman terveydenhuollon tuottamana tai ostopalveluina. Myös sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2014 sairaanhoitopiireille ja aluehallintovirastoille tekemän kyselyn mukaan psykososiaalisen tuen koordinaatio on järjestetty hyvin vaihtelevasti ja psykososiaalisen tuen toimijoita on alueilla kymmeniä.

Sosiaalipäivystysten järjestämisen tavoissa on edelleen suurta vaihtelua. Osa suurimmista kaupungeista (kuten Helsinki ja Vantaa) ovat järjestäneet päivystyksen itse. Tavallinen ratkaisu on myös maakunnan keskuskaupungin (esimerkiksi Turku, Tampere) järjestämä sosiaalipäivystys ympäröiville kunnille, jolloin pienemmät kunnat ovat tehneet keskuskaupungin kanssa toimeksiantosopimuksen sosiaalipäivystyspalvelun tuottamisesta. Sosiaalipäivystyspalvelun järjestäminen voi olla myös kuntayhtymän tehtävä. Vain muutamia pieniä kuntia järjestää enää päivystyksen itsenäisesti varallaolopäivys-

tyksenä. Kuten järjestämistapakin, myös päivystysyksikön (jos sellainen toimintaa varten erillisenä on olemassa) fyysinen sijainti vaihtelee. Ne sosiaalipäivystykset, joilla on omat toimitilat, sijaitsevat useimmiten omina yksiköinä tai poliisilaitoksen yhteydessä. Muutama sosiaalipäivystys (Oulu, Espoo, Satakunta, Kouvola) sijaitsee sairaalan yhteydessä. Sosiaalipäivystystoimintoja on kunnissa keskitetty myös muiden ympärivuorokautisten sosiaalihuollon toimintojen, kuten lastenkodin yhteyteen.

Myös sosiaalipäivystysalueiden väestöpohjissa on isoja eroja samoin kuin päivystyksen organisointitavoissa. Suurimmissa sosiaalipäivystyksissä (Helsinki, Espoo, Vantaa, Tampere, Turku, Oulu, Päijät-Häme, Satakunta) päivystys on aktiiviyötä ympäri vuorokauden vuoden jokaisena päivänä. Yleisin sosiaalipäivystyksen järjestämistapa on järjestää virka-aikainen päivystys normaalin perustyön yhteydessä sekä hoitaa virka-ajan ulkopuolinen sosiaalipäivystys osittaisena aktiiviyönä yhdistettynä varallaolona toteutettavaan päivystykseen. Varallaoloon perustuvalla päivystyksellä tarkoitetaan mallia, jossa työntekijä päivystää kotonaan. Työ muuttuu aktiivipäivystykseksi, kun päivystäjä vastaa puhelimeen ja ryhtyy tilanteen edellyttämiin toimenpiteisiin. Mallia käytetään varsinkin sellaisissa seudullisissa sosiaalipäivystyksissä, joissa alueen keskuskaupunki päivystää sekä maantieteellisesti että väestöpohjallisesti laajaa aluetta. Myös täysin varallaolona toteutettava virka-ajan ulkopuolinen sosiaalipäivystys on kolmas ja edelleen yleinen järjestämistapa harvaan asutuilla alueilla, painottuen Lounais-Suomen ja Lapin/Pohjois-Suomen alueille. Neljäs järjestämistapa on etupäivystäjä/takapäivystäjä-malli, jossa etupäivystäjä on vastaanottokodin tai vastaavan ympärivuorokautisen yksikön sosiaaliohjaaja ja takapäivystäjä sosiaalityöntekijä.

Tällä hetkellä suurimpaan osaan sosiaalipäivystyksistä yhteydenotot tulevat hätäkeskuksen tai jonkin muun viranomaisen kautta. Osaan sosiaalipäivystyksistä on yleistynyt suoran asiakasnumeron käyttöönotto, johon yksityishenkilöt voivat soittaa ja muutamalla päivystyksellä on lisäksi sähköisen asiointin mahdollisuus. Niissä sosiaalipäivystyksissä, joihin yksityishenkilöt saavat itse yhteyden, työtä tehdään poikkeuksetta aktiivityöajalla. Silloin kun sosiaalipäivystys järjestetään varallaolona, yhteydenotot kanavoituvat hätäkeskuksen kautta.

2.2 Nykytilan arviointi

Erikoissairaanhoidon työnjako

Erikoissairaanhoidon kustannukset ovat nousseet nopeasti viimeisten vuosien aikana. Kuntaliiton tilastojen mukaan sairaanhoitopiirien toimintakulut nousivat 7,1 % vuonna 2011, 5,3 % vuonna 2012, 4,9 % vuonna 2013, 3,1 % vuonna 2014 ja vuonna 2015 yhteensä 2,7 % samanaikaisesti, kun kansantuote on useamman vuoden ajan pienentynyt.

Hallitusohjelman linjausten toteuttaminen edellyttää sairaalaverkoin tiivistämistä siten, että sairaalarakenne tukee samalla päivystystoiminnan keskittämistä. Lisäksi on tarpeen kehittää yliopistollisten sairaaloiden työnjakoa ja säätää joidenkin toimintojen kohdalla sairaaloiden työnjaosta ja joidenkin toimenpiteiden keskittämisestä, etenkin kirurgiassa, koska suurempi toimenpiteiden ja leikkausten määrä yksikössä johtaa systemaattisesti parempaan hoidon laatuun.

Kyseessä ei ole pelkästään esimerkiksi leikkaavan kirurgin osaamisen kasvu, vaan koko hoitotiimin osaamisen ja laadun parantuminen. Suureen toimenpidevolyymiin voidaan

helposti rakentaa systemaattinen prosessin kehittäminen, laadun mittaus ja jälkihoidon ja kuntoutuksen suunnittelu. Tämä koskee esimerkiksi tekonivel- ja syöpäleikkauksia.

Nyt voimassa olevalla valtioneuvoston asetuksella erityistason sairaanhoidon järjestämisestä on säädetty lähinnä valtakunnallisesta keskittämisestä, mutta sillä ei ole käytännössä ohjattu alueellista erikoissairanhoidon keskittämistä.

Valtakunnallisesti harvempaan kuin viiteen sairaalaan keskitetyn hoidon määrittely on monelta osin toiminut hyvin. Esimerkiksi elinsiirtojen ja lasten avosydänkirurgian keskittäminen Helsingin yliopistolliseen sairaalaan on mahdollistanut toiminnan kansainvälisesti korkean laadun. Samalla lääketiede on kehittynyt nopeasti ja säädökset ovat usein liian kankeita välineitä määrittämään osaamisen kokoamisen tarvetta erityisesti harvinaisten sairauksien ja toimenpiteiden kohdalla. Harvinaiset sairaudet ja vammat ovat usein monisyisiä ja vakavuudeltaan ja ilmenemismuodoiltaan hyvin erilaisia. Erilaisia harvinaisia sairauksia ja vammoja arvioidaan olevan tällä hetkellä 6000 - 8000 kappaletta. Erilaisia lääketieteellisiä toimenpiteitä ja hoitoja on vielä enemmän. Niiden luetteleminen asetuksessa olisi siten haastavaa. Olisi tarkoituksenmukaisempaa, että säädöksissä määriteltäisiin päälinjaukset vähempään kuin viiteen sairaalaan keskittämisestä. Yliopistosairaalat keskenään voisivat sopia valtakunnallisen keskittämisen yksityiskohdista. Erityisosaamista omaavat yksiköt ja erikoislääkäriyhdistykset ovat usein onnistuneet tässä ilman säädöksiä esimerkiksi lastentautien kohdalla.

Terveydenhuoltolain mukaan erikoissairanhoidon yhteen sovittamiseksi erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien kuntayhtymien on tehtävä erikoissairanhoidon järjestämissopimus. Sopimuksessa on sovittava erityisvastuualueeseen kuuluvien sairaanhoitopiirien kuntayhtymien työnjaosta ja toiminnan yhteensovittamisesta sekä uusien menetelmien käyttöönoton periaatteista. Alueellisesti työjaosta sopiminen on usein tarkoittanut nykyisen tilan hyväksymistä eikä työnjako ole kaikilta osin edistänyt terveydenhuollon laatua, potilasturvallisuutta, vaikuttavuutta, tuottavuutta ja tehokkuutta. Seuraus on usein ollut, että pienissä sairaaloissa on tehty vaativiakin toimenpiteitä harvoin, jolloin myös toimintayksikössä käytössä olevat taloudelliset ja henkilöstövoimavarat sekä osaaminen on voinut olla puutteellista. Tämä ei ole kaikilta osin turvannut asuinpaikasta riippumatta saada parasta mahdollista hoitoa. Lisäksi ympärivuorokautisen päivystyksen ylläpito suuremmissa yksiköissä on ollut haasteellista päiväaikaisen toiminnan ja siten oman henkilöstön rajallisuuden vuoksi.

Kiireellinen hoito ja päivystys

Suomessa on aikaisemmin ylläpidetty kansainvälisesti katsoen poikkeuksellisen laajaa perusterveydenhuollon yöpäivystystä. Ensihoidon ja akuuttilääketieteen kehitys sekä väestön muuttoliike asutuskeskuksiin ovat vähentäneet perusterveydenhuollon yöpäivystyksen tarvetta. Terveydenhuoltolain nojalla annettu kiireellisen hoidon asetus on osaltaan vaikuttanut myös synnytystoiminnan keskittymiseen. Ympärivuorokautisia päivystyspisteitä on tällä hetkellä noin 40, kun niitä oli Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen selvityksen mukaan vuonna 2011 yli 60 toimipistettä.

Kiireellisen hoidon asetuksen asettamista laatuvaatimuksista huolimatta kirurgista elektiiivistä ja päivystystoimintaa on vähennetty vain harvassa sairaalassa. Usein varautumista ja valmiutta on päinvastoin lisätty aiheuttaen lisäkustannuksia. Jatkossa on välttämätöntä koota myös elektiiivinen kirurginen toiminta vain ympärivuorokautisesti päi-

vystäviin sairaaloihin potilasturvallisuuteen, kustannusten hillintään ja työvoiman riittävyyteen liittyvistä syistä. Esimerkiksi lonkan tekonivelleikkauksia tehdään vieläkin 55 sairaalassa ja vaativia uusintaleikkauksia jopa 35 sairaalassa. Vain ympärivuorokautisesti päivystävissä sairaaloissa pystytään ilman lisäkustannuksia tarjoamaan laadukasta leikkauskomplikaatioiden hoitoa. Kun otetaan huomioon sekä tarve keskittää tiettyjä kirurgisia toimenpiteitä että vaatimus laajan ympärivuorokautisen päivystyksen suorituskyvystä, on seurauksena, että osassa suppeamman ympärivuorokautisen päivystyksen keskussairaaloita yhteispäivystyksen toiminta ei jatkossa sisällä ympärivuorokautista operatiivista päivystystä.

Laajan ympärivuorokautisesti päivystävän sairaalan kriteereitä ei ole tähän mennessä sitovasti määritelty. Vakiintuneen käsityksen mukaan tällaisen yksikön tulee pystyä hoitamaan pehmytosakirurgian ja ortopedian ja traumatologian erikoisalojen lisäksi myös riskisynnytyksiä ja lastentauteja. Keskeisinä tällaisten sairaaloiden palveluvalikoimaan kuuluvat myös teho-osasto, tehostettu valvonta/sydänvalvonta sekä vastasyntyneiden tehostetun valvonnan osasto. Päivystäviä erikoisaloja näissä yksiköissä olisivat siten vähintään seuraavat: kirurgia (traumatologian sekä gastroenterologisen kirurgian osaaminen erikseen), anestesiologia ja tehohoito, naistentaudit ja synnytykset, lastentaudit, sisätaudit, neurologia, psykiatria, radiologia sekä yleislääketiede tai geriatria ja akuuttilääketiede. Lisäksi kiireellisen hoidon asetuksessa säädettyjen erikoisalakohorttien ja muiden vaatimusten tulee täytyä.

Tällä hetkellä laajan päivystysvalmiuden omaavat yliopistolliset sairaalat ja suurimmat keskussairaalat. Suurin ongelma laajan päivystyksen ylläpidossa on henkilöstön saatavuus. Yhden päivystysvakanssin hoitaminen omalla työvoimalla edellyttää 10–12 alan erikoislääkärin virkaa päivystyksen järjestävässä yksikössä. Raskaissa aktiivipäivystyksissä virkoja tarvitaan tätäkin enemmän. Henkilöstön saatavuuden ongelmat näkyvät erityisesti lastentautien ja neurologian päivystyksen järjestämisessä. Useassa pienemmässä keskussairaalassa on lastentautien erikoislääkärin virkoja vähän ja niiden täyttäminen on ollut vaikeaa. Vaikka akuutit neurologiset ongelmat kuten aivoverenkiertohäiriöt ovat tavallisia, eivät nykyisin edes suurempien keskussairaaloiden virkapohjat aina riitä neurologian päivystyksen järjestämiseen. Sairaalaverkon tiivistäminen mahdollistaa osaavan työvoiman saannin sekä päiväaikaiseen toimintaan että laadukkaaseen päivystystoimintaan.

Perusterveydenhuollossa erilaiset kiireelliset ja kiireettömät potilastapaukset on hoidettu perinteisesti päiväaikaisena työnä ryhmitellen ja rytmittäen työtä sopivasti erilaisten tehtävien kesken. Käytössä on myös perusterveydenhuollon ”walk-in” kiirevastaanottoja, joihin voi hakeutua ilman ajanvarausta. Perusterveydenhuollon kiirevastaanottoja on toteutettu myös iltaisin ja viikonloppuisin päiväsaikaan, jolloin potilaat ovat joko tilanneet ajan etukäteen tai tulleet paikalle ilman ajanvarausta. Kiirevastaanotot ovat tarkoitettu lievempien sairauksien hoitoon.

Päivystysyksiköiden keskittäminen edellyttää, että väestölle tarjotaan nykyistä helpompi pääsy kiireelliseen hoitoon perustason kiireettömän vastaanoton yhteydessä tai ”walk in”- pisteissä. Säädöksiä tulisi kehittää siten, että ne tukevat virka-aikaisen kiireellisen vastaanottotoiminnan lisäksi kehitettäviä ja väestön tarpeisiin vastaavia ilta- ja viikonloppuvastaanottoja. Tavoitteeksi on myös asetettava suunnittelemattoman kiireellisen hoidon tarpeen vähentäminen muun muassa Kansalliseen terveysarkistoon (Kanta) tulevan yhteisen sote- asiakassuunnitelman avulla.

Suun terveydenhuollon ympärivuorokautisen päivystyksen järjestämistä sairaanhoitopiireissä on haitannut se, ettei perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystyksen järjestämistä ole saatu yhdistettyä kaikissa sairaanhoitopiireissä. Myöskään päivystyksen tilaratkaisuja ei ole vielä kaikissa yhteispäivystyspisteissä saatu järjestettyä. Erillään toimivissa pienissä suun terveydenhuollon päivystyspisteissä ei ole mahdollisuutta tarpeelliseen välittömään lääketieteen eri erikoisalojen konsultaatioihin. Myös kiireelliseen jatkohoitoon pääsyssä on ongelmia. Erillisten päivystystilojen rakentaminen suun terveydenhuollon palveluihin lisää myös kustannuksia, joita voidaan vähentää yhteisten tilojen ja henkilöstöressurssien käytöllä.

Suun terveydenhuollon päivystysjärjestelyjä on käsitelty useaan otteeseen eri viranomaistahoilla. Suun terveydenhuollon päivystysjärjestelyjä koskevien viranomaisselvitysten perusteella viiveet päivystykseen pääsyssä ovat eräillä alueilla liian pitkät ja päivystykseen pääsyn perusteet eivät ole yhdenmukaisia. Viiveet päivystykseen pääsyssä aiheuttavat potilasturvallisuusriskin.

Suun terveydenhuollossa päivystyskäyntien jatkuva lisääntyminen osoittaa päivystystoiminnan kehittämisen tarpeellisuuden. Esimerkiksi vakavat hammasperäiset tulehdukset, jotka usein vaativat pitkäaikaista hoitoa, ovat lisääntyneet viime vuosina. Nämä tilanteet ovat ehkäistävissä riittävän varhaisilla toimenpiteillä päivystyspisteissä.

Ensihoitopalvelu

Ensihoitopalvelun tehtävämäärissä on tapahtunut viiden viimeisen vuoden aikana merkittävä lisääntyminen, johon ei ole yhtä selittävää tekijää. Tehtävämäärien lisääntymiseen ovat vaikuttaneet ainakin sekä hätäkeskusuudistus että alueellisesti toteutettu hoitolaitosten vuodenaikojen purkaminen, johon liittyy siirtyminen tehostettuun hoitoon ja hoivaan potilaiden kotona erityisesti ikääntyneiden ja kroonisesti sairaiden potilasryhmien osalta. Tämä on myös johtanut siihen, että entistä suurempi osa ensihoitopalvelun tehtävistä suuntautuu hoiva- ja hoitolaitoksiin. Näiden potilaiden kohdalla tilannearvio vaatii terveydenhuollon ammattihenkilön laajaa koulutusta ja kokemusta.

Osaltaan ensihoitopalvelun tehtävämäärien lisääntymiseen on johtanut myös terveydenhuollon neuvontapuhelinpalveluiden riittämätön koordinointi valtakunnallisesti ja suhteessa hätäkeskustoimintaan sekä lisäksi ensihoitopalvelun ja muiden kotiin vietyjen päivystyksellisten palvelujen yhteistyön ja suunnittelun puute.

Suomessa ensihoitopalvelun resursointitarpeet vaihtelevat alueellisesti ja erityisesti ajallisesti samallakin alueella. Usein ensihoitopalvelun resursoinnissa ei ole otettu huomioon tarpeiden vaihtelua ajallisesti ja alueellisesti. Valviran raportissa (2014) todettiin, että ensihoidon saatavuudessa ja yhdenvertaisuudessa oli huomattavia eroja sairaanhoitopiirien välillä. Kyseisen raportin mukaan vaihtelevuutta ilmeni myös sekä omavalvonnan toimivuudessa että ensihoidokeskusten tehtävänä olevassa alueensa sairaanhoitopiirien ensihoitopalveluiden yhteensovittamisessa

Ensihoidon tiedonhallinta on muun muassa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemässä selvityksessä (2015) todettu olevan pirstaleista. Ei ole saatavissa kansallisesti kattavaa ja luotettavaa tietoa ensihoitopalvelun toiminnasta yksinkertaistenkaan tunnuslukujen osalta. Uuden hätäkeskustietojärjestelmän (ERICA) ja viranomaisten yhteisen

kenttäjohtajärjestelmän (KEJO) sekä siihen liitetyn sähköisen kansallisen ensihoitoker-
tomuksen myötä avautuu mahdollisuus kerätä yhteen ensihoidon tietovarantoon kaikki
ensihoidon johtamiseen, raportointiin, kehittämiseen, valvontaan ja suunnitteluun liitty-
vät tiedot.

Sosiaalipäivystys

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sosiaali- ja terveydenhuollon päivystystoimintaa
koskevassa selvityksessä (2011) arvioidaan, että sen lisäksi, että sosiaalipäivystystyö on
sisällöltään raskasta ja vaatii tekijältään paljon, sosiaalipäivystyksen erilaiset järjestä-
mistavat ja -mallit tekevät työn valtakunnallisesta kehittämisestä ja valvonnasta haasta-
vaa. Sosiaalipäivystystyön suunnitelmallisen kehittämisen puutteet nousivat esiin yhtenä
suurimpana sosiaalipäivystystoiminnan ongelmana myös sosiaali- ja terveysministe-
riön yhdessä Valviran kanssa vuonna 2016 toteuttamassa valtakunnallisessa kyselyssä.
Pienten toimijoiden mahdollisuudet resursoida päivystystyöntekijöiden työn kehittämistä
eivät toteudu riittävästi, jolloin sosiaalipäivystystyössä edellytettävä ammatillinen eri-
tyisosaaminen ja työn laatu ja turvallisuus ovat uhattuna. Tämä näkyy esimerkiksi krii-
sityön osaamisessa. Osaamisen vajeet ovat uhkana varsinkin niissä seudullisena yhteis-
työnä järjestetyissä malleissa, joissa päivystystyötä hoidetaan oman virkatyön ohella
mahdollisesti harvoin osuvina päivystysvuoroina. THL:n 2011 tehdyn päivystystutki-
muksen tuloksissa sekä STM:n ja Valviran kyselyssä nousi selkeästi esiin suuri tarve
sosiaalipäivystyksen toimintamallien kehittämiseen, palvelujen riittävään resursointiin,
työntekijöiden ammatillisen osaamisen jatkuvaan vahvistamiseen sekä moniammatillis-
ten yhteistyökäytäntöjen hiomiseen.

Sosiaali- ja terveysministeriö järjesti helmi-maalikuussa 2016 hallituksen esityksen
valmisteluun liittyen kuulemistilaisuuksia. Resurssien riittävyys ja sosiaalipäivystystyön
edellyttämät osaamisvaateet nousivat esiin myös päivystysuudistuksen kuulemiskier-
roksella. Seutukunnallisesti järjestetty sosiaalipäivystys on monin paikoin mahdollista-
nut seudullisen yhteistyön vahvistumisen ja alueellisten erityispiirteiden huomioimisen.
Oman työn ohella toteutettavan varallaolopäivystyksen etuna on ollut se, että työntekijät
ovat virka-aikaisen perustyönsä vuoksi tunteneet hyvin paikalliset olosuhteet ja palve-
lut. Myös osa asiakkaista on ollut entuudestaan tuttuja. Haasteeksi taas nähtiin työn
kuormittavuus ja yksin tekeminen. Myös sosiaali- ja terveysministeriön sosiaalipäivys-
tyskyselyssä puolet vastaajista ilmoitti, ettei heillä aina ole mahdollisuutta työpariin.
Tämä asia koettiin merkittävänä sosiaalipäivystyksen ammatillisuuden ja työturvalli-
suuden uhkana.

Viime vuosina lisääntyneet erilliset sosiaalipäivystysyksiköt ovat mahdollistaneet työn-
tekijöiden erikoistumisen ja vähentäneet työn kuormittavuutta sekä taanneet työnteki-
jöille parempaa ammatillista johtamista ja vertaistukea. Hyvin toimiva sosiaalipäivys-
tys on lisännyt kuntalaisten turvallisuutta ja turvallisuuden tunnetta tuomalla pätevien
sosiaalialan ammattilaisten palvelut kuntalaisten ulottuville myös virka-ajan ulkopuolel-
la. Kuulemistilaisuuksissa tuotiin esiin, että myös rekrytointikokemukset keskitettyihin
yksiköihin ovat olleet myönteisiä ja päteviä sosiaalityöntekijöitä on löytynyt helpommin
kuin oman työn ohella tehtäviin päivystystehtäviin.

Sosiaalipäivystyskyselyn mukaan työssä keskeisimmäksi koetut yhteistyökumppanit
ovat poliisi ja hätäkeskus. Tärkeimpinä yhteistyötahoina terveydenhuollon puolella so-
siaalipäivystyksen työntekijät näkivät ensihoidon. Poliisin rooli vastauksissa painottuu,

koska poliisin antama virka-apu sosiaalipäivystäjälle on tärkeä työturvallisuuden takaa-ja. Akuuteissa tilanteissa joustava ja hyvä yhteistyö eri viranomaisten kesken korostuu.

Yhteistyö terveydenhuollon kanssa oli kyselyn perusteella vähäisempää, mutta yhteistyön kehittäminen nähtiin yleisesti tärkeäksi. THL:n vuoden 2011 selvityksen mukaan sosiaalipäivystystoiminta puuttui usein tai oli käyttämätön voimavara somaattisessa päivystystoiminnassa. Nykyisin Oulu, Espoo, Satakunta ja Kouvola järjestävät toimintaansa samassa toimipisteessä terveydenhuollon kanssa. Myös Vantaalla on kokemuksia yhteisistä tiloista terveydenhuollon kanssa.

Vaikka kaikilla sairaanhoitopiireillä on toiminnassaan mukana myös sosiaalityöntekijöitä, vain harvalla sairaanhoitopiirillä on siis kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon yhteispäivystyksestä. Sosiaalityöntekijöitä työskentelee sairaanhoitopiireissä usein sekä ruumiillisista että mielenterveyden sairauksista kärsivien potilaiden hoidon avustamisessa. Psykiatriassa työskentelevillä sosiaalityöntekijöillä on yleensä terapeutin työote ja monilla heistä on terapeutin koulutus. Ruumiillisten sairauksien erikoisaloilla työskentely keskittyy enemmän potilaan fyysiseen sairauteen, potilaan palvelutarpeen arviointiin ja sen perusteella neuvontaan ja palveluohjaukseen, jotta potilas pystyy parhaalla mahdollisella tavalla elämään sairautensa kanssa. Myös osastoilla työskentelevien terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden kokemukset yhteistyöstä sosiaalipäivystysten kanssa ovat hajanaisia, koska keskeisimpiä sosiaalihuollon yhteistyökumppaneita ovat olleet sosiaalihuollon virka-aikaisten palvelujen työntekijät. Lähes 80 prosenttia sosiaali- ja terveysministeriön tekemään sairaanhoitopiirien sosiaalityön kyselyyn vastanneista terveysosiaalityön edustajista oli sitä mieltä, että sairaanhoitopiirin hoitotyössä ei osata riittävästi hyödyntää sosiaalityön voimavaroja. Vastaaajien mukaan sosiaalityön osaamisalueita ei hoitotyössä tunneta riittävän hyvin eivätkä kaikki sosiaalityötä tarvitsevat ohjaudu sosiaalityöntekijän arvioon.

Hallituksen esityksen valmisteluun liittyvissä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisissä kuulemistilaisuuksissa erityisesti terveydenhuollon edustajat nostivat vahvasti esiin potilaiden tunnistetun tarpeen saada vahvemmin sosiaalihuollon osaamista ja tukea erikoissairaanhoidon ja muun terveydenhuollon päivystystilanteissa. Asiakkaiden arvioitiin hyötyvän erityisesti yhteisistä palvelupisteistä, joista olisi mahdollista saada akuuttitilanteessa apu moniammatilliselta tiimiltä. Terveydenhuollossa tehtävän sosiaalityön ja kunnallisen sosiaalityön välistä raja-aitaa nähtiin tarvetta madaltaa ja tiivistää yhteistyökäytäntöjä. Sama tarve yhteistyön tiivistämiseen ja kehittämiseen tuli esiin myös sairaanhoitopiireistä sinne tehdyn sosiaalityötä koskevan kyselyn perusteella (STM 2016). Saumattomasti toimivalla yhteistyöllä ja asiakkaiden hoidon ja palvelutarpeen yhdenaikaisella kartoittamisella nähtiin olevan suoria kustannusvaikutuksia, jos asiakkaan ajautumista sairaalahoitoon pystyttäisiin vähentämään muiden tarkoituksenmukaisten ja nopeasti käynnistyvien palvelujen avulla.

Päivystysasiakkaiden tiedossa ollut tarve sosiaalisen tilanteen kokonaisvaltaisempaan selvittämiseen oli taustalla Keski-Suomen keskussairaalan päivystyksessä (Keski-Suomen SOTE 2020 -hanke, 2016), jossa järjestettiin loppuvuodesta 2015 kolme kukausta kestänyt pilotti parantamaan päivystysasiakkaiden saaman palvelun kokonaisvaltaisuutta ja laatua. Pilotin aikana sosiaalityön konsultaatioiden määrä 10-kertaistui. Tärkeimpänä syynä konsultaatioiden lisääntymiseen pidettiin sosiaalityöntekijöiden parempaa tavoitettavuutta ja työskentelyä paikan päällä päivystysryhmän jäsenenä. Sosiaalityöntekijällä oli mahdollisuus osallistua asiakkaiden tilanteen selvittelyyn samalla

kun asiakasta tutkittiin ja hoidettiin muutenkin. Pilotin kokemusten perusteella toimintaa on jatkettu.

Kevään 2016 kuulemistilaisuuksissa tuotiin esiin myös sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöhön liittyviä haasteita. Asiakkaiden palvelutarvetta ei aina terveydenhuollossa osata tunnistaa eikä asiakasohjaus toimi toivotulla tavalla. Sosiaalipäivystykset toivat myös esiin, ettei terveydenhuollossa tunnistettu palvelutarve aina ole akuuttia tai kiireellistä, vaan olisi hoidettavissa virka-aikana normaalien yhteistyökuvioiden kautta. Puutteeksi yhteistyössä nähtiin se, ettei yhteistä asiakaslähtöistä prosessia toteuteta. Kun yhteinen palvelutarpeen arviointi ei toteudu, sekä työntekijät että asiakkaat saattavat joutua tilanteisiin, joissa sosiaalipalvelujen edellytetään korvaavan toimimatonta terveydenhuoltoa. Toisaalta terveydenhuollossa koetaan, että kalliita erikoissairaanhoidon vuodepaikkoja joudutaan käyttämään tilanteissa, joissa jätetään arvioimatta mahdollisuus sosiaalipalvelujen käyttämiseen. Vanhusten kotihoidon lisääntyminen on lisännyt myös yhteisen päivystystyön merkitystä. Hyviä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön kokemuksia nousi esiin kriisityössä sekä akuuttien päihdepalvelujen yhteistyössä, kuten ensisuojarahveluissa tai mielenterveystyössä. Hyvänä koettiin myös esimerkiksi Keski-Uudellamaalla erikoissairaanhoidon tehostetun avohoidon liikkuvan ryhmän kanssa tehtävät kotikäynnit ja työparityö.

Toimivien palvelujen järjestämiseksi sosiaalipäivystysten, päivystyspoliklinikoiden, ensihoidon ja pelastusviranomaisien kanssa tulee olla selvät yhteistyömenettelyt erilaisten tilanteiden varalle esimerkiksi psykososiaalisen tuen järjestämisestä ja tarjoamisesta. Nykyinen tilanne ei ole riittävän selkeä esimerkiksi suuronnettomuuksiin varautumisen osalta.

Kunnan velvoite tiedottaa palvelujen saannista selkeästi ja helposti tavoitettavalla tavalla ei aina toteudu. Yhteys sosiaalipäivystykseen tulisi saada vuorokauden jokaisena aikana, ja kiireelliset sosiaalipalvelut tulee toteuttaa siten kuin laissa säädetään. Virka-aikaisen päivystystilanteen hoitamisen esteenä voi olla työntekijöiden vaikea tavoitettavuus, rajatut puhelinajat ja toimistojen vaihtelevat aukioloajat tai vastuutyöntekijän epäselvät yhteystiedot. Myös hätäkeskuksen kokemusten mukaan yhteydensaanti on osoittautunut ajoittain haasteelliseksi. Erityisen ongelmallista viranomaisien välinen yhteydenpito on ollut niissä yksiköissä, missä virka-aikainen päivystys on toteutettu kunnan normaalin perustyön ohessa.

Virka-ajan ulkopuolella eli iltaisin, öisin ja viikonloppuisin sosiaalipäivystys on usein järjestetty niin sanotusti *korkean kynnyksen palveluna*, jolloin yhteyden palveluun saa vain hätäkeskuksen kautta. Mikäli yhteys sosiaalipäivystykseen tulee tehdä hätäkeskuksen kautta, nostaa se yhteydenottokynnyksen huomattavasti korkeammalle, kuin niissä tilanteissa, joissa yksityishenkilö saa itse yhteyden sosiaalipäivystykseen. Vain noin neljäsosalla nykyisistä sosiaalipäivystyksistä on suora asiakasnumero, johon asiakas voi itse olla yhteydessä. Palvelumallin alueellisten ja toiminnallisten erojen vuoksi asiakkaat ovat palvelun saatavuuden osalta hyvin eriarvoisessa asemassa.

STM:n tekemässä kuntien sosiaalitoimen valmiussuunnitelmiin liittyvässä selvityksessä havaittiin, että sosiaalitoimen hälytysjärjestelmät sekä virka-aikana että virka-ajan ulkopuolella oli järjestetty puutteellisesti. Erot pienten, alle 20 000 asukkaan alueiden ja suurten yli 20 000 asukkaan sosiaalitoimen alueiden välillä olivat tilastollisesti merkitseviä. Suurilla alueilla hälytysjärjestelyt on suunniteltu hyvin 34 % suunnitelmista kun

pienillä alueilla vastaava luku on 11 %. Päivystys- ja hälytysjärjestelmän organisoiminen on keskeinen osa hyvää varautumista kriisi- ja häiriötilanteisiin.

Valvontaviranomaisten rooli

Valvontaviranomaisten toiminta tukee omalta osaltaan lainsäädännön kehittämistä ja jo havaittujen epäkohtien korjaamista. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen valvontaohjelma vuosille 2016–2019 linjaa Valviran ja aluehallintovirastojen valvonnan strategiset päätavoitteet hallitusohjelmakaudeksi ja valvonnan painopistealueet vuodelle 2016. Valvontaohjelman lähtökohtana ovat hallitusohjelman tavoitteet.

Valvontaviranomaiset suuntaavat valvontaohjelmakaudella suunnitelmallista valvontaa kolmen kokonaisuuden avulla. Nämä kokonaisuudet ovat palveluiden rakenne, palveluiden saatavuus sekä palveluiden sisältö ja laatu. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristössä meneillään olevat muutokset tulevat merkittävästi vaikuttamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteeseen: keskeinen tavoite on lisätä sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota. Valvontaviranomaiset tukevat tätä tavoitetta suunnitelmallisella valvonnalla. Valvontaohjelmakaudella suunnitelmallisen valvonnan painopiste on sosiaali- ja terveydenhuollon integraation vahvistamisessa palveluiden rakenteiden valvonnan kautta.

Suunnitelmallista valvontaa suunnataan vuosittain riskinarvioinnin perusteella valituille valvontakohteille, eli kohteisiin, joiden asiakas- ja potilasturvallisuusriskit arvioidaan suurimmiksi. Yksi vuoden 2016 painopistealue on päivystystoiminta.

Sosiaalipäivystyksen osalta taustalla on myös valvontaviranomaisten valvontahavainnot sosiaalipäivystyksen pirstaleisuudesta ja toistaiseksi hyvin vähäinen yhteistoiminta terveydenhuollon päivystyksen kanssa. Päivystystoiminnan valvonnalla pyritään varmistamaan sosiaali- ja terveydenhuollon integraation toteutuminen.

Sosiaalihuollon päivystyksen ohjaus- ja arviointikäynneillä kiinnitetään samoin huomiota yhteistyöhön ensihoitopalvelun kanssa. Lisäksi huomioidaan omavalvonta sekä sosiaalipäivystyksen järjestäminen ympärivuorokautisesti kiireellisen ja välttämättömän avun turvaamiseksi.

3 Esityksen tavoitteet ja keskeiset ehdotukset

3.1 Tavoitteet

Esityksen tavoitteena on varmistaa palvelujen yhdenvertainen saatavuus, riittävä osaaminen palveluja tarjoavassa yksikössä ja asiakas- ja potilasturvallisuus. Lisäksi uudistuksen tavoitteena on hillitä kustannusten kasvua.

Esityksessä ehdotetuilla muutoksilla on tarkoitus ohjata sairaalaverkon ja päivystysyksiköiden muutosta. Erikoissairaanhoidon rakenteellisilla uudistuksilla, ympärivuorokautisen päivystyksen keskittämällä ja sosiaali- ja terveydenhuollon integraation vahvistamisella voidaan hillitä erikoissairaanhoidon kustannuskehitystä ja saavuttaa säästöjä jo ennen sote- ja aluehallintouudistuksen täysimääräistä toimeenpanoa. Tavoitteena on sairaala- ja päivystysverkon tiivistäminen vastaamaan väestön tarpeeseen valtakunnallisesti koordinoitusti ja yhtenäisin perustein.

Lisäksi ehdotuksen tavoitteena on edistää sosiaalihuollon yhdenvertaista saatavuutta ja saavutettavuutta terveydenhuollon rinnalla, vahvistaa asiakaslähtöisyyttä ja kokonaisvaltaisuutta asiakkaan tarpeisiin vastaamisessa sekä turvata tuen saantia ihmisten omissa arkiympäristöissä. Lisäksi tavoitteena on vahvistaa ja edistää monialaista yhteistyötä ja sen myötä turvata sosiaalihuollon toimintaedellytyksiä sen vastuulle ja osaamiseen kuuluvissa asioissa. Sosiaalihuollon päivystyspalvelujen vahvistaminen terveydenhuollon päivystystoiminnan yhteydessä mahdollistaa tarkoituksenmukaisten ja oikea-aikaisten palvelujen antamisen. Samalla on kuitenkin kiinnitettävä huomiota virka-aikaisten palvelujen toimivuuteen ja myös virka-aikaisen päivystystyön sujumiseen.

3.2 Toteuttamisvaihtoehdot

Tässä esityksessä ehdotettujen muutosten tavoitteena on muokata päivystystoiminnan rakenteita kohti tulevia sote- ja aluehallintouudistuksen rakenteita. Hallitus teki marraskuussa 2015 linjauksia sote- ja aluehallintouudistuksen jatkovalmistelusta. Linjausten mukaan vastuu sosiaali- ja terveystalouden järjestämisestä siirtyy kunnilta ja kuntayhtymiltä 18 itsehallintoalueelle. Tässä yhteydessä hallitus päätti, että laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköitä (keskussairaaloita ja niihin liittyviä sosiaalipäivystyksen yksiköitä) on 12 kappaletta. Muut nykyiset keskussairaalat jatkavat ympärivuorokautisen suppeamman päivystystoiminnan yksikköinä, joita 12 laajan päivystystoiminnan sairaalayksikön verkosto ja ensihoitojärjestelmä tukevat. Näin maan eri osissa on etäisyydet ja muut alueelliset erityispiirteet huomioon ottaen saatavilla ympärivuorokautisen päivystyksen palveluita ja muita erikoistason palveluita. Yliopistollisina sairaaloina jatkavat Helsingin seudun yliopistollinen keskussairaala Hyks, Tampereen yliopistollinen sairaala Tays, Turun yliopistollinen keskussairaala Tyks, Oulun yliopistollinen sairaala OYS ja Kuopion yliopistollinen sairaala KYS.

Laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköiden määräksi valittiin 12 kappaletta, koska sillä määrällä voidaan saavuttaa optimaalinen potilasturvallisuus, vaikuttavuus, taloudellisuus ja palvelujen saatavuus. Osaavan henkilöstön saatavuus on merkittävä seikka. Potilasturvallisuus ja osaavan henkilöstön saatavuus ovat myös taloudellisia kysymyksiä, sillä kilpailu henkilöstöstä nostaa kustannuksia ja liian pienet täyden palvelun sairaalat johtavat kalliin laiteinfrastruktuurin vajaakäyttöön eivätkä mahdollista osaamisen kehittämisen ja potilasturvallisuuden kannalta riittävää potilasvirtaa. Saatavuus, saavutettavuus ja potilas- ja asiakasturvallisuus toteutuvat parhaiten silloin kun päivystysalueet ovat riittävän suuria ja keskenään riittävän samankaltaisia. Ehdotettua suuremmalla määrällä osasta päivystysalueita tulisi liian pieniä satunnaisvaihtelujen hallitsemiseksi ja yhdenmukaisten palvelujen saatavuuden turvaamiseksi.

Laajan päivystysyksikön ylläpito edellyttää riittävän laajaa väestöpohjaa (arviolta vähintään noin 200 000–250 000 asukasta) ja riittävää omaa henkilökuntaa. Laaja päivystysyksikkö on toiminnallisesti integroitu ja tukee olennaisella tavalla peruspalveluiden toimivuutta. Päivystysverkon suunnittelussa on huomioitava myös palveluiden saavutettavuus väestön näkökulmasta.

Päivystysyksiköt ovat toiminnan suunnittelussa keskeisessä asemassa, koska ne toimivat väestön palveluiden integraation ja palveluketjujen sujuvuuden solmukohtana. Noin puolet, joillain erikoisaloilla jopa 70–80 prosenttia sairaaloiden sisäänotosta tapahtuu päivystyksen kautta. Päivystys ja ensihoito on suunniteltava yhtenä kokonaisuutena,

koska sairaalan ulkopuolinen ensihoito vie kiireellisen hoidon potilaan kotiin tai tilanteen tapahtumapaikalle ja voi siten vähentää suunnittelemattomia käyntejä. Toisaalta päivystystoiminta on tiiviisti kytkettävä muihin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin, jotta päivystyskäynnin jälkeen potilaan on mahdollista palata tarvittaessa kuntoutusyksikön kautta kotiin ja avohoitoon mahdollisimman pian. Näin voidaan välttää tarpeettoman pitkäaikaisen erikoissairaanhoidon suuria kustannuksia.

Päivystysvalmiuden ympärivuorokautinen ylläpito, erityisesti laajoissa päivystysyksiköissä, on kallista, koska kiireellisen hoidon ja muun palvelun tarpeen ja välittömän jatkohoidon vaihteluihin pitää varautua 24/7. Päivystysyksiköllä tulee olla riittävä suunnitellun päiväaikaisen toiminnan volyyymi, jotta sen toiminta olisi suunniteltavissa voimavarojen (erityisesti henkilöstön ja tukipalveluiden) käytön kannalta joustavaksi ja samalla tehokkaaksi. Saatujen kokemusten perusteella voidaan arvioida, että laajojen päivystysyksiköiden ylläpitämiseksi tarvittava infrastruktuuri olisi mahdollista saada noin 12 yksikköön. Erityisesti joidenkin erikoisalojen lääkäriyövoiman saatavuus rajoittaa toiminnallisesti kestävien yksiköiden lukumäärää. Optimaalisella 12 päivystysalueen ratkaisulla laajoihin päivystysyksikköihin on myös mahdollista saada riittävästi eri erikoisalojen sekä vaativan sosiaalitoimen henkilökuntaa ja osaamista.

Tällä lukumäärällä laajojen päivystysyksiköiden saavutettavuus olisi myös asiakas- ja potilasturvallisuuden näkökulmasta hyväksyttävä. Matka-aika lähimpään laajaan päivystysyksikköön olisi 50 prosentilla väestöstä alle 30 minuuttia ja 80 prosentilla väestöstä alle 50 minuuttia. Tällä lukumäärällä laajojen päivystysyksiköiden saavutettavuus olisi yhtä hyvä kuin tilanteessa, jossa niitä olisi muutama yksikkö enemmän. Jos taas laajan päivystyksen yksikköjä olisi enemmän, silloin päivystysverkon päällekkäisyys aiheuttaisi tehottomuutta ja julkiselle taloudelle merkittäviä ja tarpeettomia lisäkustannuksia. Päivystysyksikön ajallinen saavutettavuus huononisi, jos niiden lukumäärä olisi alle 12. Potilasturvallisuuden edellyttämä vähimmäismäärä laajoille päivystysyksiköille olisi selvitysten mukaan 10 kappaletta.

Taloudellisen kestävyuden kannalta on olennaista, että tuleva palvelurakenne toteutetaan pitkän tähtäimen tarpeet huomioiden. Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan vuoteen 2030 mennessä lähes puoli miljoonaa ihmistä muuttaa suuriin kaupunkeihin, niihin joissa on perusteltua ylläpitää laajaa päivystysyksikköä.

Laajan ympärivuorokautisen päivystyksen järjestämisvelvollisuus on merkittävä tehtävä, josta tulee säätää lailla. Nyt ehdotetussa säännöksessä määritellään ympärivuorokautisen laajan päivystyksen kriteereitä ja niitä on tarkoitus tarkentaa terveydenhuoltolain nojalla annettavalla asetuksella. Pelkällä laajan päivystyksen yksikön kriteereiden määrittelyllä ei olisi kuitenkaan ollut mahdollista määritellä yksiselitteisesti, mitkä 12 sairaanhoitopiiriä voivat ylläpitää laajan päivystyksen yksikköä, vaan lisäksi olisi pitänyt luoda jonkinlainen päätöksentekomalli 12 yksikön määrittelemiseksi. Jotta uudistuksella saataisiin aikaa valtion talouden tasapainottamiseksi tarvittavat säästöt, uudistus edellyttää nopeaa toimeenpanoa. Sen vuoksi päivystysuudistuksen toimeenpanon nopeuttamiseksi valittiin sääntelymalli, jossa laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköstä vastaavat sairaanhoitopiirit määritellään laissa.

Erikoissairaanhoidon keskittämistä on ohjattu aikaisemmin valtioneuvoston asetuksella erityistason sairaanhoidon järjestämisestä ja keskittämisestä. Lääketieteen kehittyessä nopeasti keskitettävien hoitojen luettelointi asetuksessa ei ole ollut paras mahdollinen

tapa ohjata erikoissairaanhoidon. Nykyisessä asetuksessa määritellyt valtakunnallisesti keskitettävät hoidot ovat harvinaisia ja vaativat korkeatasoista lääketieteellistä osaamista tai välineistöä taikka erityisen vaativaa monialaista hoitoa ja hoitoon välittömästi liittyvää lääkinällistä kuntoutusta. Pelkästään nykyisen asetuksessa määriteltyjen keskitettävien hoitojen listauksen päivittäminen ei olisi tuottanut riittävää ohjausvaikutusta. Sen vuoksi säätäminen aikaisempaa täsmällisemmin myös alueellisesta erikoissairaanhoidon keskittämisestä ja laaja-alaisen osaamisen kokoamisesta oli tarpeen.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä on pyritty ohjaamaan toimintaa suurempiin yksiköihin määrittelemällä laatuvaatimuksia. Asetuksen edellyttämistä laatuvaatimuksista huolimatta kirurgista elektiivistä ja päivystystoimintaa on vähennetty vain harvassa sairaalassa. Pelkästään leikkaustoiminnan laatuvaatimusten määrittely ei siten ole tuottanut riittävää ohjausvaikutusta, minkä vuoksi ehdotetaan säädettäväksi sairaaloiden työ- ja kaiken leikkaussaliolosuhteita ja anestesiapalveluita edellyttävän operatiivisen toiminnan kokoamisesta sairaaloihin, joissa on vähintään ympärivuorokautinen yhteispäivystys.

Alueellisella kuulemiskierroksella kuultaville esitettiin vaihtoehtoisia malleja sosiaalipäivystyksen järjestämisestä terveydenhuollon yksiköiden yhteydessä. Esillä oli myös vaihtoehto, jonka mukaan sosiaalipäivystystä tulisi järjestää myös ympärivuorokautisesti päivystävien terveyskeskusten yhteydessä. Tätä mallia ei ole sisällytetty lausunnolla olevaan luonnokseen, mutta asiaa koskevat kommentit otetaan huomioon. Mahdollista on myös esittää yksiköiden yhteistyön rajaamista koskemaan vain kahtatoista laajan päivystyksen yksikköä tai perusteita sille, miksi päivystystä ei tulisi järjestää lainkaan yhteistyössä terveydenhuollon päivystyksen kanssa.

Lausunnolla olevassa lakiluonnoksessa ei ole tarkemmin määritelty, miten sosiaalipäivystystyötä tulisi järjestää, kun päivystystyötä tehdään yhdessä. Ehdotukseen sisältyy kuitenkin mahdollisuus toiminnan tarkemmasta sääntelystä asetuksella. Kuulemiskierroksella esitettiin erilaisia näkökulmia muun muassa siitä, tulisiko päivystys siirtää kokonaan järjestettäväksi terveydenhuollon päivystyksen kanssa yhteisiin tiloihin vai ainoastaan osa siitä tai riittäisikö samoissa tiloissa toteutettu virka-aikainen päivystäminen. Ehdotuksen lähtökohtana on, ettei sosiaalipäivystyksen järjestäminen yhdessä terveydenhuollon päivystyksen kanssa saa vaarantaa yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa ja laissa säädettyjen veloitteiden täyttämistä. Erityistä huomiota on kiinnitettävä siihen, että kotikäynnit ja muut päivystysluonteiset tehtävät kyetään hoitamaan lain edellyttämällä tavalla. Hallituksen esityksessä on kuvattu seikkoja, joita palvelua järjestettäessä on otettava huomioon. Mahdollista olisi myös säätää tarkemmin siitä, millä tavoin sosiaalipäivystys tulisi eri alueilla järjestää. Paikallisista eroista huolimatta, on selvästi havaittavissa, että useamman toimijan yhteistyönä toteutettu sosiaalipäivystys on vähemmän haavoittuva kuin päivystys, jossa yhteistoimintaa ei ole tai se on vähäistä. Mahdollista olisi säätää myös siten, että niille kunnille, joissa yhteispäivystys toimii, säädettäisiin koordinointi ja järjestämisvastuu muun alueellisen sosiaalipäivystyksen tarkoituksenmukaisesta organisoimisesta.

3.3 Keskeiset ehdotukset

Erikoissairaanhoidon tarkoitus keskittää valtakunnallisesti ja alueellisesti keskitettävää erikoissairaanhoidon olisivat tutkimukset, toimenpiteet tai hoidot, jotka harvoin

esiintyvänä tai vaativina edellyttävät toistettavuutta tai usean alan erityisosaamista riittävän taidon ja osaamisen saavuttamiseksi ja ylläpitämiseksi tai jotka edellyttävät merkittäviä voimavaroja laitteistoihin ja välineisiin, terveydenhuollon laadun ja potilasturvallisuuden, vaikuttavuuden, tuottavuuden ja tehokkuuden takaamiseksi. Leikkaustoiminta, joka edellyttää leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa, koottaisiin niihin sairaaloihin, joissa on ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys.

Esityksessä on tarkoitus uudistaa päivystysjärjestelmä ja määritellä uudella tavalla kiireellistä hoitoa antavat yksiköt. Vaativin erikoisalapäivystys järjestettäisiin 12 ympärivuorokautisen laajan päivystyksen yksikössä, joista viisi on kaikkein vaativinta hoitoa antavia yliopistollisia sairaaloita. Ympärivuorokautisen laajan päivystyksen yksikössä olisi vähintään noin kymmenen lääketieteen erikoisalan päivystys ja sosiaalipäivystys. Tällä menettelyllä turvattaisiin valmius erityistilanteiden hoitamiseen ja edistettäisiin yhdenvertaista palvelujen saatavuutta.

Muut nykyiset keskussairaalat jatkaisivat ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä, johon lisättäisiin sosiaali päivystystä. Niissä säilyisi myös tavallisimmin tarvittavien lääketieteen erikoisalojen osaaminen. Täsmällisestään päivystysyksiköiden välisestä työnjaosta kullakin erityisvastuualueella on tarkoitus sopia erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa. Lisäksi joissain muissa sairaaloissa sekä joissain terveyskeskuksissa olisi tarpeen järjestää perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen päivystystä, jos palvelujen saavutettavuus ja päivystyspisteiden väliset etäisyydet sitä edellyttävät. Myös sosiaalihuollon osalta tarvitaan muita alueellisia ratkaisuja laajan ympärivuorokautisen päivystyksen ja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystysten lisäksi turvaamaan alueen väestön tarkoituksenmukainen palvelujen saanti.

Esityksessä vahvistetaan lähipalveluna terveyskeskuksessa toteutettavaa kiireellistä vastaanottotoimintaa. Kiireellistä vastaanottotoimintaa järjestettäisiin terveyskeskuksissa arkisin sekä iltaisin ja viikonloppuisin sen mukaan kuin väestön tarve edellyttää.

Kun kiireellistä toimintaa ohjataan nykyistä täsmällisemmällä kiireellistä hoitoa koskevalla asetuksella, ohjaus oikean tasoiseen hoitoon vakavissa tapauksissa on nykyistä osuvampaa. Suuremmat toimintavolyymit parantavat hoidon laatua ja mahdollistavat toimivien laatujärjestelmien kehittämisen. Samalla prosesseja voidaan uudistaa siten, että toiminnan tehokkuus paranee ja saavutetaan kustannussäästöjä. Asukkaalla on kuitenkin aina oikeus hakeutua myös oma-aloitteisesti lähimpään päivystysyksikköön, missä hänen hoidon tarpeensa arvioidaan.

Ensihoitopalvelun osalta on tarkoitus vahvistaa ensihoitokeskuksen tehtäviä siten, että ensihoitokeskus valmistelee palvelutasopäätökseen kuuluvat väestön tavoittamisajat yhtenäisesti koko erityisvastuualueella. Lisäksi palvelutasopäätöstä valmistellessa tulee ottaa huomioon myös alueen muut kotiin viedyt päivystykselliset lähipalvelut ja erityisvastuualueen ensihoitopalvelun kaikki resurssit, jotta palvelut voidaan tuottaa mahdollisimman tehokkaasti ja taloudellisesti.

Ensihoitopalvelulle annettavat lääketieteelliset hoito-ohjeet tulee yhdenmukaistaa valtakunnallisesti, jotta KEJO- järjestelmään kuuluvaan sähköiseen ensihoitokertomukseen voidaan integroida kansalliset ensihoitopalvelun toimintaohjeet. Näiden ohjeiden avulla

päivystävät ensihoitolääkärit voivat vastata ensihoitohenkilöstön hoito-ohjepyynnöihin verkottuneesti, mistä tahansa toimipisteestä tai ensihoitoyksiköstä. Lisäksi ensihoidon valtakunnallista valmius- ja varautumiskoordinaatiota lisättäisiin siirtämällä ensihoitokeskusten tehtäväksi osaltaan suunnitella alueensa valmius- ja varautumissuunnittelua valtakunnallisesti yhdessä muiden viranomaisten ja ensihoitokeskusten kanssa.

Asiakasturvallisuuden sekä sosiaalipalvelujen laadun ja vaikuttavuuden takaamiseksi ehdotetaan, että sosiaalipalveluja voitaisiin keskittää valtakunnallisesti tai alueellisesti järjestettäviksi terveystalujen tai tarpeen mukaan muiden palvelujen yhteydessä. Sääntely vastaisi terveydenhuollossa jo olevaa sääntelyä ja koskisi kaikkia sosiaalipalveluja. Terveystalujen lisäksi sosiaalipalveluja voitaisiin järjestää yhdessä muidenkin palvelujen kanssa ja toisaalta säännös edistäisi sosiaali- ja terveydenhuollon integraation nopeuttamista.

Ehdotuksen mukaan sosiaalipäivystystä olisi järjestettävä sekä laajan ympärivuorokautisen terveydenhuollon päivystysyksikön yhteydessä että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon suppeamman yhteispäivystyksen yhteydessä. Samalla velvollisuutta järjestää psykososiaalista tukea sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä osana päivystyspalveluja selkeytettäisiin. Kaikissa päivystystä toteuttavissa yksiköissä tulisi olla riittävät voimavarat ja osaaminen. Asetuksella voitaisiin tarvittaessa tarkentaa, millä tavoin yhteistyö tulisi järjestää. Uudistus ei edellyttäisi koko sosiaalipäivystystoiminnan siirtämistä toteutettavaksi terveydenhuollon yhteydessä, mutta toimivat yhteistyökäytännöt tulisi luoda myös niihin terveydenhuollon yksiköihin, joiden osalta yhteistyöstä ei ole erikseen säädetty. Rakenteellisten muutosten tekemisen reunaehtona on asiakkaiden oikeusturvan parantaminen uudistuksen avulla.

Saumattoman palvelun toteuttamiseksi sekä kiireettömän että kiireellisen hoidon yhteydessä tulisi arvioida mahdollinen sosiaalihuollon tarve. Tavoitteena on, että arvio mahdollisesta sosiaalipalvelujen tarpeesta tulisi säännönmukaiseksi osaksi terveydenhuollon työtä ja yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon välillä toteutuisi päivittäisessä työssä. Sääntelyn avulla myös ehkäistäisiin sellaisen avuntarpeen kasautumista päivystystyöhön, joka olisi mahdollista toteuttaa virka-aikaan.

4 Esityksen vaikutukset

4.1 Taloudelliset vaikutukset

Useisiin uudistuksiin sisältyvät ehdotukset hillitsevät kustannusten kasvua tai mahdollistavat kustannussäästöjä ja näin mahdollistavat kustannuskehityksen hallintaa. Ehdotukseen sisältyy myös eräitä tekijöitä, jotka voivat aiheuttaa kustannusten lisäämistä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusrakenne

Kansallisten tilastojen mukaan terveydenhuollon, lapsiperhe-, vanhus- ja vammaispalveluiden nettokustannukset olivat vuonna 2014 noin 16,7 miljardia euroa. Somaattiset terveystalut, johon kuuluvat somaattisen erikoissairaanhoidon lisäksi perusterveydenhuollon avopalvelut ja akuutti vuodeosastohoito, muodostivat tästä noin 8 miljardia euroa. Operatiivisen hoidon toiminnan kustannukset olivat noin 2,5 miljardia euroa, minkä lisäksi operatiiviseen toimintaan liittyvän perusterveydenhuollon osuus oli noin 0,7 miljardia euroa, yhteensä 3,2 miljardia euroa. Konservatiivisen hoidon toiminnan

kustannukset olivat 3,8 miljardia euroa, päivystyspoliklinikoiden 0,3 miljardia euroa, synnytystoiminnan 0,3 miljardia euroa ja hammashuollon 0,4 miljardia euroa.

Suomessa erikoissairaanhoidon hoito on varsin hajaantunutta. Palvelutuotanto perustuu pitkälti siihen, että kaikki yksiköt tekevät lähes kaikkia mahdollisia toimenpiteitä ja hoitoja vastaten alueensa väestön tarpeisiin. Konservatiivisen hoidon kustannuksista n. 2,2 miljardia euroa syntyy erikoissairaanhoidossa ja 1,5 miljardia euroa perusterveydenhuollossa. Operatiivisesta toiminnasta määrällä mitattuna noin 40 % hoidetaan päiväkirurgisesti, 35 % elektiivisesti vuodeosastohoidon tuella ja 25 % päivystyksenä vuodeosastojen kautta. Päiväkirurgian osuus on jatkuvasti kasvanut. Vuodeosastohoidon osalta jatkohoitotarve kuntouttavissa yksiköissä koskee lähinnä päivystyskirurgiaa ja erityisesti lonkkamurtumia, mutta osittain myös muita murtumia ja elektiivisiä tekonivelleikkauksia. Kustannuksista noin 30 % jakautuu päiväkirurgiaan, 40 % elektiiviseen kirurgiaan ja 35 % päivystyskirurgiaan. Erikoissairaanhoidossa kustannuksista henkilöstökulujen osuus on noin 60 % ja materiaalikulujen osuus n. 25 % ja muita kustannuksia on 15 – 20 %.

Terveydenhuollon päivystysuudistuksen taloudelliset vaikutukset

Ehdotuksen mukaan päivystysjärjestelmä ehdotetaan muutettavaksi siten, että maassa olisi 12 ympärivuorokautista laajan päivystyksen yksikköä, joissa olisi useiden erikoisalojen päivystys ja sosiaalipäivystys. Laajan päivystyksen yksikössä olisi valmiudet erityistilanteiden hoitamiseen ja mahdollisuus tukea muita päivystysyksiköitä. Muissa keskussairaaloissa järjestettäisiin ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys, joka sisältäisi tavallisimmin tarvittavien erikoisalojen päivystyksen ja sosiaalipäivystyksen. Vaativan päivystyshoidon tuottaminen suuremmissa sairaaloissa tuo suoria kustannussäästöjä. Vaativan ja monien erikoisalojen yhteistyötä edellyttävän erikoissairaanhoidon päivystystoiminnan keskittäminen 12 laajan päivystyksen yksikköön tuottaisi julkiselle taloudelle säästöjä henkilöstön työvuorojen tarpeen vähenemisestä, muuttuvien kustannusten vähenemisestä ja osaamisen ja hoitokäytäntöjen kehittymisestä suurissa yksiköissä. Suuremmissa yksiköissä päivystysaikojen potilasvirta ja resurssien käyttö on tasaisempaa, mikä johtaa pienempiin kustannuksiin hoitokertaa kohti. Tietyn erikoisalan päivystyksen poistaminen pienemmästä sairaalasta vähentää henkilöstökustannuksia enemmän kuin korvaavan päivystyspalvelun tarjoavan suuremman sairaalan kustannukset kasvavat.

Päivystyspoliklinikka muodostaa päivystyspotilaiden hoidossa tärkeän, mutta kokonaisuhoitoon ja kustannusten näkökulmasta vain rajatun osan. Päivystystoiminnan välilliset kustannukset ovat huomattavat, kun tiedetään että valtaosa sairaaloiden vuodeosastojen sisäänotosta tapahtuu päivystysten kautta. Konservatiivisista vuodeosastojaksoista jopa yli 80 % on päivystyksellisiä, joten pääosa kiireellisen hoidon kustannuksista muodostuu päivystyksen jälkeen vuodeosastoilla. Päivystystoiminnassa hoidon vaikuttavuuden, laadun ja kustannusten kannalta oleellista on tarkastella kokonaisia päivystyksestä alkaneita hoitokokonaisuuksia. Työnjaolla laajan päivystyksen yksiköiden ja muiden ympärivuorokautisen yhteispäivystysyksiköiden välillä on mahdollista jossain määrin vähentää päivystyksestä alkaneita vuodeosastojaksoja. Päivystyshoidon laadun paraneminen vähentää komplikaatioita ja uusien hoitokertojen tarvetta ja luo siten myös välillisiä kustannussäästöjä. Suurempi yksikkö mahdollistaa erikoislääkäreiden käytön päivystyksen etulinjassa, jolloin hoitoprosessi nopeutuu.

Erikoissairaanhoidon päivystyspoliikkatoiminnan kustannukset suhteessa väestöön ovat keskimäärin 60 euroa/asukas. Siitä laskettuna erikoissairaanhoidon päivystyksen poliklinikoiden kokonaiskustannukset olisivat arviolta 324 miljoonaa euroa. Selvitysten mukaan lääkäreiden osuus erikoissairaanhoidon päivystyksen kustannuksista on 22 % ja hoitajien 23 %. Diagnostiikan ja muiden muuttuvien kustannusten, kuten aineiden ja tarvikkeiden osuus on 36 %. Keskittämällä hoitoa suurempiin yksikköihin voidaan arvioida kustannusten vähenemisestä tulevien säästöjen potentiaalin olevan noin 35 miljoonaa euroa vuosina 2017 – 2020. Välineitä toiminnan laadun ja säästöjen saavuttamiselle ovat muun muassa käytössä olevien henkilöstövoimavarojen tehokas käyttö, päivystävän henkilöstön osaamisen sekä yksikön tutkimusmahdollisuudet, päivystyksen toimintamalli ja rakenteet sekä vuodeosastojen toimintamallit. Oikea potilaan ohjaus päivystyspalveluihin on keskeistä. Tarjolla tulee olla väestölle myös erilaisia sähköisiä palveluita.

Osa päivystysuudistuksen säästövaikutuksista vahvistuu sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksella vuodesta 2019 lähtien ja osa säästövaikutuksista sijoittuu vuoden 2020 jälkeen. Päivystyksestä alkaneiden vuodeosastohoitojen vähentämiseen tarvitaan kokonaisjärjestelmän toimivuutta, ja se edellyttää keskeisten hoidettavien sairauksien standardiprosesseja ja tehokasta kuntoutusta. Näihin tavoitteisiin pyritään tulevassa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa. Säästöjen toteutuminen edellyttää koko sosiaali- ja terveysjärjestelmän, kuten vanhuspalvelujen, parantunutta kykyä ottaa vastaan asiakkaita erikoissairaanhoidon vuodeosastoilta.

Perustason kiireellisen viikonloppu- ja iltavastaanoton taloudelliset vaikutukset

Ehdotuksen mukaan lähipalveluina järjestettävää ilt- ja viikonloppuaikaista kiireellistä vastaanottoa vahvistetaan terveyskeskuksissa. Tämä osaltaan vähentää kalliiden päivystyspalveluiden tarvetta ympärivuorokautisissa yhteispäivystyspisteissä. Toisaalta se saattaa edellyttää lisävoimavaroja ilt- ja viikonloppuaikaiseen kiireelliseen vastaanottoa. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen loppuvuodesta 2015 toteuttaman terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyjä kartoittavan kyselyn mukaan (julkaisematon tieto) valtaosa korkeintaan 50 000 asukkaan terveyskeskuksista tuotti kaikkina tai ainakin muutamana arki-iltana akuuttivastaanottoa arki-iltaisina ja yli puolet myös viikonloppuisin. Sen sijaan yli 50 000 ja yli 100 000 asukkaan terveyskeskuksista akuuttivastaanottoja tuotti vain pieni osa. Nämä ohjasivat akuuttipotilaat virka-ajan ulkopuolella yhteispäivystykseen tai läheisen alue- tai keskussairaalan päivystykseen. Suurissa ja keskisuurissa keskussairaala-kaupungeissa on välttämätöntä lisätä kiirevastaanottoa palveluiden tuottamista iltaisina ja viikonloppuisin, mistä aiheutuu lisäkustannuksia. Toisaalta kalliiden päivystyspalveluiden käyttö vähenee. On kuitenkin odotettavissa, että ilt- ja viikonloppupalveluiden tarjonnan lisääminen lisää myös niiden käyttöä. Tämän kustannusten kasvun arvioidaan olevan noin 5 miljoonaa euroa.

Operatiivisen toiminnan työnjaon taloudelliset vaikutukset

Useissa tutkimuksissa on havaittu, että operatiivisessa toiminnassa sairaalan ja kirurgin toimenpidekohtaisella laajuudella on merkitystä paitsi tuottavuuden, myös vaikuttavuuden, laadun ja kustannusten kannalta. Tutkimuksia löytyy laajasti esimerkiksi tekonivelkirurgiasta, syöpäkirurgiasta ja muista vaativaan erikoissairaanhoidon kuuluvista toimenpideryhmistä. Operatiivisen toiminnan paljoushyödyt tulevat erityisesti työnjaon ja erikoistumisen sekä oppimisen kautta. Kun saman toimenpideryhmän laajuus

kasvaa, voidaan tähän erikoistuneen henkilöstön toistojen määrää kasvattaa, prosesseja standardoida sekä kehittää ja ottaa käyttöön edistyneempää teknologiaa. Osittain myös hankintavoima esimerkiksi materiaalien osalta kasvaa, kun yksiköstä tulee merkittävämpi asiakas toimittajan näkökulmasta.

Leikkaustoiminnassa suuri toimenpiteiden määrä mahdollistaa toimintatapojen ja -prosessien standardoinnin. Esimerkiksi tekonivelkirurgiassa paljon toimenpiteitä tekevissä yksiköissä havaittiin noin 20 % suurempi tuottavuus kuin vähän toimenpiteitä tekevissä yksiköissä. Ajan myötä oppiminen mahdollistaa prosessien ja jopa toimenpiteiden nopeutumisen, ja useissa tutkimuksissa havaittu kirurgikohtaisen toimenpidemäärän yhteys parantuneeseen laatuun ja vaikuttavuuteen liittyy juuri näihin mekanismeihin. Käytännössä tämä johtaa hoitoaikojen lyhenemiseen ja parantuneeseen toiminnan laatuun.

Hoidon tarpeen arvioissa ja hoitomenetelmien valinnassa suuren toimenpidemäärän yksikössä on pienen toimenpidemäärän yksikköä laajempi osaaminen käytössä ajantasaisen tutkimustiedon soveltamiseen ja yhtenäisten hoitokäytäntöjen sopimiseen ja valvontaan. Suurimmat suhteelliset poikkeamat esimerkiksi elektiiivisten toimenpiteiden suhteellisessa määrässä ovat tällä hetkellä pienten toimenpidemäärien yksiköissä. Väestöön ja sairastavuuteen suhteutettu leikkaustoimenpiteiden määrä on ollut näissä yksiköissä Suomessa suurta vuodesta toiseen, joten kyse ei ole pienten lukujen aiheuttamasta satunnaisvaihtelusta.

Kiireettömässä elektiiivisessä vuodeosastokirurgiassa on olemassa lukuisia esimerkkejä toimintaprosessien kehittämisestä. Esimerkiksi tekonivelkirurgiassa on kehitetty toimintamalleja, joissa läpimenoaika on lyhentynyt, kustannukset pienentyneet ja laatu ja hoidon vaikuttavuus parantuneet. Tekonivelkirurgian osalta Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen sairaaloiden toiminta- ja tuottavuustietojen (Benchmarking) ja hoitoketjun toimivuus, vaikuttavuus ja kustannukset - tutkimuksen (Perfect) perusteella suuret yksiköt ovat noin 16 % tehokkaampia kuin pienet yksiköt. Potilaat kotiutuvat nopeammin ja esimerkiksi uusintaleikkauksia on vähemmän. Hoitajaksojen kestojen vaihtelut selittyvät pääosin eroilla toimintakäytännöissä: miten potilaat kutsutaan leikkaukseen ja kuinka standardoitu hoitoprosessi on.

Päivystyskirurgiassa esimerkkinä hyvästä käytännöstä voidaan käyttää HYKS:ssä käytöön otettua lonkkaliukumäki-mallia, jossa lonkkamurtumapotilaiden kokonaishoitoaika kotoa - kotiin lyhennettiin 24 vuorokauteen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Perfect-aineistojen mukaan Suomen keskiarvo vuonna 2013 oli 42 vuorokautta. Lonkkaliukumäkimallissa läpimenoajat lyhenivät kaikissa vaiheissa: ennen leikkausta, erikoissairaanhoidon vuodeosastolla sekä kuntoutusosastolla. Lonkkaliukumäki edellytti jonkin verran lisäresursointia hoidon alkuvaiheeseen, mutta HYKS:n laskelmien mukaan säästö oli n. 3 miljoonaa euroa vuodessa, mikä tarkoittaisi koko maan osalta n. 18 miljoonaa euroa. Myös päiväkirurgiassa on esimerkkejä, jotka prosesseja kehittämällä pystyttävän lyhentämään potilaiden hoitoaika 20 % suhteessa muihin toimijoihin ja kokonaiskustannukset ovat alentuneet samassa suhteessa.

Tutkimustiedon pohjalta sairaalan toimenpidekohtaisen volyymin kasvattaminen vaikuttaa hoitokäytäntöjen yhtenäistämiseen ja toimintaprosessien standardointiin, laatuun ja vaikuttavuuteen parantavasti lukuisissa eri toimenpideryhmissä ja hoitajaksojen keston lyhentävästi. Kustannusten osalta näyttö ei ole yhtä vahvaa, mutta tätä on tutkittu vä-

hemmän. Kustannusajureita ovat leikkausmäärät, vuodeosasto- ja jatkohoidon kesto, leikkaussaliprosessin nopeutuminen, leikkaustiimien käyttöasteiden kasvu sekä hoitopahtumiin liittyvät käynnit. Toteutuminen edellyttää paikallista sairaalakohtaista vahvaa muutosjohtamista.

Operatiivisen toiminnan säästöpotentiaalia on arvioitu toimenpideryhmittäin toimintayksiköiden Benchmarking- tiedon pohjalta tehokkaammin toimivien yksiköiden ja henkilötuottavuuden mukaan ja toisaalta arvioimalla, mitkä olisivat säästöt koko operatiivisessa toiminnassa, jos ne vastaisivat parhaiten käytäntöjen hyödyntämisen vaikutusten kautta keskimäärin tulevia säästöjä.

Parhaissa käytännöissä voidaan esimerkiksi päiväkirurgiassa kokonaisläpimenoaika ja -kustannuksia vähentää 20 %, elektiiivisessä kirurgiassa hoitoaikoja lyhentää 15–25 % ja päivystyskirurgiassa lyhentää hoitoaikoja 40 % ja alentaa kustannuksia 15 %.

Aluesairaaloissa somaattisen erikoissairaanhoidon kustannukset vaihtelevat tyypillisesti välillä 20–50 miljoonaa euroa. Niiden operatiivisen toiminnan kustannukset vaihtelevat välillä 10–30 miljoonaa euroa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Kuntaliiton kustannustietojen pohjalta arvioidun 16 aluesairaalan operatiivisen toiminnan kustannukset olivat yhteensä noin 200 miljoonaa euroa. Kustannuksista noin 80–85 % koostuu henkilöstö- ja materiaalikustannuksista, kun huomioidaan sisäiset ostot muita erikoisaloilta. Siten noin 160 miljoonan euron säästö toteutuisi suoraan aluesairaaloiden operatiivisen toiminnan keskussairaaloiden yhteyteen siirtämisen kautta.

Lakimuutoksen edellyttämien säästöjen toteutuminen edellyttää, että toimintoja lakkautetaan kokonaan pienemmistä yksiköistä, kuten aluesairaaloista. Tämä koskee niin operatiivista leikkaavaa toimintaa kuin päivystystoimintaa. Tuottavuushyötyjä ei saavuteta, ellei merkittävää osaa operatiivisesta toiminnasta keskitetä suurten toimenpidemäärien yksiköihin. Säästöjen toteutuminen edellyttää myös toimintayksiköiden prosessien ja toimintamallisen tehostumista ja yhtenäistymistä ja siihen liittyvää jatkohoidon prosessin tehostumista.

Erikoissairaanhoidon konservatiivisesta vuodeosastotoiminnasta enemmistö on päivystyksestä alkanutta, akuuttiluonteista toimintaa, joten suurimmat säästöt on saavutettavissa vuodeosastohoitoa tehostamalla. Parhaita käytäntöjä toteuttamalla erikoissairaanhoidon päivystyksen vaikutus julkisen talouden kustannuksiin 2016-2020 on yhteensä n. 35 miljoonaa euroa, lisäksi vuodeosastoilla vastaavasti kiireellisen hoidon osalta vaikutus julkisen talouden kustannuksiin 2016-2020 on noin 100 miljoonaa euroa €.

Leikkaustoiminnassa volyymin kasvattaminen johtaa hoitokäytäntöjen ja toimintaprosessien standardointiin. Tämä osaltaan johtaa hoitajaksojen keston lyhenemiseen ja sitä kautta kustannussäästöihin. Toteutettaessa säästöpotentiaalın laskenta THL:n Benchmarking-tiedon pohjalta huomioiden parhaat käytännöt operatiivisen toiminnan osalta vaikutus julkisen talouden kustannuksiin 2016-2020 on noin 185 miljoonaa euroa.

Sote-uudistuksen myötä säästöpotentiaalia tulisi lisäksi mm. integraation ja digitalisaation kautta vuosille 2019–2020 ja näiden jälkeisille vuosille.

Ensihoidon uudistamisen taloudelliset vaikutukset

Ensihoidolla ja muilla kentälle viedyillä palveluilla voidaan vähentää yhteispäivystysten käyttöä ja siten vaikuttaa vuodeosastohoitoon joutumiseen ja sen mukana tuomiin kustannuksiin.

Ensihoitopalvelun ja ambulansseilla tehtävien potilassiirtojen kustannuksista vastaavat suurelta osin sairaanhoitopiirien kuntayhtymät ja Kela. Sairaanhoitopiirit ovat ilmoittaneet Kuntaliiton vuonna 2014 tekemää ensihoidon selvitystä varten ensihoitopalvelun kustannuksiksi noin 20–90 € / asukas / vuosi. Luotettavaa tietoa kustannuksista on vaikea saada, pääasiassa ensihoidon monikanavarahoitukseen liittyvien tekijöiden vuoksi. Kela maksaa vuodessa näitä korvauksia noin 100 miljoonaa euroa. Ensihoitopalvelun kokonaiskustannusten sairaanhoitopiireille ja Kelalle arvioidaan olevan reilu kaksinkertainen Kelan osuuteen nähden. Ensihoitopalvelun ohjauksen ja ensihoitopalveluun kuuluvien potilassiirtojen koordinoinnin siirtyessä viiden alueen malliin saadaan päällekkäisiä toimintoja purkamalla myös taloudellista säästöä. Tämä realisoituu asteittain ohjauksen rakenteen muuttuessa, ja arvioidaan olevan suuruusluokaltaan muutama prosentin luokkaa eli noin 5 miljoonaa euroa.

Sosiaalipäivystys

Uudistus edistää sosiaalipäivystyksen tarpeessa olevien asiakkaiden saaman palvelun paranemista, tasalaatuisuutta ja alueellista oikeudenmukaisuutta palvelun saamisessa. Se parantaa myös sosiaalityön ja sosiaalipalvelujen tarpeessa olevien asiakkaiden tarvearviointia. Tarvearvioinnin onnistuminen voi pitkällä aikavälillä parantaa paljonkin kohdentumista ja vähentää myös kalliiden erikoispalvelujen käyttöä ja kustannuksia.

Sosiaali- ja terveysministeriön teettämän selvityksen mukaan sosiaalipäivystystä järjestetään tällä hetkellä noin 40 yksikössä ja sen kustannukset ovat yhteensä noin 18 miljoonaa euroa. Sosiaalipäivystyksen järjestämistapaa ja voimavaroja koskevat tiedot on kerätty kaikkiin Suomen sosiaalipäivystyksiin lähetetyllä kyselyllä. Lisäksi tehtiin sairaanhoitopiireille kysely niiden sosiaalityön resursseista.

Kymmenellä maakunnalla on yksi koko, tai lähes koko maakunnan kattava sosiaalipäivystyksikkö. Moni maakunta on jakaantunut muutamaan yksikköön. Esimerkiksi Etelä-Savossa on päivystyksen Mikkelin ja Savonlinnan ympärillä sekä Kymenlaakso on jakaantunut Etelä-Kymenlaakson ja Kouvolan päivystyksiin.

Kahdessa maakunnassa on omista erityispiirteistään johtuen kuusi päivystyksen yksikköä. Uudenmaan alueella Isoilla kaupungeilla Helsingillä, Espoolla ja Vantaalla on omat ympärivuorokautisesti toimivat yksikkönsä. Uudenmaan reuna-alueilla on kolme osin aktiiviyönä osin varallaolona toimivaa alueellista yksikköä.

Lapin maakunnassa kolme täysin varallaoloperusteista päivystysyksikköä ja kolme yksikköä, jossa on järjestetty etupäivystys omana tai ostopalveluna ja muodollisesti kelpoisen sosiaalityöntekijän takapäivystys.

Ympärivuorokautisena aktiiviyönä sosiaalipäivystystä järjestetään pääsääntöisesti suurimmissa kaupungeissa, yhteensä kahdeksassa yksikössä, jotka kattavat noin 50 prosenttia Suomen väestöstä. Niissä asukaskohtainen kustannus on noin 3,5 euroa/asukas ja yksikkökustannus noin 135 euroa päivystykseen tullutta tehtävää kohti. Keskiuuret kun-

nat ja alueet järjestävät päivystyksen pääosin aktiiviyön ja varallaolon yhdistelmänä. Näitä yksiköitä on yhteensä 12 ja ne kattavat noin 30 prosenttia väestöstä. Niissä asukaskohtainen kustannus on noin 2,2 euroa/asukas ja yksikkökustannus noin 130 euroa päivystykseen tullutta tehtävää kohti. Väestöltään pienillä alueilla ja muutamassa yksittäisessä kunnassa päivystys on järjestetty yksinomaan vapaamuotoisena varallaolona. Niissä asukaskohtainen kustannus on noin 2,2 euroa/asukas ja yksikkökustannus 471 euroa päivystykseen tullutta tehtävää kohti.

Mahdollisuus yhteyden saamiseen sosiaalipäivystykseen ympäri vuorokauden perustuu voimassa olevaan lainsäädäntöön. Samoin lainsäädäntö edellyttää, että sosiaalityöntekijän tulee myös käytännössä vastata niiden päätösten tekemisestä, joissa laki edellyttää sosiaalityöntekijän tekemää päätöstä eli päivystyksen käytettävissä tulee olla kelpoisuuden osaava sosiaalityöntekijä. Näiden velvoitteiden toteuttaminen niillä alueilla, joissa ne eivät vielä toteudu, ei ole sellainen uusi kustannus, joka oikeuttaisi valtionosuuden lisäykseen.

Esityksessä ehdotetaan sosiaalipäivystystä järjestettäväksi terveydenhuollon laajojen päivystysten sekä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteispäivystysten yhteydessä. Jo nykyisin lainsäädäntö edellyttää, että sosiaalipäivystys toteutetaan yhteistyössä terveydenhuollon kanssa ja potilailla on vastaava oikeus saada apua sosiaalipäivystyksen kautta kuin muillakin. Sosiaalipäivystyksen vahvistaminen terveydenhuollon päivystyksessä edellyttää uusia järjestelyjä suurimmalta osalta niistä sosiaalipäivystyksistä, joita velvoite koskee, koska tällä hetkellä vain kolme sosiaalipäivystystä toimii osittain tai kokonaan sairaalan yhteydessä.

Ehdotuksen mukaan laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköt olisivat HUS:n, Varsinais-Suomen, Satakunnan, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen, Etelä-Karjalan, Pohjois-Karjalan, Pohjois-Savon, Keski-Suomen, Etelä-Pohjanmaan, Keski-Pohjanmaan ja Lapin sairaanhoitopiireissä. Käytännössä se tarkoittaisi, että Helsingissä, Turussa, Porissa, Tampereella, Lahdessa, Lappeenrannassa, Joensuussa, Kuopiossa, Jyväskylässä, Seinäjoella, Oulussa ja Rovaniemellä tulisi sosiaalipäivystystä järjestää terveydenhuollon laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yhteydessä. Näistä Porissa ja Oulussa päivystystä järjestetään tällä hetkellä terveydenhuollon yksikön yhteydessä.

Helsingissä, Turussa, Porissa, Tampereella, Lahdessa ja Oulussa toimii ympärivuorokautinen päivystys aktiiviyönä. Muissa päivystys järjestetään aktiiviyön ja varallaolon yhdistelmänä. Rovaniemellä on etupäivystys turvakodin yhteydessä ja takapäivystys varallaolona.

Ehdotuksen mukaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon ympärivuorokautinen yhteispäivystys olisi Kanta-Hämeen, Kymenlaakson, Vaasan, Etelä-Savon, Keski-Pohjanmaan, Kainuun, Länsi-Pohjan ja Itä-Savon keskussairaaloissa. Siten näillä alueilla sijaitsevien Savonlinnan, Hämeenlinnan, Kotkan/ Etelä-Kymenlaakson, Vaasan/Pohjanmaan, Mikkelin, Kokkolan, Kainuun ja Länsi-Pohjan / Meri-Lapin sosiaalipäivystysten tulisi järjestää esityksen mukainen työ terveydenhuollon päivystyksissä. Missään näistä päivystyksistä ei ole ympärivuorokautista aktiivipäivystystä järjestetty. Pääosassa on aktiiviyön ja varallaolon yhdistelmä. Keski-Pohjanmaalla ja Länsi-Pohjassa on varallaoloperusteinen päivystys ja Mikkeliissä etupäivystys vastaanotokodin yhteydessä ja takapäivystys varallaolona. Päivystyspisteet eivät ole sijoittuneet terveydenhuollon yhteyteen.

Ehdotuksella tarkennettaisiin sitä, miten sosiaalipäivystys tulisi järjestää, jotta sosiaali- ja terveydenhuolto toimisi mahdollisimman saumattomasti päivystystilanteissa. Jotta päivystystyö ei kuormittuisi sen tähden, ettei palveluja anneta saumattomasti virka-aikaan, sisältyy hallituksen esitykseen myös ehdotus, jonka mukaan terveydenhuoltoa laissa selkiytettäisiin yhteistyön toteuttamista myös ei-kiireellisissä tehtävissä. Lakiesityksessä ehdotetaan, että toiminta olisi järjestettävä siten, että terveydenhuollon päivystyksen yhteydessä sosiaalityöntekijä tai sosiaaliohjaaja arvioisi kiireellisen avun tarpeen ja potilas voisi tarvittaessa saada myös kiireelliset ja välttämättömät sosiaalipalvelut. Ehdotuksessa ei edellytetä alueen koko sosiaalipäivystystoiminnan siirtämistä terveydenhuollon päivystyksen yhteyteen, mutta veloitteen toteuttaminen vaatii, että sosiaalihuollon asiantuntemus on nopeasti ja helposti terveydenhuollon päivystyksessä käytettävissä. Käytännössä ehdotus edellyttää, että esitetyissä terveydenhuollon päivystysyksiköissä olisi sosiaalipäivystys läsnä ainakin virka-aikana.

Tarkoituksena on, että uudistusta lähdettäisiin toteuttamaan siten, että otettaisiin huomioon terveydenhuollossa jo nykyisin tehtävä sosiaalityö sekä -ohjaus ja pyrittäisiin sovittamaan ne nykyistä paremmin sekä päivystykselliseen työskentelyyn että kunnan sosiaalitoimessa toteutettavaan työhön. Tämä toteuttamistapa vastaisi sote-uudistuksen tavoitetta integroiduista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista ja toiminnan käynnistäminen helpottaisi siirtymistä toimimaan tulevan sote-lainsäädännön mukaisesti. Sairaanhoidopiireissä on terveydenhuollon sosiaalityössä yli 150 sosiaalityöntekijän vakanssia ja sen kustannus on kokonaisuudessaan noin 30 miljoonaa euroa. Tätä resurssia voidaan työtä kehittämällä hyödyntää terveydenhuollossa tehtävän sosiaalipäivystystyön tukena.

Nykyisin sovellettavan lainsäädännön mukaan kunnan sosiaalihuollosta vastaava toimielin vastaa sosiaalipalvelujen toteuttamisesta. Tietyissä tehtävissä edellytetään, että päätöksentekijä on virkasuhteessa. Terveydenhuollossa toteutettava nykymuotoinen sosiaalityö sekä sosiaaliohjaus on mahdollista toteuttaa sekä sairaanhoidopiirien omana toimintana että ostamalla toiminta kunnan sosiaalitoimelta.

Hoitotyöhön osallistumista lukuun ottamatta voimassaoleva lainsäädäntö ei estä sairaaloissa toimivien sosiaalityöntekijöiden ja sosiaaliohjaajien työn toteuttamista osana kunnan sosiaalitoimen työtä. Jos sairaalassa tehtävä sosiaalityö järjestettäisiin kunnan sosiaalitoimen kautta, mahdollistaa tämä sen, että sairaaloiden sosiaalityöntekijät ja sosiaaliohjaajat voivat muun työnsä ohella tehdä sosiaalihuollon lainsäädännön mukaisia päätöksiä ja palvelutarpeen arviointeja.

Integraatiota on mahdollista edistää vaihtoehtoisesti myös siten, että sairaanhoidopiirien sosiaalityöntekijät ja sosiaaliohjaajat toimivat kunnan sosiaalitoimen kanssa yhteistyössä nykyistä tiiviimmin arvioimalla kiireellisen avun tarvetta päivystyksissä sekä osallistumalla sosiaalitoimen työntekijän vastuulla olevan palvelutarpeen arvioinnin tekemiseen. Tässä mallissa terveydenhuollon sosiaalialan ammattihenkilöt toimivat sairaanhoidopiirien alaisuudessa, eikä heillä ole päivystystyön edellyttämää päätöksentekioikeutta eikä mahdollisuutta vastata itsenäisesti koko palvelutarpeen arvioinnin tekemisestä.

Laskelmien lähtökohtana nykytilanne huomioon ottaen on, että sosiaalipäivystystä ei voida toteuttaa lainmukaisesti yksinomaan tekemällä henkilöstösiirtoja yksiköstä toiseen, vaan uudistuksen toteuttaminen edellyttää joko terveydenhuollon työntekijöiden työnkuvien muokkaamista ja/tai uuden henkilöstön rekrytointia. Ottaen huomioon, että rekrytointitarve johtuu suurelta osin siitä, ettei voimassa olevaa lainsäädäntöä ole nou-

datettu, laskelmissa on arvioitu ainoastaan niitä kustannuksia, joita tästä esityksestä katsotaan aiheutuvan.

Koska yhteistyö terveydenhuollon kanssa on jo nykyisin sosiaalipäivystyksen lakisääteinen velvollisuus ja koska kunnilla/alueilla on mahdollisuus organisoida sosiaalipäivystystä vastaamaan esityksen velvoitteisiin, on arvioitu, että virka-aikaisen päivystyksen järjestäminen terveydenhuollon päivystyksen yhteydessä edellyttäisi noin puolikkaan sosiaalityöntekijän vakanssin lisäämistä niiden päivystysten osalta, joita velvoite koskee. Lisäyksen kustannus olisi noin 600 000 euroa. Lisäksi toiminnan uudelleen järjestämisen organisoinnista, esimerkiksi ICT-hankinnoista, sekä työntekijöiden kouluttamisesta voidaan arvioida aiheutuvan kustannuksia alkuvaiheessa. Osaan koulutustarpeista voidaan vastata tavanomaisella täydennyskoulutuksella, mutta kriisityön osaamiseen voidaan tarvita lisäkoulutusta päivystystyöhön osallistuville. Siitä aiheutuvien lisäkustannusten arvioidaan olevan noin 100 000 euroa. Asiakastietojärjestelmiin pääsyn varmistamisen ja muiden terveydenhuollon päivystyksen toimipisteeseen tarvittavien tietojärjestelmäratkaisujen arvioidaan tuovan lisäkustannuksia noin 400 000 euroa. Yhteensä esityksestä aiheutuvat kustannukset olisivat siten noin 1,1 miljoonaa euroa, joista 500 000 euroa olisi kertaluonteisia. Asiakasprosesseja tehostamalla ja yhteen sovittamalla potilaiden ja asiakkaiden mahdollisuus saada tarpeensa kokonaisvaltaisesti arvioiduksi ja välittömät kiireelliset sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeensa tyydytettyä samassa yhteydessä paranevat ja tästä syntyy säästöä, jolla arvioidaan voitavan kattaa toiminnan uudelleenorganisoinnista aiheutuvat kustannukset.

Erityisesti paljon sekä sosiaali- että terveydenhuollon palveluja tarvitsevat moniongelmaiset asiakkaat hyötyisivät integroidusta palvelusta.

Esimerkiksi onnettomuus- tai tapaturmatilanteissa tai henkilön jäätyä syystä tai toisesta heitteille, välttämättömiin kiireellisiin tarpeisiin vastaamisella voidaan välttää osastolle ottaminen niissä tilanteissa, joissa se ei lääketieteellisistä syistä ole tarpeellista. Myös väkivallan uhrien turvallisesta kotiuttamisesta huolehtimalla sosiaalityön avulla voidaan välttää tarpeettomia hoitovuorokausia sairaalassa.

Sosiaalihuollon osaaminen terveydenhuollon päivystyksessä mahdollistaa sosiaalihuollollisen työn ohjaamisen sosiaalialan ammattilaiselle, jolloin voidaan säästää terveydenhuollon resursseja ja työ kohdentuu heti sen parhaiten osaavalle.

Esimerkkejä lyhyen ja pitkän aikavälin kustannusvaikutuksista sosiaalipäivystyksen osalta

Toimiva kriisityö ja sosiaalipäivystys voivat vähentää myös niin sanottujen kalliiden asiakasryhmien terveystalvelujen toistuvaa käyttöä. Leskelän ym. (2013) mukaan erilaisten asiakasryhmien tunnistaminen on oleellista, että palvelut osataan kohdentaa oikein. (Oulun tutkimus,

<http://docplayer.fi/3294713-Paljon-sosiaali-ja-terveyspalveluja-kayttavat-asukkaat-oulussa.html>)

Esimerkiksi asunnottomuuden hoito vähentää kustannuksia. Asunto ensin – tutkimuksen mukaan mielenterveyskuntoutujien osalta kokonaiskustannukset laskivat merkittävästi. Palveluiden käytöstä aiheutuneet kokonaiskustannukset vähenivät 34 prosenttia eli noin 10 300 euroa henkilöä kohden vuodessa. Terveystalveluissa merkittävimmät säästöt koskivat psykiatristen sairaalavuorokausien kustannuksia, jotka vähenivät noin 70 pro-

senttia. Taloudellisen säästön lisäksi vaikutukset näkyivät asukkaiden elämänlaadussa, jonka suurin osa koki kohentuneen merkittävästi.

(<http://www.ym.fi/download/noname/%7B13F1333B-9C45-438D-B9BD-59D0BEE62339%7D/77950>)

Esimerkki: Terveyserojen poistaminen sosiaalista tukea lisäämällä, esimerkkejä kustannusvaikutuksista (THL,

<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/seuranta-ja-vaikuttavuus/vaikuttavuus-ja-kustannukset>):

Esimerkki: Rikollisuuden hoidon kustannukset olivat vuonna 2008 lähes 4 miljardia euroa. Ainakin osa näistä voitaisiin välttää panostamalla terveyden ja hyvinvoinnin entistä tehokkaampaan tukemiseen.

(http://www.optula.om.fi/material/attachments/optula/julkaisut/rikollisuustilanne/rikollisuustilanne2007/2t31jJCcat/2_Rikollisuuden_kustannukset.pdf)

Esimerkki: Masennuksen kustannukset Suomessa ovat noin 2 miljardia euroa.

(Niina Junttila; YLE:n tekemä selvitys,

http://yle.fi/uutiset/yksinaisyys_tulee_yhteiskunnalle_kalliiksi_paihdeongelmat_tyottomyys_velkaantuminen_masennus/7848270)

Sosiaalityön ohjauksen ensiapuun liitettynä on havaittu vähentävän toistuvien käyntien tarvetta. Amerikkalaisen tutkimuksen mukaan päivystystilanteisiin integroitu sosiaalityön tuki vähensi ensimmäisen neljän kuukauden aikana päivystyskäyntien kustannuksia lähes 70 %

(http://www.npr.org/sections/health-shots/2015/10/23/451154605/a-hospital-reduces-repeat-er-visits-by-providing-social-workers?utm_campaign=storyshare&utm_source=twitter.com&utm_medium=social).

Kustannukset putosivat 1.5 miljoonasta dollarista 440,000 dollariin.

Uudistusten vaikutukset matkakustannuksiin

Terveydenhuollon päivystysuudistuksen johdosta matkakustannusten voitaisiin odottaa jossain määrin lisääntyvän, sillä sairaankuljetusten keskipituus kasvaisi alueilla, joissa vaativia päivystyshoitoja tarjoavien laajojen yksiköiden määrä vähenee kahteentoista. Uudistus voi lisätä kotitalouksien kustannuksia mm. lisääntyvien matka- ja yöpymiskulujen kautta. Toisaalta siirtokuljetuksen pienemmistä sairaaloista suurempiin vähensivät, kun potilaat voidaan kuljettaa suoraan oikeaan hoitopaikkaan laajan päivystysyksikön sairaalaan. Ensihoitopalveluiden tehostuminen ja erilaiset neuvontapalvelut vähentävät keskitettyjen päivystyspalveluiden käyttöä. Lähipalveluna tarjottavat perustason iltata- ja viikonlopun päiväaikaiset palvelut vastaavasti vähentävät pitkiä matkoja. Keskitetyt palveluita tarvitaan hyvin harvoin, usein vain kerran elämässä. Täten niiden merkitys matkakustannusten näkökulmasta on pieni. Usein kiireettömään hoidon osalta hoitopaikkaan matkustetaan yleisellä kulkuneuvolla, joten matkakustannus potilaalle ja yhteiskunnalle on suhteellisen pieni. Arvio säästöjen ja lisäkustannusten suuruudesta on yhtä suuri eli ne kompensoivat toisensa.

Taloudellisten vaikutusten kokonaisuus

Lakimuutoksen edellyttämien säästöjen realisointi edellyttää, että eräitä toimintoja lakautetaan kokonaan pienemmistä yksiköistä, kuten aluesairaaloista. Tämä koskee niin operatiivista leikkaava hoitoa kuin päivystystoimintaa. Tuottavuushyötyjä ei saavuteta, ellei merkittävä osa operatiivisesta toiminnasta keskitetä korkean toimenpidevolyymin yksiköihin. Riskinä on jopa kustannusten lisääntyminen, kun pieniin yksiköihin jäljelle jääneet resurssit tuottavat lisää palveluita. Tällöin tuottavuusetu tarkoittaa siis kokonaisuuden lisääntymistä, mutta ei kustannusten alenemaa. Harvoin se tarkoittaa myöskään väestön parantunutta terveydentilaa, vaan vaikutus voi olla päinvastainen.

Tutkimustiedon pohjalta sairaalan toimenpidekohtaisen volyymin kasvattaminen vaikuttaa hoitokäytäntöjen yhtenäistämiseen ja toimintaprosessien standardointiin, laatuun ja vaikuttavuuteen parantavasti lukuisissa eri toimenpideryhmissä sekä hoitajaksojen keskeiseen lyhentävään.

Tavoiteltaessa keskitetyn toiminnan säästöpotentiaaleja keskeisiä tekijöitä ovat yhtenäisemmät hoitokäytännöt, vaikuttavuusperusteinen ohjaus, toimenpidekohtaisen volyymin kasvu standardoi käytäntöjä ja lyhentää läpimenoaikoja, Kustannusajureita ovat leikkausmäärät, vuodeosasto- ja jatkohoidon kesto, leikkaussaliprosessin nopeutuminen, leikkaustiimin käyttöasteen kasvu sekä käynnit hoitotapahtumaan liittyen.

Aluesairaaloissa somaattisen erikoissairaanhoidon kustannukset vaihtelevat tyypillisesti kokoluokassa 20–50 miljoonaa euroa. Operatiivisen toiminnan kustannukset vaihtelevat 10–30 miljoonaan euroon. Noin 16 arvioidun aluesairaalan operatiivisen toiminnan kustannukset olivat Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Kuntaliiton kustannustietojen pohjalta yhteensä noin 200 miljoonaa euroa. Kustannuksista noin 80 – 85 % koostuu henkilöstö- ja materiaalikustannuksista, kun huomioidaan sisäiset ostot muita erikoisaloilta. Tästä kustannuksesta olisi noin 160 miljoonaa euroa realisoitavissa varsin nopealla aikataululla. Rakenteelliset muutokset edellyttävät paikallista sairaalakohtaista vahvaa muutosjohtamista.

Sosiaalihuollon osalta esityksestä aiheutuvat kustannukset olisivat yhteensä noin 1,1 miljoonaa euroa, joista 500 000 euroa olisi kertaluonteisia. Asiakasprosesseja tehostamalla ja yhteen sovittamalla potilaiden ja asiakkaiden mahdollisuus saada tarpeensa kokonaisvaltaisesti arvioiduksi ja välittömästi tarpeen mukaiset palvelut vähentävät kustannuksia.

Yhteenveto julkisen talouden säästövaikutuksista vuosille 2017–2020

1. Terveydenhuollon päivystystoiminnan uudistus -35 miljoonaa euroa.
2. Perustason kiireellisen viikonloppu- ja iltavastaanotto. +5 M€
3. Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon vähentyminen -100 milj. euroa.
4. Hoitokäytäntöjen ja toimintaprosessien standardointiin sekä hoitokasojen keston lyheneminen -185 milj. euroa..
5. Ensihoidon uudistaminen -5 milj. euroa.
6. Sosiaalipäivystyksen uudistaminen 0 euroa (säästöt ja lisäkustannukset yhtä suuret).
7. Matkakustannukset 0 euroa (säästöt ja lisäkustannukset yhtä suuret).

Hyöty julkiselle taloudelle yhteensä -320 M€

Hyöty kunnille -238,5 M€

Kustannusvaikutukset ovat sosiaali- ja terveysministeriön arvioita todennäköisestä kustannuskehityksestä. Kustannusvaikutuksia ei ole toistaiseksi otettu huomioon valtion 201x talousarvioesityksessä eikä valtiontalouden kehyksissä. Sosiaali- ja terveysministeriö on tässä vaiheessa arvioinut säästövaikutusten olevan seuraavat:

	2017	2018	2019	2020
Kuntien menot M€	125,0	200,0	260,0	320,0
Valtionosuus (25,47 %) M€	31,84	50,94	66,22	81,5

Yhdessä kansallisen ohjauksen, kuten kannustinjärjestelmän kanssa säästövaikutus on yhteensä 350 miljoonaa euroa.

4.2 Vaikutukset viranomaisten toimintaan

Esityksellä on vaikutuksia sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöön ja organisaatioihin sekä niiden tehtäviin ja menettelytapoihin.

Kuntaliiton tilastojen mukaan sairaanhoitopiireillä oli 78 690 työntekijää vuoden 2015 lopussa. Hoitohenkilökunnasta valtaosa on naisia, kun taas kirurgeista naisia on vain noin neljäsosa. Osalla henkilöstöä työpaikka siirtyy suurempaan yksikköön ja jossain määrin työvoiman tarve saattaa pienentyä. Terveydenhuoltoalan työllisyystilanne on hyvä ja työttömyysaste koko terveydenhuollossa on muutaman prosentin luokkaa (lääkäreillä n. 1 %, sairaanhoitajilla n. 2 % ja lähihoitajilla n. 6 % vuonna 2013). Näin ollen terveydenhuoltohenkilöstön työllisyyden esityksellä ei ole merkittäviä vaikutuksia.

Sen sijaan on huomioitava vaikutukset paikalliseen henkilöstövajeeseen ja erityisesti lääkärivajeeseen. Erikoislääkärien eläkkeelle siirtymisen huippuvuodet sijoittuvat 2020-luvun alkupuolelle. Tällä hetkellä yliopistosairaaloissa on hyvä työvoimatilanne, mutta osassa keskussairaaloita on rekrytointiongelmia. Muissa kuin yliopistosairaanhoidotöissä erikoislääkärit ovat keskimäärin iäkkäämpiä, joten eläkkeelle siirtymisen vaikutukset alkavat niissä aikaisemmin ja tuntuvat voimakkaammin. Myös erikoisalojen kesken on suuria eroja. Psykiatrian aloille sekä väestön ikääntymisen vuoksi fysiatrian, geriatrian, syöpätautien ja reumatologian erikoisaloille tarvitaan lisää erikoislääkäreitä ja on odotettavissa, että erityisesti pieniin sairaaloihin on haastavaa saada osajia.

Päivystysyksiköllä tulee olla riittävä suunnitellun päiväaikaisen toiminnan volyyymi, jotta sen toiminta olisi suunniteltavissa henkilöstövoimavarojen käytön kannalta joustavaksi ja tehokkaaksi. Tällä hetkellä eräissä pienissä keskussairaaloissa päivystyksen ylläpito edellyttää ostopalveluhenkilöstön (joidenkin alojen erikoislääkäreiden) käyttöä. Esityksen mukainen osaamisen kokoaminen suurempiin yksiköihin todennäköisesti helpottaa lääkärivajetta ja vähentää ostopalveluhenkilöstön käyttöä. Keskittämällä on vaikutusta myös henkilöstön osaamiseen ja laadukkaan tutkimustyön edellytyksiin.

Esitys tukee terveydenhuollon sosiaalityön uudistamista ja kytkemistä vahvistamaan sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota. Terveydenhuollossa työskentelevien sosiaalityöntekijöiden hallinnollisen vastuun siirtäminen kuntiin parantaisi työn suuntaamista, suunnittelua, koordinoitua, kehittämistä ja johtamista. Työntekijöiden sijoituspaikkaa ei tarvitsisi vaihtaa. Terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden tehtäväkuvaa olisi mahdollista kehittää enemmän asiakkaiden ja heidän omaistensa tueksi.

Uudistuksen onnistuminen edellyttää, että sosiaalipäivystykselle tarjotaan aito rooli osana tiimiä eikä vain työhuonetta sairaalarakennuksessa. Toisaalta terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden siirtyminen vastaamaan osittain sosiaalipäivystyksellisestä työstä vaatii myös tämän ammattiryhmän perehdyttämistä sosiaalipäivystystyöhön ja vahvaa perehdyttämistä muun muassa lastensuojelutyöhön.

Uudistus edistää sosiaalipäivystystyön kehittämistä omana työmuotona ja siihen keskittyvien työntekijöiden ammatillisen osaamisen kasvattamista ja työyhteisöllisen tuen saamista. Toiminnan työkäytäntöjen vakiintuminen valtakunnallisesti yhtenäisten toimintamallien mukaiseksi parantaisi palvelujen laatua ja vähentäisi alueellista vaihtelevuutta palvelun saatavuudessa ja laadussa.

Terveydenhuollon sosiaalityöntekijöille annettava päätöksenteko-oikeus vahvistaisi sosiaalialan ammatillisen henkilöstön roolia suhteessa terveydenhuollon työhön. Mahdollisuus tehdä palvelutarpeen arviointeja terveydenhuollossa poistaisi päällekkäistä työtä ja vahvistaisi sosiaalihuoltolain mukaisen saumattoman yhteistyön tekemistä sosiaali- ja terveydenhuollon välillä. Yhdessä tehty työ poistaisi yhteistyön esteitä ja viiveitä ja tekisi palvelusta entistä asiakaslähtöisempää. Asiakas voitaisiin kohdata kokonaisvaltaisesti yhdessä palvelupisteessä ja luoda toimiva polku jatkossa tarvittaviin palveluihin.

Sosiaalihuollon osalta muutos liittyy myös hallituksen kärkihankkeisiin, kuten lapsi- ja perhepalvelujen muutosohjelmaan, jonka avulla tavoitellaan lasten, nuorten ja perheiden

hyvinvoinnin ja omien voimavarojen vahvistumista. Hallitusohjelman mukaisesti lapsi- ja perhepalvelujen nykyään hajanainen palvelujärjestelmä uudistetaan. Kaikki lasten, nuorten ja perheiden palvelut sovitetaan yhteen integroiduksi lapsi- ja perhelähtöiseksi palvelujen kokonaisuudeksi. Tämä edellyttää muun muassa lasten, nuorten ja perheiden parissa työskentelevien ammattihenkilöiden osaamisen ja työvälineiden uudistamista muutosta tukevaksi. Sosiaalipäivystysten osalta muutosohjelman osana tehtävä kehittämistyö tarkoittaa muun muassa lastensuojelutyön käytäntöjen uudistamista ja asiakkaan palveluprosessien parempaa yhteensovittamista eri toimijoiden kesken.

4.3 Ympäristövaikutukset

Esityksellä ei ole välittömiä ympäristövaikutuksia. Välillisesti voidaan uudistuksen ajatella jonkin verran lisäävän potilaiden matkoja haja-asutusalueilla asuvien kohdalla. Samoin ensihoidon kuljetusmatkat pitenevät erityisesti harvaan asutuilla alueilla. Toisaalta ensihoidolliset ja muut potilaskuljetukset sairaaloiden välillä vähenevät akuuteissa tilanteissa, kun potilas kuljetetaan suoraan oikeaan hoitopaikkaan.

4.4 Muut yhteiskunnalliset vaikutukset

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastojen mukaan kuntien terveyst- ja sosiaalipalveluissa työskenteli yhteensä 258 567 henkilöä vuonna 2014. Terveyspalveluissa työskenteli 132 387 ja sosiaalipalveluissa 126 180 henkilöä. Lisäksi näihin liittyvissä yhteisissä hallinnon palveluissa työskenteli 6 143 henkilöä. Luvuissa ei ole mukana ostopalvelua yksityiseltä sektorilta. Kuntaliiton tilastojen mukaan sairaanhoitopiireillä oli 78 690 työntekijää vuoden 2015 lopussa. Täten sosiaali- ja terveydenhuolto on merkittävä työllistäjä paikallisesti.

Lakimuutokset keskittävät kiireellistä ja kiireetöntä erikoissairaanhoitoa ja sen vaativinta osuutta suuremmille paikkakunnille, jotka ovat jo tällä hetkellä kasvukeskuksia. Niihin hakeutuu nuori väestö. Koska terveydenhuollossa on henkilöstöpula, on sairaaloilla tämän jälkeen helpompi saada koulutettua henkilöstöä. Myös sosiaalipäivystysten osalta keskittäminen todennäköisesti parantaisi henkilöstön saatavuutta päivystystoimintaan. Usein myös koulutuspaikat kuten yliopistot ja ammattikorkeakoulut sijaitsevat niillä paikkakunnilla, joihin vaativa hoito keskittyy. Lakiehdotuksella voi siten olla välillisiä vaikutuksia alueiden kehitykseen, jos sairaala on ollut merkittävä työnantaja kunnan alueella ja sairaalan työpaikat vähenevät huomattavasti. Lakiehdotus koskee lähinnä kirurgista erikoisalaa, joka kuitenkin on usein pienen sairaalan kallein toiminnallinen osa ja vaatii ympärivuorokautisen valmiuden takia runsaasti henkilöstöresursseja. Täten vaikutus pienen sairaalan työpaikkojen määrään voi olla suhteellisen suuri, ellei henkilöstölle voida osoittaa uudenlaisia työtehtäviä

Vaikutukset fyysiseen terveyteen ja hyvinvointiin

THL:n tilastojen mukaan somaattisen erikoissairaanhoidon palveluita käytti vuonna 2013 yhteensä 1,78 miljoonaa potilasta. Vuodeosastohoidossa oli vuoden aikana alle 640 000 potilasta ja avohoidon käynnejä oli lähes 1,7 miljoonalla potilaalla. Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidossa hieman yli kaksi viidestä hoitojaksosta (44 %) alkaa

päivystyksenä. Päivystyksenä alkaneen vuodeosastohoidon väestösuhteutetuissa osuuk-
sissa on suuria eroja erikoisalojen ja alueiden välillä.

Kansalaisten kannalta tärkeimpiä ovat esityksen vaikutukset fyysiseen terveyteen ja hy-
vinvointiin. Useiden kansainvälisten ja erityisesti muissa Pohjoismaissa tehtyjen selvi-
tysten mukaan keskittäminen parantaa hoidon laatua ja potilasturvallisuutta. Merkitystä
on sekä sairaalan että ammattilaisen potilasvolyymin suuruudella. Esimerkiksi Ruotsissa
on arvioitu vuosittain olevan 500 potilaskuolemaa, jotka olisi voitu välttää paremmalla
hoidon keskittämisellä. Erikoissairaanhoidossa osaamisen kokoamisella on eri tutki-
muksissa havaittu laadun ja potilasturvallisuuden paranevan.

Ruotsalaiselvityksen mukaan tieteellinen kirjallisuus osoittaa yksiselitteisesti, että ki-
rurgiassa, ortopediassa ja akuuttilääketieteessä paljon toimenpiteistä tekevissä sairaa-
loissa ja paljon toimenpiteitä tekevällä henkilöstöllä hoitotulokset ovat paremmat, kuol-
leisuus pienempi ja komplikaatioiden määrä pienempi. Eri toimenpiteissä sairaaloiden
pitäisi tehdä vähintään 50 - 100 ja yksittäisen ammattilaisen tai tiimin vähintään 30 toi-
menpidettä vuodessa hyvän laadun saavuttamiseksi. Muilta lääketieteen aloilta on niu-
kemmin tutkimustietoa.

Tanskalaistutkimuksen mukaan synnytysten hoidossa suuren volyymin yksiköissä on
vähemmän vakavia potilasvahinkoja kuin pienemmissä. Norjalaisarviointien mukaan
ohimenevät aivoverenkiertohäiriöt kannattaa hoitaa yksiköissä, joissa tähän on erityis-
osaamista. Kuolleisuus vatsa-aortan aneurysman leikkauksiin oli pienempi sekä ennalta
suunnitelluissa että akuuteissa toimenpiteissä, jos kirurgin leikkausmäärät olivat suuret.
Maksasyövän hoidossa kuolleisuus on pienempi suuremmissa sairaaloissa. Paksusuoli-
kirurgiassa kuolleisuus on merkittävästi pienempi ja 5-vuotiseloonjäänti suurempi pal-
jon leikkaavissa sairaaloissa. Vatsa-alueen aortta-aneurysman hoidossa paljon leikkaa-
vien kirurgien potilailla on pienempi kuolleisuus sekä akuuteissa että elektiivisissä leik-
kauksissa.

Esitys myös lisää palveluiden laadun yhdenvertaisuutta koko maassa, kun sen avulla
pystytään varmistamaan riittävä osaaminen tietyn sairauden hoidossa tai toimenpiteen
tekemisessä tai sosiaalihuollon kiireellisten palvelujen järjestämisessä. Esitys myös pa-
rantaa erityisesti pienten sairausryhmien ja vammaisten palveluita, kun osaamista voi-
daan koota suurempiin yksiköihin ja varmistaa osaaminen myös harvinaisissa tapauksis-
sa.

Potilaan matkat hoitopaikkaan voivat lakiesityksen takia pidentyä. Hoidon keskittymi-
nen koskee lähinnä toimenpiteitä, jotka tehdään kerran elämässä. Jo tällä hetkellä 80 %
miesten yleisimmän syövän eli eturauhassyövän leikkaushoidoista tehdään yliopistosai-
raaloissa, vaikka Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastojen mukaan niitä tehdään
30 sairaalassa. Rintasyöpäleikkauksia tehdään vuosittain 35 sairaalassa, mutta osassa
lukumäärät ovat pieniä. Tällä hetkellä puolet rintasyöpäleikkauksista tehdään yliopisto-
sairaalassa. Leikkaushoito osana syövän hoitoa on potilaan ennusteen kannalta kaikkein
keskeisimmässä asemassa. Leikkaus ei ole pelkästään tekninen suoritus, vaan se on osa
syövän hoidon kokonaisuutta. Tiimissä on edustettuna kirurgian lisäksi onkologi, radio-

logi ja patologi. Pienessä sairaalassa on tällaisen tiimin kokonaisuosaamista vaikea pitää yllä. Koska syöpäleikkaukset pääsääntöisesti tehdään vain kerran elämässä, ei potilaan kannalta ole kriittinen tekijä pitkä matka hoitopaikkaan. Matkat erittäin harvoin edellyttävät erilliskuljetusta esimerkiksi ambulanssilla, vaan matkat voidaan usein tehdä yleisiä kulkuneuvoja käyttäen. Tällöin matkan yhteiskunnalle aiheuttamat kustannukset ovat varsin pienet.

Ehdotuksilla ei ole välittömiä vaikutuksia tietoyhteiskuntaan. Se kuitenkin edellyttää terveydenhuollon etäpalveluiden ja etäkonsultaatioiden kehittämistä.

Sosiaalipäivystyksen toteuttaminen terveydenhuollon päivystyksen yhteydessä helpottaa yhteydenottoa päivystykseen. Asiakkaiden kannalta yhteydenoton helppous ja palvelun saamisen mutkattomuus on keskeisessä roolissa onnistuneeksi koetussa palvelussa. Sosiaalipäivystyksen apua tarvitsevat asiakkaat ovat yleensä kriisitilanteessa, jolloin avun löytymisen ja yhteydenoton pitäisi olla erityisen helppoa ja selkeää. Yhteydenoton sosiaalipäivystykseen pitäisi voida tapahtua matalalla kynnyksellä, mikä tarkoittaa, että sosiaalipäivystäjään pitäisi saada yhteys ilman ylimääräisiä välikäsiä. Esimerkiksi hätänumeroon soittamiselle voi monella olla korkea kynnyks, minkä takia sosiaalipäivystykseen pitäisi saada yhteys suoraan tai jonkun muun helpommin lähestyttävän tahon, kuten terveyskeskuspäivystyksen numeron kautta. Jos esimerkiksi parisuhdeväkivaltaa kokenut nainen päättää lähteä kodistaan keskellä yötä, pitäisi hänellä olla joku muu paikka kuin hätäkeskus tai poliisi, johon voisi ottaa yhteyttä ja pyytää apua ja päästä saman tien keskustelemaan sosiaalialan ammattilaisen kanssa.

Esimerkiksi Espoossa, jossa päivystykseen voi ottaa yhteyttä suoran numeron kautta, noin puolessa yhteydenotoista yhteydenottajana oli asiakas itse vuosina 2009–2010 (Espoon sosiaali- ja kriisipäivystyksen tilastot 2009–2010). Sen sijaan hätäkeskuksen kautta tuli heille vain 2 prosenttia yhteydenotoista vuonna 2010. Asiakkaan jälkeen yleisimmät yhteydenottajat olivat Espoossa vuonna 2010 sosiaalitoimi, muu henkilö (läheinen tms.), terveystoimi ja poliisi. Vantaalla vuonna 2010 asiakas otti yhteyttä sosiaalipäivystykseen 31 prosentissa tapauksista ja asiakkaan läheinen 13 prosentissa tapauksista. Poliisi oli yhteydenottajana 24 prosentissa tapauksista, lastensuojelun avopalvelut 7 prosentissa ja Hätäkeskus 6 prosentissa tapauksista vuonna 2010 Vantaalla. Jos asiakkailta on mahdollisuus olla suoraan yhteydessä sosiaali- ja kriisipäivystykseen, tämä on huomattavan paljon yleisempi yhteydenottotapa kuin hätänumeroon soittaminen. Kuitenkin vielä vuonna 2011 tehdyssä kyselyllä suurimmassa osassa kuntia kuntalaisten avuntarve tuli sosiaalipäivystyksen tietoon hätäkeskuksen kautta virka-ajan ulkopuolella (Reissell ym. 2012).

5 Asian valmistelu

Esitys on valmisteltu virkatyönä sosiaali- ja terveysministeriössä. Esityksen valmistelussa on otettu huomioon sosiaali- ja terveydenhuollon sekä aluehallinnon uudistuksen valmistelu ja sitä koskevat linjaukset sekä hallituksen kärkihankkeet ja niiden yhteydessä tehty selvitystyö.

Sosiaali- ja terveysministeriö järjesti helmi-maaliskuussa 2016 viisi kuulemistilaisuutta päivystysuudistukseen liittyen. Kuulemistilaisuuksia pidettiin Oulussa, Helsingissä, Tampereella, Turussa sekä Kuopiossa. Kuultaviksi pyydettiin alueellisia toimijoita muun muassa kunnista ja kuntayhtymistä, sairaanhoitopiireistä, maakuntaliitoista, sosiaalipäivystyksistä, suurimmista etujärjestöistä, Aluehallintovirastoista ja Valvirasta. Kuulemistilaisuuksissa esiteltiin päivystysuudistuksen tavoitteita ja alustavia pykäläluonnoksia sekä käytiin yhteistä keskustelua päivystysuudistuksen tavoitteista ja huomioitavista asioista tilaisuuteen kutsuttujen pitämien kommenttipuheenvuorojen pohjalta. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö on järjestänyt erilliskuulemisia sosiaali- ja terveydenhuollon päivystystoimintaan liittyville toimijoille. Kuulemisia jatketaan myös lausuntokierroksen aikana.

Sosiaalipäivystyksen osalta valmistelussa on käytetty hyödyksi kuulemiskierroksen kautta saatua aineistoa. Lisäksi taustatietona on käytetty sosiaali- ja terveysministeriön keväällä 2016 tilaaman tietopyyntökyselyä alueellisten sosiaalipäivystysten tilanteesta. Kysely valmisteltiin yhteistyössä Valviran kanssa. Samanaikaisesti kartoitettiin myös sairaanhoitopiireissä tehtävän sosiaalityön resursseja ja tilannetta kyselykartoituksen avulla. Muina taustatietoina on käytetty muun muassa Valviran ja aluehallintovirastojen valvontatyön kautta saatuja tietoja sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemää selvitystä

Esityksen vaikutuksia on selvitetty kansainvälisestä ja kotimaisesta kirjallisuudesta ja tilastoista sekä viidellä alueellisella kuulemistilaisuudella, jotka järjestettiin helmi-maaliskuussa 2016. Kuulemisiin osallistui kaikkiaan yli 170 sosiaali- ja terveydenhuollon toimijaa sairaanhoitopiireistä, kunnista, maakunnista, erikoislääkäriyhdistyksistä sekä potilas/asiakasjärjestöistä.

Esitysluonnoksesta pyydettiin lausunnot... *(täydentyy myöhemmin)*

6 Riippuvuus muista esityksistä

(täydentyy myöhemmin)

YKSITYISKOHTAISET PERUSTELUT

1 Lakiehdotusten perustelut

1.1 Terveysthuoltolaki

3 §. Määritelmät. Pykälän 4 kohta, jossa on määritelty erityistason erikoissairaanhoito, esitetään kumottavaksi. Käytännössä erityistason erikoissairaanhoidolla on tarkoitettu erityistason sairaanhoidon järjestämisestä ja keskittämisestä annetussa valtioneuvoston asetuksessa tarkoitettua hoitoa. Keskitettävästä erikoissairaanhoidosta on tarkoitus säätää nykyistä tarkemmin terveydenhuoltolaissa ja käsitteestä erityistason sairaanhoito on tarkoitus luopua tarpeettomana. Sairaaloiden työnjaosta ja keskitettävästä erikoissairaanhoidosta on tarkoitus antaa uusi asetetus, joka korvaisi nykyisen valtioneuvoston asetuksen erityistason sairaanhoidon järjestämisestä ja keskittämisestä.

39§. Ensihoitopalvelun järjestäminen. Pykälän 1 momenttia muutettaisiin siten, että ensihoitopalvelun suunnittelu ja toteuttaminen on toteutettava yhteistyössä päivystävien terveydenhuollon toimipisteiden kanssa siten, että ne yhdessä muiden sosiaali- ja terveydenhuollon kotiin vietävien palveluiden kanssa muodostavat alueellisesti toiminnallisen kokonaisuuden. Säännökseen on lisätty uutena asiana kotiin vietävien palveluiden huomioiminen kokonaisuuden suunnittelussa. Erilaisten kotiin vietävien palvelujen tarve lisääntyy väestön ikääntyessä, jolloin väestön palvelujen tarpeeseen voidaan vastata kotiin vietävien palvelujen, päivystyksen ja ensihoidon muodostamalla kokonaisuudella.

Pykälän 3 momentin mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä tekee ensihoidon palvelutasopäätöksen. Palvelutasopäätöksessä määritellään ensihoitopalvelun järjestämistapa, palvelun sisältö, ensihoitopalveluun osallistuvan henkilöstön koulutus, tavoitteet väestön tavoittamisajasta erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen valmistelun mukaisesti ja muut alueen ensihoitopalvelun järjestämisen kannalta tarpeelliset seikat.

Palvelutasopäätöksen valmistelua muutettaisiin siten, että erityisvastuualueen ensihoitokeskus valmistelisi tavoitteet väestön ja potilaiden tavoittamisajasta koko erityisvastuualueella yhtenäisin perustein. Ensihoitokeskus ohjaisi ensihoitopalvelun saatavuutta siten, että tavoittamiskriteerejä käytetään yhtenäisellä tavalla. Palvelutasopäätöksen määrittelyssä on otettava huomioon ensihoitopalvelun käytettävissä olevat resurssit laajemmalla kuin vain yhden sairaanhoitopiirin alueella. Palvelutasopäätöksessä määritellään ensihoitopalvelun sisältö siten, että palvelu on toteutettava tehokkaasti ja tarkoituksenmukaisesti ja siinä on otettava huomioon ensihoidon ruuhkatilanteet sekä koko erityisvastuualueen resurssit.

40 §. Ensihoitopalvelun sisältö.

Pykälän 1 momentin 1 kohdassa on kuvattu ensihoitopalvelun sisältöä. Kohdan mukaan ensihoitopalveluun sisältyy äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan hoidon tarpeen arviointi, kiireellinen hoito ensisijaisesti terveydenhuollon hoitolaitoksen ulkopuolella, lukuun ottamatta meripelastuslaissa tarkoitettuja tehtäviä, ja tarvittaessa potilaan kuljettaminen lääketieteellisesti arvioiden tarkoituksenmukaisimpaan hoitoyksikköön. Ensihoitopalveluun kuuluisivat kaikki tehtävät, joissa potilas tarvitsee kiireellistä hoitoa tapahtumapaikalla tai kuljetuksen aikana. Kohtaan lisättäisiin äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan hoidon tarpeen arviointi, sillä ensihoitopalvelun ai-

van keskeiseksi tehtäväksi on muodostunut potilaan hoidon tarpeen arvio. Merkittävä osa potilaista pystytään arvioimaan ja hoitamaan tapahtumapaikalla, eikä potilasta ole tarpeen kuljettaa ensihoitoyksikön toimesta terveydenhuollon toimintayksikköön hoidon arviointia tai hoitoa varten.

41 §. Asetuksenantovaltuus. Ensihoitopalvelua koskevaa asetuksenantovaltuutusta täsmennettäisiin siten, että asetuksenantovaltuutukseen lisättäisiin ensihoidon johtamisjärjestelmästä säätäminen asetuksella. Jo nykyinen asetus sisältää säännöksiä ensihoitopalvelun johtamisjärjestelmästä ja näitä säännöksiä on tarpeen tarkentaa ensihoitopalvelusta annetussa asetuksessa jatkossa.

45 §. Erikoissairaanhoidon työnjako ja eräiden tehtävien keskittäminen. Pykälän 1 momentissa määritellään keskitettävä erikoissairaanhoito. Keskitettävällä erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan tutkimusta, toimenpidettä tai hoitoa, joka harvoin esiintyvänä tai vaativana edellyttää toistettavuutta tai usean alan erityisosaamista riittävän taidon ja osaamisen saavuttamiseksi ja sen ylläpitämiseksi tai merkittäviä voimavaroja laitteistoihin ja välineisiin terveydenhuollon laadun ja potilasturvallisuuden, vaikuttavuuden, tuottavuuden ja tehokkuuden takaamiseksi. Suuret toimintavolyymit mahdollistavat laatu- ja potilasturvallisuuden paremmat toteutumisen kuin yksittäin ja harvoin tehdyt toimenpiteet. Hoidon vaikuttavuus on ollut parempi ja haittatapahtuminen määrä pienempi isommissa yksiköissä. Hyvät tulosten saavuttaminen toimenpiteissä edellyttää oppimisketjua, jossa opitun vahvistaminen ja toistot ovat keskeistä. Oppimiskäyrä monissa toimenpiteissä on pitkä. Oppiminen ei koske vain esimerkiksi yksittäistä kirurgia vaan usein koko hoitavaa tiimiä. Tiimin oppiminen ja prosessien kehittäminen antaa mahdollisuuden myös luoda potilaalle kustannustehokkaat hoitopolut.

Pykälän 2 momentissa määritellään valtakunnallisesti keskitettävä hoito. Valtakunnallisesti keskitettävällä erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan hoitoja, jotka keskitetään vähempään kuin viiteen yliopistolliseen sairaalaan. Tällaista hoitoa ovat esimerkiksi elinsiirrot ja lasten avosydänkirurgia, joka edellyttävät laajaa erityisosaamista ja laboratoriodiagnostiikkaa. Vastaavasti esimerkiksi selkäydinvammapotilaiden akuuttivaiheen hoito, sen jälkeinen välitön kuntoutus sekä elinikäinen monialainen hoito ja seuranta edellyttävät laajaa moniammatillista ja usean erikoisalalan erityisosaamista, ja sen vuoksi selkäydinvammojen hoito tulee keskitää vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan.

Lisäksi toiminnan valtakunnallisen kokonaisuuden suunnittelua ja yhteen sovittamista koskevia tehtäviä voidaan antaa yhdelle tai joissakin tapauksissa useammalle valtakunnalliselle toimijalle. Tällainen tehtävä voisi olla esimerkiksi viiden alueellisen syöpäkeskuksen toiminnan valtakunnallinen yhteensovittaminen.

Pykälän 3 momentissa käsitellään sairaaloiden työnjakoa ja alueellisesti keskitettävää hoitoa. Alueellisesti keskitettävä erikoissairaanhoito tulee keskitää viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai erityisistä syistä muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan. Muulla vastaavan tasoisella sairaalalla tarkoitetaan esimerkiksi yliopistosairaanhoitopiirin läheisessä ohjauksessa olevaa tiettyyn toimintaa erikoistunutta sairaalaa kuten Pirkanmaan sairaanhoitopiirin konserniin kuuluvaa sairaala Coxaa tai sellaista sairaalaa, jolla on yliopistotason sairaalan osaaminen ja alaan liittyvä tutkimustoiminta, kuten tiettyjen toimintojen osalta Kuopion yliopistosairaanhoitopiiriin erityisvastuualueeseen kuuluvalle Keski-Suomen keskussairaalalla. Lisäksi erikoissairaanhoitoa keskitetään alueellisesti

50 §:n 3 momentissa tarkoitettuihin laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikköä ylläpitäviin sairaaloihin.

Toiminnan yhteen sovittamista varten voidaan nimetä ja valtuuttaa alueellisia toimijoita. Erityisvastuualueella tällainen toimia voi olla tärkeän kansantaudin kuten syövän hoitoon nimetty alueellinen toimija, jonka ohjauksessa potilaan alueelliset hoitopolut ja yhtenäinen hoito rakennetaan. Tällainen alueellinen toimija voidaan nimetä, kun sillä saavutetaan etuja yhtenäisen laadukkaan alueellisen hoidon näkökulmasta.

Pykälän 4 momentissa säädettäisiin velvoite keskittää sellainen leikkaustoiminta, joka edellyttää leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa, niihin sairaaloihin, joissa on vähintään ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys. Näillä tarkoitettaisiin laajan päivystyksen yksidiöiden lisäksi 50 §:n 4 momentissa tarkoitettuja sairaaloita, joissa on yhteispäivystyksikkö ja paikallisen tarpeen mukaisesti määritelty tarpeen mukainen osaaminen erikoisaloilta väestön tavanomaisten kiireellisten terveysongelmien hoitoon. *Yhteispäivystyksellä* tarkoitetaan sellaista päivystyksikköä, jossa on saatavilla sekä perusterveydenhuollon että muiden erikoisalojen lääkäreiden palveluja kaikkina vuorokauden aikoina ympäri vuoden ja joissa on saatavilla riittävät tutkimus- ja hoitomahdollisuudet.

Leikkaustoiminnalla tarkoitettaisiin sellaisia toimenpiteitä, joissa vaaditaan anestesiologian erityisosaamista käytettyjen anestesiomenetelmien takia ja jotka siten edellyttävät anestesiologin mukanaoloa leikkauksessa tai toimenpiteen jälkeisessä seurannassa. Näissä leikkauksissa käytettäviä anestesian menetelminä ovat muun muassa yleisanestesia eli nukutus tai muu vahva leikkaukseen liittyvä sedaatio. Samoin laajat puudutukset kuten selkäpuudutukset (spinaali- eli selkäydinpuudutus ja epiduraalipuudutus) ja hartiapunospuudutus (plexus) ovat tällaisia. Myös laskimopuudutus verityhjiötä vaativissa toimenpiteissä voidaan rinnastaa näihin menetelmiin. Momentissa tarkoitettuihin leikkaustoimenpiteisiin eivät kuulu paikallis- tai johtopuudutuksessa tehtävät toimenpiteet, joissa ei tarvita mukana anestesiologia. Tällöin voidaan tarvittaessa käyttää myös lievää sedaatiota rentouttavilla lääkkeillä ja kivun lievitystä toimenpidettä suorittavan lääkärin valvonnassa. Leikkaustoiminta tarkoittaa tässä yhteydessä sekä vuodeosastohoitoa vaativaa leikkaushoitoa että vajaan vuorokauden mittaisin hoitojaksoin hoidettavissa oleva lyhytkirurgiaa (päiväkirurgia).

Pykälän 5 momentissa säädetään menettelytavoista, joilla päätetään sairaaloiden työnjaosta ja hoidon keskittämisestä. Yliopistolliset sairaanhoitopiirit sopivat yhdessä valtakunnallisesti keskitettävää erikoissairaanhoidon antavista yksiköistä siltä osin kuin niistä ei ole säädetty asetuksella. Asetuksella on tarkoitus määritellä niitä keskeisiä hoitoja ja tehtäviä, jotka on keskitettävä vähempään kuin viiteen yliopistolliseen sairaalaan. Jos yliopistolliset sairaanhoitopiirit eivät pääse sopimukseen siitä, mihin sairaaloihin tai yksiköihin nämä toiminnot keskitetään tai jos sopimus ei täytä laadun ja potilasturvallisuuden, vaikuttavuuden, tuottavuuden ja tehokkuuden takaamiseksi tarkoitettuja edellytyksiä, valtioneuvosto voi määrätä sopimuksen sisällöstä.

Alueellisesta sairaaloiden työnjaosta ja osaamisen kokoamisesta sovitaan terveydenhuoltolain 43 §:ssä tarkoitettussa erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa. Valtioneuvoston asetuksella on tarkoitus säätää niistä tehtävistä ja hoidoista, jotka ainakin tulee keskittää alueellisesti viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai 12 laajaa ympärivuorokautista päivystystä ylläpitävään sairaalaan.

Valtioneuvoston asetuksella säädettäisiin valtakunnallisesta ja alueellisesta sairaaloiden työnjaosta ja keskitettävistä tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidosta sekä niiden määrällisistä ja muista edellytyksistä. Asetuksella olisi myös mahdollista säätää tarvittaessa hoitoa antavista yksiköistä. Toiminnan suunnittelua ja yhteen sovittamista varten asetuksella voitaisiin nimetä ja valtuuttaa valtakunnallisia ja alueellisia toimijoita.

46 §. Ensihoitokeskus. Pykälän 1 momentin 1 kohdaksi lisättäisiin ensihoitokeskuksen tehtäväksi valmistella ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen väestön tavoittamisaikoihin ja saatavuuteen liittyvät tavoitteet yhdenvertaisesti alueellaan. Valmistelussa on otettava aikaisempaa vahvemmin huomioon myös alueen muut lähipalveluna toteutetut terveydenhuollon kotiin viedyt palvelut sekä alueen sairaanhoitopiirien ensihoitopalvelun resurssien yhteensovittaminen. Nykyisin kaikki sairaanhoitopiirit valmistelevat palvelutasopäätöksensä itsenäisesti, mikä on johtanut huomattaviin alueellisiin eroihin potilaiden tavoittamisajoissa sairaanhoitopiirien välillä. Erityisvastuualueen tasolla tehtävä suunnittelu mahdollistaa myös koko erityisvastuualueen ensihoitopalvelun resurssien nykyistä tehokkaamman käytön.

Momentin 2, 4 ja 5 kohdat vastaisivat nykyisiä momentin 1,2 ja 5 kohtia.

Momentin 3 kohdan mukaan ensihoitokeskuksen tulee sovittaa yhteen ensihoitopalveluun kuuluvat potilassiirrot. Muutos liittyy päivystävien sairaaloiden muutoksiin ja siihen, että laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköitä on jatkossa 12 kappaletta. Kohdassa tarkoitetut potilassiirrot toteutetaan ambulanssilla ja niissä potilas tarvitsee kuljetuksen aikana hoitoa tai valvontaa.

Momentin 6 kohdassa säädettäisiin ensihoitokeskuksen tehtäväksi yhdessä muiden erityisvastuualueiden ensihoitokeskusten kanssa valmistella ja yhteen sovittaa ensihoitopalvelun toimintaa koskevat lääketieteelliset hoito-ohjeet ja muut ensihoitopalvelua koskevat valtakunnalliset ohjeet. Säännös on siirretty ensihoitopalvelua koskevan asetuksen 3 §:stä lain tasolle ja samalla tarkennettu sen sisältöä. Säännöksellä halutaan vahvistaa ensihoitokeskusten tehtävää toiminnan yhdenmukaistamisessa valtakunnallisesti ja toiminnan yhdenmukaista lääketieteellistä johtamista. . Ensihoitokeskusten yhdessä laatimat kansalliset ensihoitopalvelua koskevat lääketieteelliset hoito-ohjeet tulevat osaksi kansallista sähköistä ensihoitokertomusta.

Momentin 7 kohdassa tarkoitettu tehtävä vastaa pääosin nykyistä sääntelyä. Säännöksen sanamuotoa tarkennetaan siten, että se kattaa rakenteilla olevat vuosina 2017 - 2018 käyttöön otettavat ensihoitopalvelun kansalliset viestintä- ja tietojärjestelmät. Niitä ovat viranomaisradioverkko (Virve), hätäkeskustietojärjestelmä (ERICA) ja kenttäjohtojärjestelmä (KEJO).

Momentin 8 kohdan mukaan ensihoitokeskuksen tehtävänä olisi osallistua alueellisten varautumis- ja valmiussuunnitelmien laatimiseen yhdessä muiden viranomaisten ja erityisvastuualueiden kanssa. Varautumis- ja valmiussuunnitelmien laatiminen on nykyisin hajautunutta alueellisesti ja toimialoittain. Säännöksellä on tarkoitus yhdenmukaistaa varautumis- ja valmiussuunnittelua eri erityisvastuualueilla ja lisätä eri viranomaisten välistä yhteistyötä valmiussuunnittelussa ja yhteen sovittaa eri viranomaisten varautumis- ja valmiussuunnittelua.

Ensihoitokeskuksen tehtävistä voidaan antaa tarkempia säännöksiä tarvittaessa sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella.

50 §. Kiireellinen hoito.

Pykälässä on tarkoitus määritellä kokonaan uudelleen päivystysjärjestelmän rakenne ja kiireellistä hoitoa antavat yksiköt.

Päivystysyksiköllä tarkoitetaan erillistä päivystyksen toteuttamista varten suunniteltua yksikköä, joka tarjoaa päivystyspalveluita ympärivuorokautisesti ja pääsääntöisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystyksenä. *Yhteispäivystyksessä* on sekä perusterveydenhuollon (mukaan lukien suun terveydenhuolto) että muiden erikoisaloiden lääkärien palveluja. Myös suun terveydenhuollon päivystyksen järjestäminen osana yhteispäivystyksiä parantaa näiden palvelujen saatavuutta yhteistyönä. Yhteispäivystyksen erikoislääkäripalvelut voivat muodostua esimerkiksi sisätautien ja kirurgian erikoisaloiden palvelusta, mutta usein on päivystyspotilaiden hoitoon käytettävissä useamman erikoisalan osaamista.

Laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköllä tarkoitetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä, joka pystyy tarjoamaan laajasti palveluita usealla lääketieteen erikoisalalla ympärivuorokautisesti välittömästi ja jolla on voimavarat terveydenhuollossa tarvittavan valmiuden ylläpitämiseen ja erityistilanteiden hoitamiseen. Laajan ympärivuorokautisen päivystyspisteen tulee tukea muita päivystysyksiköitä esimerkiksi antamalla konsultaatioapua. Yksiköiden sijoittumisessa tulee ottaa huomioon sairaalan voimavarojen ja infrastruktuurin lisäksi maantieteelliset olosuhteet ja valtakunnallisen palveluverkon kokonaisuus, jotta tavoite koko maan kattavista, väestön tarvitsemista päivystyspalveluista toteutuu.

Laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköissä tulisi olla edustettuna vähintään kymmenen erikoisalan päivystys sekä sosiaalipäivystys. Tarvittavia erikoisalvoja olisivat esimerkiksi akuuttilääketiede, anestesiologia ja tehohoito, gastroenterologinen kirurgia, hammaslääketiede, kardiologia, lastentaudit, naistentaudit ja synnytykset, neurologia, ortopedia ja traumatologia, psykiatria, radiologia, sisätaudit sekä yleislääketiede tai geriatria.

Päivystysleikkaukset keskitettäisiin pääsääntöisesti laajojen ympärivuorokautisten päivystysten yksiköihin. Näin valmius vaativien tilanteiden laadukkaaseen ja turvalliseen hoitoon olisi aina paikalla. Laajan päivystyspalvelun sairaaloiden ytimen muodostavat viisi yliopistosairaala, jossa on edustettuna pääosin yli 20 eri lääketieteen erikoisalaa ympärivuorokautisesti.

Poikkeuksellisesti voidaan erikoisalan päivystystä hoitaa myös etälääketieteen keinoin. Tämä koskee erityisesti neurologiaa, jossa aivoinfarktin hoitoon on käytettävissä koetellut menetelmät päätöksentekoon siitä, milloin on syytä nopeasti toteuttaa liotushoito. Etälääketieteessä voidaan vastaavalla tavalla ottaa arvioinnin jälkeen käyttöön myös muita toimintatapoja, jos potilasturvallisuudesta ja hoidon laadusta voidaan varmistua.

Kiireellistä perusterveydenhuollon vastaanottoa voidaan toteuttaa osana perusterveydenhuollon tavanomaista vastaanottoa tai erikoissairaanhoidon poliklinikkatoiminnan tai yhteispäivystyksen yhteydessä, sen mukaan kuin on väestön palvelu-

tarpeen näkökulmasta tarkoituksenmukaista. Kiireellistä vastaanottoa järjestävässä yksikössä tulee olla riittävät edellytykset taudinmääritykseen.

Pykälän 1 momentti vastaisi nykyistä sääntelyä. Sen mukaan kiireellinen sairaanhoito on annettava potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista.

Pykälän 2 momentissa täsmennettäisiin kunnan ja kuntayhtymän velvollisuutta järjestää kiireellisen hoidon antamista varten vastaanottotoimintaa lähipalveluna arkipäivisin päiväaikaan sekä tarpeen mukaan iltaisin ja viikonloppuisin päiväaikaan.

Terveyskeskuksissa järjestettävän kiireellisen vastaanottotoiminnan tarkoituksena on turvata lähipalveluna kiireellisen hoidon saaminen tavanomaisissa terveysongelmissa, joiden hoito ei edellytä päivystysyksiköihin koottua osaamista. Kiireellistä vastaanottotoimintaa olisi mahdollista toteuttaa tarvittaessa myös erikoissairaanhoidon poliklinikatoiminnassa poliklinikan aukioloaikana. Kiireellistä vastaanottoa järjestävässä yksikössä tulee olla riittävät edellytykset taudinmääritykseen ja ohjeistus siitä, mihin potilas on tarvittaessa lähetettävä taudinmääritystä tai hoitoa varten, jos potilasta ei ole tarkoituksenmukaista hoitaa kyseisessä yksikössä.

Tällä hoidon porrastuksella ja kiireellisen vastaanottotoiminnan vahvistamisella parannetaan asukkaiden palvelukokemusta samalla kun turvataan päivystysyksiköiden sujuvaa toimintaa ja estetään päivystysyksiköiden ruuhkautumista. Tavoitteena on myös turvata väestölle lähipalveluna apua tavanomaisissa terveysongelmissa, jotka edellyttävät nopeaa hoitoon pääsyä. Tämä edellyttää, että alueen väestölle annetaan ohjeistus siitä, minkälaisissa terveysongelmissa on tarkoituksenmukaista hakeutua kiireellisen vastaanottotoiminnan piiriin ja missä tilanteissa tulee hakeutua päivystysyksikköön.

Pykälän 3 momentissa lueteltaisiin ne 12 sairaanhoitopiiriä, joiden tulee järjestää laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikkö. Säännöksen mukaan Helsingin ja Uudenmaan, Varsinais-Suomen, Satakunnan, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen, Etelä-Karjalan, Pohjois-Karjalan, Pohjois-Savon, Keski-Suomen, Etelä-Pohjanmaan, Pohjois-Pohjanmaan ja Lapin sairaanhoitopiirien on järjestettävä laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikkö keskussairaalaansa yhteyteen. Pykälän 3. momentilla määritellään edelleen, mitä näiltä laajan päivystyksen yksiköiltä edellytetään. Tavoitteen on, että laajan päivystyksen yksiköt pystyisivät vastaamaan laajasti terveydenhuollon ja sosiaalipäivystyksen tarpeeseen eri erityiskysymysten osalta. Pienimmät näistä yksiköistä tulevat silti tarvitsemaan yliopistollisen keskussairaalan tukea ja sopimusperusteista yhteistyötä muiden ympärivuorokautisesti päivystävien sairaaloiden kanssa.

Laajan päivystysvastuun toimipisteverkko on suunniteltava valtakunnallisena kokonaisuutena. Mikään yksittäinen kriteeri (yliopistollisia sairaaloita lukuunottamatta) ei määrää yksittäisen sairaalan statusta. Kokonaisarvioinnissa on käytetty seuraavia kriteereitä:

1. Osaaminen ja voimavarat. Käytettävissä tulee olla teho-osasto, tehostettu valvonta/sydänvalvonta sekä vastasyntyneiden tehostetun valvonnan osasto. Päivystäviä erikoisaloja ovat vähintään seuraavat: kirurgia (traumatologian sekä gastroenterologisen kirurgian osaaminen erikseen), anestesiologia ja tehohoito, naistentaudit ja synnytykset

(myös riski-), lastentaudit, sisätaudit (sisältäen kardiologian), neurologia, psykiatria, radiologia sekä yleislääketiede tai geriatria ja akuuttilääketiede. Lisäksi kiireellisen hoidon asetuksessa säädettyjen erikoisalakohtaisten (mukaan lukien suun terveydenhuolto) ja muiden vaatimusten tulee täytyä.

2. *Väestöpohja.* Edellä kuvattu ympärivuorokautinen, laadukas ja kustannustehokas toiminta edellyttää maassamme kokemuseräisesti noin 200 000 asukkaan väestöpohjaa osaavan henkilöstön saatavuuden ja muun infrastruktuurin näkökulmista.

3. *Saavutettavuus ja luontaiset kulkusuunnat väestön näkökulmasta.* Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen (2010:4) mukaan päivystyssairaaloiden sijoittelun tavoite olisi yhden, haja-asutusalueilla kahden tunnin ajoaika. Koko väestön näkökulmasta 12 sairaalan järjestelmässä matka vaativiin palveluihin olisi keskimäärin 26 km (ajoaika 25 min, 80% väestöstä alle 50 minuuttia). Vain 10 % asukkaista ajomatka olisi 110 km tai pidempi (ajoaika 1 tunti 27 min). Ehdotetussa mallissa lähes koko väestö saavuttaa 24/7 yhteispäivystävän sairaalan alle 2 tunnissa.

4. *Erityisvastuualueen (tulevaisuudessa yhteistyöalueen) sisäinen työnjako.* Ympärivuorokautisesti yhteispäivystävien keskussairaaloiden palveluvalikoimaa ei ole tarkoitus yksityiskohtaisesti säädellä. Tarkoitus on, että siitä sovitaan erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa väestön palvelutarpeen mukaisesti päivystysasetuksen ja eräissä tapauksissa toistaiseksi STM:n poikkeusluvan puitteissa (koskee myös ympärivuorokautista perusterveydenhuollon/akuuttilääketieteen päivystystä). Tarvittaessa voidaan tehdä ympärivuorokautisesti päivystävien sairaaloiden sopimusperusteista yhteistyötä myös erityisvastuualueen rajan yli, jos se on palvelutarpeen ja henkilöstön saatavuuden näkökulmista tarkoituksenmukaista.

5. *Sairaalaverkon valtakunnallinen kattavuus ja valmiuden ylläpito.* Kiireellinen hoito on annettava potilaan asuinpaikasta riippumatta. Päivystysverkko on suunniteltava siten, että maan eri osissa on valmius eriasteisiin häiriötiloihin ja myös poikkeusoloihin. Uhkakuvat ja viranomaisten yhteistyön tarpeet ovat muuttuneet kuntien ja sairaanhoitopiirien/maakuntien rajat ylittäviksi. Yliopistolliset sairaalat pystyvät muihin laajan päivystyksen yksiköihin verrattuna selvästi kattavampaan vaikeiden päivystysongelmien ja suurten potilasmäärien hoitoon omalla vastuualueellaan, ja niiden kesken on tarkoitus sopia aikaisempaa kattavammin työnjaosta myös vaativimpien päivystyspotilaiden ja muiden valtakunnallisten vastuiden hoidossa. Näistä syistä erilaisten päivystyspisteiden verkosto on suunniteltava kunkin alueen väestön palvelutarpeet ja valtakunnallinen kokonaisuus tasapainottaen.

Yliopistosairaalat tarjoaisivat laajasti eri lääketieteen erikoisalojen palveluita ympärivuorokautisesti. Osa erityisosaamista vaativasta päivystyksestä olisi keskitetty vain osaan yliopistosairaaloista. Osa päivystyksestä esimerkiksi elinsiirtovalmiuteen ja lasten sydänleikkauksiin on vain Helsingin yliopistollisessa sairaalassa. Muilta laajan päivystyksen ei-yliopistollisilta sairaaloilta edellytetään päivystystä noin kymmeneltä lääketieteen erikoisalalta. Nämäkin sairaalat olisivat päivystyksen suhteen jonkin verran erilaisia johtuen niiden käytössä olevista resursseista. Tavoite olisi kuitenkin, että niiden toimintamahdollisuudet olisivat suhteellisen samanlaisia, jolloin väestöllä olisi suhteellisen helppo saavuttaa laajan päivystyksen sairaala koko valtakunnan alueelta.

Helsingin yliopistollisella sairaalalla (sairaanhoitopiirin asukasluku vuoden 2014 lopussa oli 1 599 390) (käsittäen Meilahden, Töölön, Jorvin, Peijaksen ja Kätilöopiston kokonaisuuden) on lähes sata erilaista erityisosaajan päivystysrinkiä käsittäen myös valtakunnallisia päivystyksiä kuten elinsiirrot ja lasten sydänkirurgian. Suuren kokonsa ja osaamisensa takia ja sijaitessaan maan suurimmassa väestökeskittymässä sille tulee myös valtakunnallista vastuuta erityisen vaativan erikoissairaanhoidon päivystyksen järjestämisen osalta.

Neljä muuta yliopistosairaala (Tampere (524 447 asukasta), Turku (475 842 asukasta), Oulu (405 635 asukasta), Kuopio (248 407 asukasta) päivystävät noin 30 erikoisalaa. Ne ovat hyvin samalla tavalla varustautuneet vaativan kiireellisen hoidon antamiseen, vaikka niiden kokonaisresursseissa ja erityistoiminnoissa on eroja. Tampereen yliopistollisen sairaalan toiminta-alueella asuu Helsingin yliopistosairaalan jälkeen eniten väestöä. Oulun yliopistosairaalalle on tyypillistä, että sen alueella etäisyydet ovat pitkät. Oulun osalta tämä vaikeuttaa muun muassa potilaan siirtoa etelän suuriin sairaaloihin, joten se joutuu varautumaan laajan alueen päivystyksen hoitamiseen.

Muiden seitsemän laajan päivystyksen keskussairaalan edellytykset tarjota päivystyspalveluita vaihtelevat, vaikka niiden resursseissa on myös samanlaisuutta. Tämä johtaa siihen, että väestöltään pienimmät tarvitsevat tukea laajan päivystyksen ylläpitoon oman erityisvastuualueensa yliopistosairaalta. Samalla niiden mahdollisuudet tukea muita päivystysyksiköitä ovat suhteellisen pienet; pikemmin tarvitaan sopimusperusteista yhteistyötä muiden ympärivuorokautisesti päivystävien sairaaloiden kanssa.

Keski-Suomen keskussairaala on Suomen suurin ei-yliopistollinen sairaala. Väestöä on sen sairaanhoitopiirin alueella paljon (251 178 asukasta), ja sairaalassa on paljon erityisosaamista. Vaikka sairaala sijaitsee sairaanhoitopiirin eteläosassa, niin sairaalan ympärillä on suuri väestökeskittymä. Sairaalassa on jo nyt laaja eri erikoisalojen päivystys.

Satakunnan keskussairaala on toiseksi suurin (223 983 asukasta) ei-yliopistollinen sairaala. Sairaala on kehittänyt laajasti yhteispäivystystoimintaa käsittäen myös sosiaalipäivystyksen. Keskussairaalasta etäisyydet Turun ja Tampereen yliopistosairaaloihin ovat suhteellisen lyhyet.

Päijät-Hämeen keskussairaala (212 957 asukasta) sijaitsee keskellä suurta asutuksen tiivistymää. Tämä mahdollistaa tehokkaan ensihoidon ja päivystyksen toiminnan. Tarvittaessa kuljetusmatka Helsinkiin tai Tampereelle on suhteellisen lyhyt.

Etelä-Pohjanmaan (Seinäjoen) keskussairaala (198 242 asukasta) sijaitsee suuren maakuntansa keskellä hyvien maantiekulkuyhteyksien päässä. Ympärivuorokautinen päivystystoiminta on keskitetty koko maakunnan alueelta uuteen keskussairaalan yhteydessä toimivaan päivystysyksikköön. Alueella on terveyskeskuksissa ilta- ja viikonlopun päivääkaisia kiirevastaanottoja, jolla on turvattu lähipalveluita. Vaikka keskuskaupungin väkiluku kasvaa, niin maakunnan väkiluku pienenee. Sairaalassa on laaja erikoisalojen päivystys. Kardiologian oma akuuttitoiminta on ollut vähäistä ja sairaala on turvautunut päivystysaikaisissa kajoavissa sydäntutkimuksissa ja hoidoissa Vaasan keskussairaalaan, samoin kuin onkologiassa. Tarvittaessa kuljetusmatka yliopistolliseen sairaalaan Tampereelle on suhteellisen lyhyt.

Pohjois-Karjalan keskussairaala (168 896 asukasta) vastaa laajan mutta harvaanasutun alueen väestön ympärivuorokautisesta päivystyksestä ainoana paikkana maakunnassa. Sairaala on tehokas palveluiden tuottaja ja ensihoito on hyvin integroitu palvelukokonaisuuteen. Väestön määrä on suhteellisen pieni ylläpitämään laajan päivystyksen sairaalaa. Toisaalta pitkät etäisyydet ja laaja harvaan asuttu alue tukee sitä, että Pohjois-Karjalan keskussairaalassa tulisi olla laaja päivystys.

Etelä-Karjalan keskussairaala (131 764 asukasta) on resurssien suhteen ja väestöpohjaltaan pieni sairaala laajan päivystyksen sairaalaksi. Väestöä on liian vähän laajan päivystyksen aiheuttamien kustannusten kattamiseen ja riittävän osaavan henkilöstön turvaamiseen. Sairaala tulee tarvitsemaan vahvaa tukea yliopistosairaalasta pyrkiessään toimimaan laajan päivystyksen sairaalana. Kaakkois-Suomella on haasteena se, että alue on vesistöjen rikkomaa eikä alueella ole selkeää suurta keskuskaupunkia. Kaakkois-Suomeen tarvitaan etäisyyksien ja liikenneolosuhteiden takia kuitenkin yksi laajan päivystyksen sairaala, johon Etelä-Karjalan keskussairaalalla olisi tuettuna edellytykset.

Lapin keskussairaala (118 145 asukasta) palvelee maantieteellisesti harvaan asuuinta aluetta Suomessa. Väestön määrä on pieni ylläpitämään laajan palvelun sairaalaa. Sairaalalla on lisäksi ollut vaikeuksia rekrytoida henkilökuntaa. Resurssien, riittävän volyymin ja osaamisen näkökulmista se tarvitsee vahvaa tukea yliopistosairaalalta ja muuta alueellista yhteistyötä voidakseen toimia laajan päivystyksen sairaalana. Kun turvataan laajat päivystyspalvelut koko maan alueella, Lappi tarvitsee laajaan palveluun pystyvän sairaalan.

Suun terveydenhuollon päivystys toteutettaisiin laajan päivystyksen yksiköiden yhteydessä yöpäivystystä lukuun ottamatta. Yksikössä tulisi olla valmius kiireellisen suun hoidon tarpeen tunnistamiseen ja taudin määritykseen sekä tarpeelliseen hammaslääkärin antamaan kiireelliseen hoitoon. Tämä mahdollistaa voimavarojen yhdistämisen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystyksen järjestämisessä yhteistyönä. Kunnan ja kuntayhtymän velvollisuus järjestää kiireellisen hoidon antamista varten vastaanottotoimintaa lähipalveluna arkipäivisin päiväaikaan ja tarpeen mukaan iltaisin sekä viikonloppuna päiväaikaan tukee suun terveydenhuollon päivystysjärjestelyjä yhteispäivystysyksiköissä. Terveyskeskuksissa järjestettävän kiireellisen vastaanottotoiminnan tarkoituksena on turvata lähipalveluna kiireellisen hoidon saaminen tavanomaisissa suun terveysongelmissa, joiden hoito ei edellytä päivystysyksiköihin koottua osaamista.

Nykyisin voimassa olevan asetuksen mukaan suun terveydenhuollon päivystys tulee järjestää virka-ajan ulkopuolella, yöaikaa lukuun ottamatta, sairaanhoitopiiriin alueella keskitetysti yhteispäivystyksen yhteydessä. Osalla sairaanhoitopiireistä on ollut vaikeuksia saada suun terveydenhuollon päivystys järjestettyä. Uudet säädökset edellyttävät suun terveydenhuollon päivystyksen järjestämistä vain laajan päivystyksen keskussairaaloilta. Tämä helpottaisi pienten päivystysyksiköiden henkilöstöpulaa. Muut kuin laajan päivystyksen yksiköt voivat järjestää suun terveydenhuollon päivystystä väestön tarpeet huomioiden haluamassaan muodossa yhteispäivystyksen yhteydessä.

Yliopistollisten sairaanhoitopiirien tulisi järjestää suun terveydenhuollon yöpäivystys sopien yhteistyöstä muiden sairaanhoitopiirien kanssa. Yöpäivystyksessä hoidetaan niin perusterveydenhuollon kuin erikoissairaanhoidon päivystys. Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien on sovittava yhdessä muiden erityisvastuualueiden sairaanhoitopiirien kanssa, miten päivystykselliset konsultaatiot ja päivystyksellinen hoito toteutetaan.

Pykälän 4 momentin mukaan muiden keskussairaaloiden tulee jatkaa ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä, jossa on valmius väestön tavanomaisten kiireellisten terveysongelmien hoitoon. Yhteispäivystyksessä tulee olla riittävä osaaminen tarvittavilta erikoisaloilta väestön tavanomaisten kiireellisten terveysongelmien hoitoon. Nämä nykyiset kahdeksan sairaanhoitopiiriä ovat väestöltään ja resursseiltaan erilaisia. Osassa on jo tällä hetkellä laajan päivystyksen osaaminen. Pienimmässä niistä (Itä-Savo) on lopetettu synnytystoiminta ja siten päivystyksen resurssit ovat supistuneet.

Kunkin suppeampaa yhteispäivystystä jatkavan keskussairaalan tulee pystyä tarjoamaan päivystyksellistä hoitoa akuuttilääketieteen ja yleislääketieteen/geriatrian erikoisalojen lisäksi usein myös sisätaudeissa, yleiskirurgiassa ja anesthesiologiassa. Mikäli erityisvastuualueella katsotaan tarkoituksenmukaiseksi ja muut päivystysasetuksen mukaiset edellytykset täyttyvät riittävällä tavalla, niissä on myös synnytystoimintaa ja siten lastentautien ja gynekologian päivystys sekä hätäleikkaustoiminnan valmius. Tarkoitus on, että näiden sairaaloiden palveluiden laajuudesta sovittaisiin erityisvastuualueen puitteissa ottaen huomioon muutkin päivystysasetuksen asettamat erikoisalakohdittaisen päivystyksen edellytykset. Tulevaisuudessa näissä yksiköissä tulisi olla tarjolla myös mahdollisuus sosiaalipäivystyksen palveluihin.

Kanta-Hämeen keskussairaala (175 350 asukasta) on asukasluvultaan suuren väestön sairaala. Se sijaitsee keskellä valtakunnallista Helsingin - Turun - Tampereen kolmion väestökeskittymää. Sairaala on kehittänyt akuuttilääketieteen osaamista, päivystää noin 8 erikoisalaa ympärivuorokautisesti ja voi siirtää vaativaa hoitoa tarvitsevat potilaat nopeasti yliopistolliseen sairaalaan. Toisaalta sairaanhoitopiirin alue on maantieteellisesti ja asiointisuunniltan hajanainen, mikä voi pidemmällä aikavälillä vähentää sairaalan palveluiden kysyntää.

Kymenlaakson keskussairaala (172 908 asukasta) palvelee varsin suurta väestömäärää, mutta väestöennusteen mukaan asukkaiden määrä vähenee 7,0 % vuoteen 2040 mennessä. Keskussairaala on sijoittunut maakunnan eteläosaan ja sen saavutettavuus koko maakunnan näkökulmasta ei ole paras mahdollinen. Osittain tästä syystä Pohjois-Kymen sairaalassa Kouvolassa on toiminut perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys.

Vaasan keskussairaala (169 652 asukasta) on ainoa keskussairaala, joka sijaitsee sairaanhoitopiirissä, jonka enemmistökieli on ruotsi. Keskussairaala on kauimpana yliopistosairaalasta kuin mikään muu Suomen keskussairaaloista. Pitkien etäisyyksien ja kielellisten syiden takia Vaasan keskussairaalan palvelut ovatkin laajat, vaikka väestön määrä on suhteellisen pieni ja se on keskimääräistä terveempää. Sairaalassa on ylläpidetty noin 10 erikoisalan ympärivuorokautista päivystystä. Maantieteellisesti Vaasan keskussairaala sijaitsee kuitenkin rannikolla, jolloin saavutettavuus ei ole paras mahdollinen.

Etelä-Savon (Mikkelin) keskussairaalan (103 873 asukasta) väestö on iäkästä ja alueen väestö vähenee hyvin nopeasti. Tilastokeskuksen ennusteen mukaan koko Etelä-Savon asukasmäärä vähenee vuoteen 2040 mennessä 11,2 %. Etäisyydet ovat kuitenkin suhteellisen pitkät joka suuntaan, joten sairaalaan tarvitaan suhteellisen kattavaa päivystystä yliopistollisen sairaalan tuella. Synnytyksmäärä oli vuonna 2015 yhteensä 887.

Keski-Pohjanmaan keskussairaalan (78 395 asukasta) oman sairaanhoitopiirin väestön määrä on suhteellisen pieni. Sairaala tarjoaa palveluita huomattavasti omaa vastuualueaan laajemmalle alueelle. Ulkopuolisten kuntien erikoissairaanhoidon ostot ovat huomattavat. Synnytysten määrä oli yli 1500 vuonna 2015, jolla sairaala on noin kymmenen suurimman synnytyssairaalan joukossa Suomessa. Jos synnytyssairaaloitten määrä edelleen vähenee, niin Keski-Pohjanmaan synnytysten määrä lähestyy noin 2000 syntystä. Etäisyydet muihin sairaaloihin ovat pitkät; omaan erityisvastuualueen yliopistosairaalaan (Oulu) 200 kilometriä. Sairaala on integroinut hyvin yhteen perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon.

Kainuun keskussairaalan (76 119 asukasta) alueen väestö ikääntyy ja vanhenee nopeasti. Tilastokeskuksen ennusteen mukaan väestö vähenee 13,7 % vuoteen 2040 mennessä. Etäisyydet ovat alueella pitkät ja väestö asuu hajallaan. Sairaala tarvitsee selkeästi yliopistosairaalan apua päivystyksen resursseja ja osaamista ajatellen.

Länsi-Pohjan keskussairaalan (63 603 asukasta) alueen väestö vanhenee nopeasti. Yhteydet Ouluun ovat suhteellisen lyhyet ja nopeat. Synnytysten määrässä kyseessä on Suomen pienin yksikkö ja synnytyksiä oli 566 vuonna 2015. Päivystystoiminnan laajuus joudutaan arvioimaan tulevina vuosina, kun sote-uudistus etenee. Sairaalalla ei ole realistisia edellytyksiä jatkaa ympärivuorokautisia kirurgisia palveluita tarjoavana yhteispäivystyksenä. Lapin olosuhteita ajatellen olisikin tarkoituksenmukaista, että Länsi-Pohjan keskussairaalan, Lapin keskussairaalan ja Oulun yliopistollisen keskussairaalan kesken sovittaisiin sairaaloitten työnjaosta yksityiskohtaisesti vuoden 2019 alkuun mennessä. Kemissä jatkuisi seudun väestön tarpeita vastaava riittävä konservatiivisten alojen yhteispäivystys ja hätäleikkausvalmius, mutta Lapin maakunnan alueella ylläpidettäisiin laajaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteispäivystystä vain Rovaniemellä.

Itä-Savon (Savonlinnan) keskussairaalan (44 051 asukasta) alueen väki vähenee ja ikääntyy. Sairaala on aikaisemmin tarjonnut hyvin laajasti palveluita ja ollut siten toiminnan suhteessa Suomen kalleimpia keskussairaaloita. Sairaalassa on jo pidempään ollut menossa rakennemuutos. Synnytysten loppuessa puolet synnyttäjäistä siirtyi Mikkeeliin, mutta toinen puoli siirtyi pääosin Kuopioon ja Joensuuhun. Edellytykset eri erikoisalojen päivystyksen ylläpitoon ovat hyvin rajalliset väestön pienuudesta johtuen. Sairaalassa tullaan kuitenkin tarvitsemaan akuuttilääketieteen ja yleislääketieteen/geriatrian ympärivuorokautinen päivystys myös jatkossa. Sote-uudistuksen edetessä on erityisvastuualueella ratkaistava, onko tarkoituksenmukaista ylläpitää jonkun muun erikoisalan ympärivuorokautista päivystystä tässä sairaalassa.

Pykälän 5 momentin mukaan kunta tai sairaanhoitopiiri voi järjestää ympärivuorokautista perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen päivystystä silloin, kun palvelujen saavutettavuus ja päivystysyksiköiden väliset etäisyydet sitä edellyttävät ja sosiaali- ja terveysministeriö on myöntänyt siihen luvan, eikä väestön tarvitsemia palveluja voida riittävästi turvata ensihoitopalvelun avulla.

Nykyisten keskussairaaloitten lisäksi palvelujen saavutettavuus ja päivystysyksiköiden väliset etäisyydet saattavat edellyttää perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen ympärivuorokautista päivystystä nykyisessä aluesairaalassa tai terveyskeskuksessa. Usein väestön tarvitsemia kiireellisiä palveluja pystytään hoitamaan ensihoitopalvelun kautta,

mutta joillain alueilla tarvitaan kuitenkin tässä tarkoitettuja ympärivuorokautisia päivystysyksiköitä. Näissä päivystysyksiköissä tulee olla mahdollisuus taudinmäärittystä varten tarvittaviin laboratoriotutkimuksiin ja kuvantamiseen kaikkina vuorokauden aikoina sekä etälääketieteen avulla mahdollisuus konsultoida laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikköä. Näissä yksiköissä ei olisi muiden erikoisalojen päivystystä, eikä niissä tehtäisi leikkaustoimintaa. Nämä päivystysyksiköt tulisi sijoittaa toimipisteeseen, jossa on virka-aikana käytettävissä muiden erikoisalojen palveluita joko tavanomaisena päivääkaisena toimintana, konsultaatioina tai etälääketieteen keinoin.

Pykälän 6 momentin mukaan päivystystä toteuttavissa yksiköissä on oltava riittävät voimavarat ja osaaminen, jotta hoidon laatu ja potilasturvallisuus toteutuvat. Päivystyksestä ja sen laajuudesta on sovittava terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa ottaen huomioon alueen ensihoitopalvelu, päivystyspisteiden väliset etäisyydet sekä väestön palvelutarve.

Sosiaalipäivystyksen järjestämisestä terveydenhuollon päivystyksen ja kiireellisen vastaanotto toiminnan yhteydessä säädettäisiin sosiaalihuoltolaissa. Pykälän 7 momentissa olisi viittaus sosiaalihuoltolakiin sekä säännös, joka koskisi sosiaalihuollon tarpeen arviointia. Kiireellisen hoidon edellyttämän arvion yhteydessä arvioitaisiin potilaan mahdollinen sosiaalihuollon tarve ja potilaalle olisi tarvittaessa annettava sosiaalihuoltolain 29 §:ssä tarkoitettu kiireellinen ja välttämätön apu. Sosiaalihuoltolain 29 §:n mukaan sosiaalipäivystys on järjestettävä ympärivuorokautisesti kiireellisen ja välttämättömän avun turvaamiseksi. Päivystys on toteutettava siten, että palveluun voi saada yhteyden ympäri vuorokauden ja kiireelliset sosiaalipalvelut voidaan toteuttaa siten kuin tässä tai muussa laissa säädetään. Sosiaalipäivystystä toteutettaessa on toimittava yhteistyössä terveydenhuollon päivystyksen, pelastustoimen, poliisin, hätäkeskuksen ja tarpeen mukaan muiden toimijoiden kanssa.

Säännöksellä halutaan korostaa jo nykyisin voimassa olevaa, sosiaalihuoltolain 35 §:ään perustuvaa terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuutta ohjata potilas sosiaalihuollon palvelujen piiriin. Jos terveydenhuollon ammattihenkilö on tehtävässään saanut tietää henkilöstä, jonka sosiaalihuollon tarve on ilmeinen, hänen on ohjattava henkilö hakemaan sosiaalipalveluja tai henkilön antaessa suostumuksensa otettava yhteyttä kunnallisesta sosiaalihuollosta vastaavaan viranomaiseen, jotta tuen tarve arvioitaisiin. Säännösten sisältöä on kuvattu tarkemmin 53 a §:n kohdalla.

Kiireellisen hoidon perusteista, päivystyksen järjestämisen erikoisalakohtaisista edellytyksistä ja päivystysyksiköiden alueellisesta yhteistyöstä sekä kiireellisen vastaanotto toiminnan, laajan ympärivuorokautisen päivystysyksikön, ympärivuorokautisesti päivystävän yhteispäivystysyksikön, ympärivuorokautisen akuuttilääketieteen tai yleislääketieteen päivystysyksikön tehtävistä, sekä sosiaali- ja terveysministeriön myöntämistä poikkeusluvista voidaan säätää tarkemmin valtioneuvoston asetuksella.

53 a §. *Sosiaalihuollon tarpeen arviointi.* Säännöksellä halutaan korostaa terveydenhuollon ammattihenkilön jo nykyisin voimassa olevaa velvollisuutta ohjata henkilö sosiaalihuollon palveluihin, jos hänen palvelujen tarpeensa on ilmeinen. Vastaava velvoite ehdotetaan lisättäväksi terveydenhuollon päivystyspalveluja koskevaan 50 §:ään.

Mahdollinen sosiaalihuollon tarve olisi arvioitava myös tässä luvussa säädetyn kiireettömän hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihen-

kilöiden velvollisuudesta toimia, kun henkilön sosiaalihuollon tarve on ilmeinen, säädetään sosiaalihuoltolain 35 §:ssä. Henkilön oikeudesta saada palvelutarpeen arviointi säädetään sosiaalihuoltolain 36 §:ssä.

Lain lähtökohtana on ohjata sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon ammattilaisia toimimaan mahdollisimman asiakaslähtöisesti. Potilaan edun mukaista on, että hänen hakiessaan yhtä palvelua hänet voidaan samanaikaisesti ohjata saamaan muita tarvittavia palveluja. Ehdotuksen tavoitteena on, että kiireettömän hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä aina muistettaisiin ottaa huomioon myös mahdollinen sosiaalipalvelujen tarve. Toimintatapa vähentäisi päivystysluonteisen avun tarvetta.

Terveydenhuollon ammattihenkilö tekee arvion mahdollisesta sosiaalipalvelujen tarpeesta oman osaamisensa pohjalta. Sosiaalihuoltolain 35 §:n mukaisesti ensisijaisesti on pyrittävä toimimaan siten, että potilaan luvalla ollaan yhteydessä kunnallisesta sosiaalihuollosta vastaavaan viranomaiseen, joka huolehtii siitä, että asiakkaan palvelutarve arvioidaan sosiaalihuoltolain 36 §:n mukaisesti. Ainoastaan siinä tapauksessa, että potilas on ilmeisen kykenemätön vastaamaan omasta huolenpidostaan, terveydestään tai turvallisuudestaan tai lapsen etu sitä vaatii, terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen tekemään sosiaalihuoltoon ilmoituksen vaikka henkilö ei antaisi siihen suostumustaan. Terveydenhuoltolain 32 §:n 2 momentin mukaisesti terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen osallistumaan palvelutarpeen arvioinnin tekemiseen, jos arvioinnin tekemisestä vastaava sosiaalihuollon työntekijä sitä pyytää.

Vaikka sosiaalihuollon tarpeiden arviointi määritellään sosiaalihuoltolaissa, sen ei ole tarkoitus ohjata tekemään tarvearviointia vain sosiaalihuollon toimesta. Ehdotetut muutokset edesauttavat kokonaan uusien moniammatillisten käytäntöjen luomisessa. Tarkoituksena on, että avun/tuen/hädän tilanteessa ihmisen ei tarvitsisi selvittää monimutkaisia sektorikohtaisia palvelujen hakemisen käytäntöjä, vaan olisi yksi palvelu, jonka kautta saadaan kiireellinen tarvearviointi ja joko asian selviäminen päivystyksen yhteydessä tai ohjaus toisaalla toteutettavaan tai virka-aikaiseen palveluun. Esimerkiksi Hollannissa on kehitetty matalan kynnyksen moniammatillinen tarvearviointi (Social Community Teams) ja sen on havaittu vähentävän muun muassa terveydenhuollon ja muiden kalliimpien palvelujen käyttöä.

Uudistuksen onnistuminen parhaalla mahdollisella tavalla edellyttää, että terveydenhuollon henkilöstöä perehdytetään siihen, millaisiin tarpeisiin sosiaalipalveluissa vastataan. Näin vältetään turhaa papereiden siirtelyä eri ammattiryhmien välillä. Erityistä huomiota on kiinnitettävä haavoittuvassa asemassa olevien asiakkaiden tunnistamiseen ja huomioimiseen.

1.2 Sosiaalihuoltolaki

29 §. Sosiaalipäivystys. Pykälän 1 momentti vastaisi pääosin voimassa olevan 29 §:n 1 momenttia, jonka mukaan sosiaalipäivystyksellä tarkoitetaan välttämättömien ja kiireellisten sosiaalipalvelujen ja muiden tukitoimien järjestämistä siten, että henkilön tarvitsema välitön turva ja huolenpito voidaan antaa erilaisissa sosiaalisissa hätä- ja kriisitilanteissa vuorokauden ajasta riippumatta.

Sosiaalipäivystystoiminta painottuu perheiden lastensuojelutilanteisiin, nuorten kriisitilanteiden hoitamiseen sekä perheväkivaltatilanteisiin poliisin toimenpiteiden rinnalla. Myös yksinäiset aikuiset muodostavat oman asiakasryhmänsä. Avohoidon lisääntyminen on tuonut mukanaan sen, että erilaista äkillistäkin avuntarvetta tulee kotona useammin kuin ennen, esimerkiksi vanhusten kohdalla. Välittömään turvaan ja huolenpitoon sisältyy myös kiireellisen toimeentulotuen myöntäminen. Myös onnettomuudet ja muut vaaratilanteet aiheuttavat sosiaalisen avun tarvetta vuorokauden ajasta riippumatta. Tällaisia ovat esimerkiksi tulipalot, liikenneonnettomuudet, äkilliset läheisen kuolemat, katoamiset, heitteillejätöt, rikoksen uhriksi joutuminen sekä laajat suuria ihmisryhmiä koskevat häiriötilanteet. Vaikka sosiaalipäivystystyö määrittyy yksilöllisesti ja yhteiskunnallisesti laaja-alaiseksi työskentelyksi, sosiaalipäivystyksessä syntyvät asiakkuudet ovat ajallisesti lyhytkestoisia. Sosiaalipäivystyksen työskentelyssä keskeistä on asiakkaalle tarjottavien jatkopalvelujen tarpeen arviointi ja niiden saumaton järjestäminen esimerkiksi kuntien yleisten sosiaalipalvelujen, kuten lastensuojelun tai toimeentulotuen piiristä.

Päivystystyöhön kuuluu jatkopalveluihin ohjaaminen ja näiden palvelujen saatavuuden varmistaminen. Sosiaalipäivystystä järjestettäessä tulee myös huolehtia siitä, että välttämättömän turvan ja huolenpidon tarpeessa olevalle sosiaalipäivystyksen asiakkaalle pystytään turvaamaan hänen sosiaalipäivystyksen yhteydenoton jälkeen tarvitsemansa välttämättömän turvan ja huolenpidon turvaavat palvelut tai muut tukitoimet, jos hän ei voi niitä muuta kautta saada. Käytännössä tämä voi tarkoittaa esimerkiksi tilapäisasumisen järjestämistä. Pykälän 1 momentin mukaan päivystys on toteutettava siten, että kiireelliset sosiaalipalvelut voidaan toteuttaa siten kuin sosiaalihuoltolaissa tai muussa laissa säädetään. Esimerkiksi sosiaalihuoltolain 13 § edellyttää, että lapsen terveyden tai kehityksen kannalta välttämättömät sosiaalipalvelut on järjestettävä tarvittavassa laajuudessa niinä vuorokauden aikoina, joina niitä tarvitaan. Tämä voi hätätapauksessa tarkoittaa kotipalvelun tai muun perhepalvelun järjestämistä yöaikaan. Lastensuojelulain 13 §:n 1 momentissa puolestaan edellytetään, että päätöksen kiireellisestä sijoituksesta tekee virkasuhteinen sosiaaliohjaaja.

Vastaavasti kuin terveydenhuoltolain 50 §:ssä säädetään, ehdotetaan, että sosiaalihuoltolaissa säädettäisiin, että myös sosiaalipäivystystä toteuttavissa yksiköissä tulisi olla riittävät voimavarat ja osaaminen, jotta palvelun laatu ja asiakasturvallisuus toteutuvat. Sosiaalipäivystys on kriisitilanteissa työskentelemistä, jolloin työntekijällä on oltava perusammattitaidon lisäksi riittävä kriisityön osaaminen. Päivystystyössä edellytetään kykyä tilanteen kokonaisvaltaiseen ja ripeään analysointiin, ja päätöksentekoon on usein pystyttävä nopeasti ja suhteellisen vähäisen informaation pohjalta. Arvioitaessa mitä ovat riittävät voimavarat ja osaaminen tietyssä yksikössä on otettava huomioon sekä laissa säädetyt tehtävät että eri päivystysyksiköiden muodostama päivystyksen kokonaisuus. Laki edellyttää, että päivystystyö järjestetään siten, että palveluun voi saada yhteyden ympäri vuorokauden. Esimerkiksi poliisi ja hätäkeskus ovat tahoja, jotka voivat välittää sosiaalipäivystykseen tiedon avun tarpeesta. Poliisi on myös tärkeä yhteistyökumppani käytännön työssä ja poliisilta on oikeus saada virka-apua sosiaalipäivystystehtävien suorittamiseen. Henkilön mahdollisuus saada ympäri vuorokauden yhteys poliisiin tai hätäkeskukseen ei kuitenkaan vielä tarkoita, että laissa säädetty edellytys saada yhteys sosiaalipäivystykseen täytyisi. Lainvalmistelun yhteydessä järjestetyssä kuulemistilaisuudessa hätäkeskuslaitos toi esiin, että heillä on usein vaikeuksia toimittaa viestiä oikealle taholle kunnan sosiaalitoimeen. Ongelma saattaa olla jopa pahempi virka-aikaan kuin ilta- tai yöaikaan. Sosiaalihuoltolain 33 §:n 4 momentin mukaan tiedot siitä,

minkälaisia sosiaalipalveluja on mahdollista saada, miten niitä voi hakea ja mitkä ovat palvelun saamisen perusteet, on julkaistava helposti saavutettavalla ja ymmärrettävällä tavalla. Sosiaalipäivystyksen osalta ei riitä, että kyseiset tiedot olisivat ainoastaan hätäkeskuslaitoksen tiedossa, vaan 33 § velvoittaa julkaisemaan tiedot siten, että ne ovat kaikkien kuntalaisten saatavilla. Laki edellyttää siis, että kuntalaiset voivat saada helposti tiedon siitä, mihin numeroon he voivat milloinkin soittaa saadakseen yhteyden sosiaalipäivystykseen tai mihin he voivat mennä apua tarvitessaan. Vaatimus koskee kaikkia ikäryhmiä. Kiireellisten lastensuojeluasioiden lisäksi kuntalaisilla on oltava tieto myös siitä, mihin ottaa yhteyttä muissa kiireellisissä sosiaalipäivystysasioissa. Arvioitaessa sitä, täyttyykö laissa säädetty mahdollisuus saada yhteys sosiaalipäivystykseen ympäri vuorokauden, on arvioitava, onko henkilöllä tosiasiallisesti mahdollisuus saada yhteys päivystykseen siten, että kiireellinen ja välttämätön apu on mahdollista saada. Jos suoraa yhteyttä ei ole ja hätäkeskuslaitos ei saa viestejä heti perille, ei päivystystä ole järjestetty lain edellyttämällä tavalla. Päivystyksen järjestäminen ei täytä lain edellytyksiä myöskään silloin, jos tieto siitä, että sosiaalipäivystys on järjestetty ainoastaan kotona nukkuvan päivystäjän kautta tai tieto siitä, että päivystys on muulla tavoin aliresursoitu, tosiasiallisesti ohjaa toimimaan siten, että päivystysasioita ohjataan mieluummin terveydenhuollon päivystykseen tai se vaikuttaa arvioon asioiden kiireellisyydestä.

Laki edellyttää myös, että kiireelliset sosiaalipalvelut voidaan toteuttaa siten kuin sosiaalihuoltolaissa tai muussa laissa säädetään. Jotta palvelut olisi mahdollista toteuttaa lainmukaisesti, edellytyksenä on, että sosiaalipäivystyksessä on riittävästi resursseja ja se on alueellisesti järjestetty siten, että päivystäjän on mahdollista päästä tarvittaessa kiireellisesti esimerkiksi kotikäynnille arvioimaan tilannetta. Kunnallisille sosiaalipäivystyksille lähetetyn kyselyn vastausten mukaan yleinen arvio on, että matka kotikäynnille saisi kestää korkeintaan tunnin. Jokaisessa tilanteessa on kuitenkin pyrittävä toimimaan tilanteen edellyttämällä nopeudella. Harvaan asutuilla seuduilla palvelun järjestäminen voi edellyttää niin sanotun takapäivystysjärjestelmän käyttämistä, jolloin aktiivisyydessä oleva päivystäjä voi tarvittaessa hälyttää paikalla takapäivystäjän, jolla on mahdollisuus ehtiä ajoissa paikalle.

Niissä tehtävissä, joissa laki edellyttää virkasuhteisen sosiaalityöntekijän tekemää päätöstä, on toiminta järjestettävä siten, että sosiaalityöntekijä käytännössä vastaa päätöksen tekemisestä. Toisen työntekijän tosiasiallisesti tekemän päätöksen jälkikäteen hyväksyminen ja päätösasiakirjan kirjoittaminen esimerkiksi seuraavana arkipäivänä virka-aikaan ei täytä laissa säädettyä edellytystä päätöksen tekemisestä. Toisaalta sosiaaliohjaajia voidaan käyttää päivystystilanteissa, jotka eivät edellytä sosiaalityöntekijän tekemää päätöstä esimerkiksi kotihoidon päivystyksellisillä kotikäynneillä.

Pykälän 2 momentti vastaisi sisällöltään voimassa olevaa 29 §:n 2 momenttia, jossa säädetään yhteistyöstä sosiaalipäivystystä toteutettaessa. Poliisin ja hätäkeskuksen lisäksi yhteistyötä tehdään terveydenhuollon ja muun sosiaalitoimen kanssa. Ensiapupoliklinikoiden, ensihoidon ja pelastusviranomaisten kanssa tulee olla selvät yhteistyömenettelyt erilaisten tilanteiden varalle esimerkiksi psykososiaalisen tuen järjestämisestä ja tarjoamisesta. Kotipalvelu – erityisesti yöpartiot – kohtaavat tilanteita, joissa voidaan tarvita sosiaalipäivystyksen palveluja. Etsivää työtä tekevät sosiaali- ja nuorisotyöntekijät ja nuorisotapahtumien yhteyteen rakennetut erilaiset seurakuntien ja muiden tahojen palveluorganisaatiot kuuluvat yhteistyökumppaneiden piiriin. Päivystävän työntekijän tarvitsemista konsultaatiokäytännöistä sovitaan esimerkiksi psykiatrian erikoisalan kanssa. Terveyskeskusten ja sairaaloiden kriisiryhmät ovat yksi keskeinen yhteistyö-

kumppani etenkin onnettomuustilanteissa. Myös seurakunnissa ja erilaisilla vapaaehtoisjärjestöillä on valmiutta kohdata hädässä olevia ihmisiä.

Pykälän 3 momentissa ehdotetaan säädettäväksi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöstä päivystystä järjestettäessä. Pykälässä ei edellytetäisi koko alueen sosiaalipäivystystoiminnan siirtämistä toteutettavaksi terveydenhuollon päivystyksen yhteydessä, mutta toiminta olisi järjestettävä siten, että terveydenhuollon päivystyksen yhteydessä sosiaalityöntekijä tai sosiaaliohjaaja arvioisi kiireellisen avun tarpeen ja potilas voisi tarvittaessa saada myös kiireelliset ja välttämättömät sosiaalipalvelut. Harkittaessa millä tavoin alueen sosiaalipäivystys tulee jatkossa järjestää, on huolehdittava siitä, että sosiaalipäivystys kyetään kaikkien asiakkaiden osalta järjestämään siten kuin lainsäädäntö edellyttää. Päivystystyön luonteesta johtuen jokaisen päivystysyksikön käytettävissä on oltava virkasuhteinen sosiaalityöntekijä, jolla on laajat oikeudet päätösten tekemiseen. Päivystystyö on myös organisoitava siten, että tarpeen mukaan on mahdollista tehdä kotikäyntejä.

Ehdotuksen mukaan sosiaalipäivystystä olisi järjestettävä sekä terveydenhuoltolain mukaisen laajan ympärivuorokautisen päivystysyksikön yhteydessä, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystyksen yhteydessä. Laki ei velvoittaisi järjestämään sosiaalipäivystystä ympärivuorokautisesti päivystävien terveyskeskusten yhteydessä, mutta vastaavasti kuin muissa palveluissa olisi huolehdittava, että asiakkailta on tosiasiallinen mahdollisuus saada tarvittaessa kiireellistä ja välttämätöntä apua. Eri-tyistä huomiota tulisi kiinnittää siihen, että ohjaus, neuvonta ja palvelutarpeen arviointi toteutuisivat riittävästi jo virka-aikaan, jotta ilta- ja yöaikainen päivystys ei turhaan kuormittuisi.

Tarkoituksena on, että uudistusta lähdettäisiin toteuttamaan siten, että otettaisiin huomioon terveydenhuollossa jo nykyisin tehtävä sosiaalityö sekä -ohjaus ja pyrittäisiin sovittamaan ne nykyistä paremmin sekä päivystykselliseen työskentelyyn että kunnan sosiaalitoimessa toteutettavaan työhön. Tämä toteuttamistapa vastaisi sote-uudistuksen tavoitetta integroiduista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista ja toiminnan käynnistäminen helpottaisi siirtymistä toimimaan tulevan sote-lainsäädännön mukaisesti. Nykyisin sovellettavan lainsäädännön mukaan kunnan sosiaalihuollosta vastaava toimielin vastaa sosiaalipalvelujen toteuttamisesta. Tietyissä tehtävissä edellytetään, että päätöksentekijä on virkasuhteessa. Terveydenhuollossa toteutettava nykymuotoinen sosiaalityö sekä sosiaaliohjaus on mahdollista toteuttaa sekä sairaanhoitopiirien omana toimintana että osittamalla toiminta kunnan sosiaalitoimelta. Hoitotyöhön osallistumista lukuun ottamatta lainsäädäntö ei estä sairaaloissa toimivien sosiaalityöntekijöiden ja sosiaaliohjaajien työn toteuttamista osana kunnan sosiaalitoimen työtä. Tämä malli mahdollistaa sen, että sairaaloiden sosiaalityöntekijät ja sosiaaliohjaajat voivat muun työnsä ohella tehdä sosiaalihuollon lainsäädännön mukaisia päätöksiä ja palvelutarpeen arviointeja. Päätöksentekioikeus vahvistaa sosiaalialan ammatillisen henkilöstön roolia suhteessa terveydenhuollon työhön. Mahdollisuus tehdä palvelutarpeen arviointeja terveydenhuollossa poistaa päällekkäistä työtä ja vahvistaa sosiaalihuoltolain mukaisen saumattoman yhteistyön tekemistä sosiaali- ja terveydenhuollon välillä. Yhdessä tehty työ poistaa yhteistyön esteitä ja viiveitä ja tekee palvelusta entistä asiakaslähtoisempää. Asiakas voidaan kohdata kokonaisvaltaisesti yhdessä palvelupisteessä ja luoda toimiva polku jatkossa tarvittaviin palveluihin.

Integraatiota on mahdollista edistää vaihtoehtoisesti myös siten, että sairaanhoitopiirien sosiaalityöntekijät ja sosiaaliohjaajat toimivat kunnan sosiaalitoimen kanssa yhteistyössä nykyistä tiiviimmin arvioimalla kiireellisen avun tarvetta päivystyksissä sekä osallistumalla sosiaalitoimen työntekijän vastuulla olevan palvelutarpeen arvioinnin tekemiseen. Tässä mallissa sosiaalialan ammattihenkilöt toimivat sairaanhoitopiirien alaisuudessa, eikä heillä ole päivystystyön edellyttämää päätöksenteko-oikeutta eikä mahdollisuutta vastata itsenäisesti koko palvelutarpeen arvioinnin tekemisestä.

Ehdotuksen mukaan pykälässä viitattaisiin myös terveydenhuoltolain 50 §:ssä säädettyyn kiireelliseen hoitoon, jolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaisairaouden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista. Kiireelliseen hoitoon sisältyy terveydenhuoltolain mukaan myös psykososiaalinen tuki, jota sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt yhdessä toteuttavat. Sosiaalihuoltolain 25 §:n 2 momentin mukaan osana mielenterveystyötä on järjestettävä tarpeenmukainen yksilön ja perheen psykososiaalinen tuki ja mielenterveystyöhön kuuluu myös yksilön ja yhteisön psykososiaalisen tuen yhteensovittaminen äkillisissä järkyttävissä tilanteissa. Psykososiaalisen tuen antaminen äkillisissä kriisitilanteissa voidaan organisoida annettavaksi kriisi- ja sosiaalipäivystyksen kautta ja monissa kunnilta tulleissa palautteissa arvioitiin, että näiden palvelujen keskittäminen voisi olla toimiva ratkaisu.

Psykososiaalinen työ tarkoittaa laajimmillaan kaikkea sellaista sosiaali- ja terveydenhuollon työtä, jota tehdään yksilöiden, perheiden tai ryhmien kanssa ja jossa työn kohteena ovat sekä sosiaaliset että psyykkiset kysymykset. Psykososiaalisessa työssä ihminen on nähtävä yhteyksissään, eli äkillisessäkin tilanteessa on paikannettava yksilön sisäisten ja ulkoisten tekijöiden keskinäinen vuorovaikutus. Ulkoisista tekijöistä otetaan huomioon ne verkostot ja systeemit, joissa ihminen elää, kuten asunto, perhe, työ ja toimeentulo, elinympäristö ja niihin liittyvät uhat ja mahdollisuudet, sekä mahdollisuudet liikkua ja käyttää palveluita. Sisäisistä tekijöistä tunnistetaan ihmisen psyykinen tila, kokemus ja ymmärrys omasta tilanteestaan ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Ulkoiset tekijät kartoitetaan, koska ne vaikuttavat esimerkiksi kriisitilanteen syntymiseen ja siitä toipumiseen. Kriisi- ja päivystystyössä psykososiaalisen työn tavoitteena on tasapainon palauttaminen ihmisen tilanteeseen (välittömän turvan takaaminen) ja jatkotoimien löytäminen yhdessä asiakkaan tai hänen omaistensa kanssa. Psykososiaalisessa työssä tuetaan yksilön ymmärrystä ja kykyä käsitellä tilannettaan, kartoitetaan tukea tuottavat verkostot ja sen lisäksi ne olosuhdetekijät, joita tulee korjata kriisin jatkohoidon ja -tuen takaamiseksi. Sosiaalipäivystysyksiköissä psykososiaalinen ja terapeuttinen orientaatio voivat olla osa tehostettua moniammatillista työtä välittömän kriisin jälkeen.

Pykälän 4 momentin mukaan sosiaalipäivystysyksiköiden tehtävistä, sosiaalipäivystyksen järjestämisen tavoista, yhteistyöstä muiden toimijoiden kesken sekä päivystysyksiköiden alueellisesta yhteistyöstä voitaisiin säätää tarkemmin valtioneuvoston asetuksella. Asetuksella olisi mahdollista säätää tarkemmin esimerkiksi siitä, miten sosiaalipäivystystä tulisi järjestää terveydenhuollon yksiköiden yhteydessä. Esimerkiksi tulisiko sosiaalipäivystyksen olla myös siellä ympärivuorokautista vai riittäisikö iltaisin ja öisin tiiviimpi yhteistyö muualla toimivan sosiaalipäivystyksen kanssa.

33 a §. *Sosiaalipalvelujen järjestäminen muiden palvelujen yhteydessä.* Vastaavasti kuin terveydenhuoltolain 45 §:ssä säädetään erikoissairaanhoidon keskittämisestä, pykälässä ehdotettaisiin säädettäväksi niistä edellytyksistä, joilla sosiaalipalveluja voitaisiin

järjestää muiden palvelujen yhteydessä. Palveluja voitaisiin keskittää alueellisesti tai valtakunnallisesti, jos se olisi tarpeen asiakasturvallisuuden ja sosiaalipalvelujen laadun ja vaikuttavuuden takaamiseksi. Keskittäminen voitaisiin katsoa tarpeelliseksi riittävän taidon ja osaamisen saavuttamiseksi ja sen ylläpitämiseksi, jos palvelu luonteeltaan vaativana ja harvoin esiintyvänä edellyttäisi toistettavuutta, tai jos palvelu vaatisi usean alan erityisosaamista. Ehdotuksen mukaan sosiaalipalvelujen keskittämisestä voitaisiin tarvittaessa säätää tarkemmin valtioneuvoston asetuksella. Päivystyksen lisäksi voitaisiin säätää muistakin sosiaalipalveluista sekä keskittämisestä muiden toimijoiden kanssa yhteistyössä. Asetusten mahdollista sisältöä selostetaan edellä kohdassa 3.2 Toteuttamisvaihtoehdot.

2 Tarkemmat säännökset ja määräykset

Esityksen mukaan tarkempia säännöksiä annettaisiin valtioneuvoston ja sosiaali- ja terveysministeriön asetuksilla.

Terveystoimintolain 41 §:n mukaan sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella annettaisiin tarkempia säännöksiä ensihoitopalvelun tehtävistä, ensihoidon palvelutasopäätöksen määrittelyn perusteista ja rakenteesta, ensihoitopalvelun johtamisjärjestelmästä, ensihoitopalveluun osallistuvan henkilöstön tehtävien määrittelyn perusteista ja koulutusvaatimuksista, ensihoitopalvelun perus- ja hoitotason määritelmistä sekä ensivastetoinnista. Asetuksenantovaltuutusta olisi tarpeen täsmentää nykyisestä lisäämällä siihen maininta ensihoitopalvelun johtamisjärjestelmästä säätämisestä asetuksella, jotta se vastaisi paremmin asetuksen sisältöä. Terveystoimintolain 46 §:n mukaan ensihoitokeskuksen tehtävistä voidaan antaa tarkempia säännöksiä tarvittaessa sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella. Nykyiseen ensihoitopalvelusta annettuun sosiaali- ja terveysministeriön asetukseen on tarkoitus tehdä joitakin täsmennyksiä.

Terveystoimintolain 45 §:n mukaan valtioneuvoston asetuksella säädetään valtakunnallisesti ja alueellisesti keskitettävistä tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidosta, sekä tarvittaessa hoitoa antavista yksiköistä, keskitettävien tutkimusten, toimenpiteiden ja hoitojen määrällisistä ja muista edellytyksistä. Toiminnan valtakunnallisen kokonaisuuden suunnittelua ja yhteen sovittamista koskevia tehtäviä voidaan antaa valtioneuvoston asetuksella yhdelle tai useammalle valtakunnalliselle toimijalle. Toiminnan yhteen sovittamista varten voidaan valtioneuvoston asetuksella nimetä ja valtuuttaa alueellisia toimijoita. Aikaisempi valtioneuvoston asetus erityistason sairaanhoidon järjestämisestä ja keskittämisestä olisi tarkoitus uusia kokonaisuudessaan.

Terveystoimintolain 50 §:n mukaan kiireellisen hoidon perusteista ja kiireellisen vastaanotto toiminnan, laajan ympärivuorokautisen päivystysyksikön, ympärivuorokautisesti päivystävän yhteispäivystysyksikön sekä ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen päivystysyksikön tehtävistä sekä päivystyksen järjestämisen erikoisalakohtaisista edellytyksistä ja päivystysyksiköiden alueellisesta yhteistyöstä voidaan säätää tarkemmin valtioneuvoston asetuksella. Nykyinen kiireellistä hoitoa ja päivystystoimintaa koskeva terveystoimintolain 50 §:n nojalla annettu asetus on sosiaali- ja terveysministeriön asetus. Se olisi tarkoitus muuttaa valtioneuvoston asetukseksi. Asetuksessa on tarkoitus kuvata tarkemmin laissa määriteltyjen päivystysyksiköiden tehtäviä ja päivystysyksiköiltä edellytetyjä vaatimuksia. Päivystyksen erikoisalakohtaisia edellytyksiä olisi tarpeen täsmentää joiltakin osin nykyiseen verrattuna.

Sosiaalihuoltolain 29 §:n mukaan sosiaalipäivystyksiköiden tehtävistä, sosiaalipäivystyksen järjestämisen tavoista, yhteistyöstä muiden toimijoiden kesken sekä päivystyksiköiden alueellisesta yhteistyöstä voidaan säätää tarkemmin valtioneuvoston asetuksella. Asetuksella voitaisiin säätää tarkemmin esimerkiksi siitä, miten sosiaalipäivystystä tulisi järjestää terveydenhuollon yksiköiden yhteydessä. Kyseessä olisi uusi asetuksenantovaltuus.

Sosiaalihuoltolain 33a §:n mukaan valtioneuvoston asetuksella säädetään tarvittaessa valtakunnallisesti ja alueellisesti keskitettäviin sosiaalipalveluihin sisältyvistä toimenpiteistä sekä niiden määristä ja edellytyksistä. Toiminnan yhteen sovittamista varten asetuksella voidaan nimetä valtakunnalliset toimijat. Ehdotettu asetuksenantovaltuus olisi uusi.

3 Voimaantulo

Säännösten on tarkoitus tulla voimaan 1 päivänä tammikuuta 2017.

Uudistus edellyttää merkittäviä rakenteellisia ja toiminnallisia muutoksia sairaaloissa ja uutta ohjeistusta väestölle, terveydenhuollon toimijoille, joten säännösten toimeenpanoon tarvitaan 1-2 vuoden siirtymäaika...*(täydentyy myöhemmin)*

4 Suhde perustuslakiin ja säätämisyjärjestys

Hallituksen esitystä on arvioitava erityisesti perustuslaissa säädettyjen perusoikeuksien ja kunnallisen itsehallinnon toteutumisen näkökulmasta.

Perustuslain 1 §:n 2 momenttiin sisältyy valtiosäännön taustalla olevina perustavanlaatuisina arvoina ihmisarvon loukkaamattomuus, yksilön vapaus ja oikeudet sekä oikeudenmukaisuuden edistäminen yhteiskunnassa. Säännöstä voidaan pitää lähtökohtana arvioitaessa julkisen vallan velvollisuuksia. Yksilön vapauden ja oikeuksien turvaaminen korostaa myös perusoikeuksien keskeistä asemaa valtiosäännössä. Perusoikeuksista on säädetty perustuslain 2 luvussa. Perusoikeuksien tulkintaan vaikuttavat ihmisoikeustoi- mielinten päätökset ja perustuslakivaliokunnan lausunnot, jotka muuntavat ja muokkaavat perustuslain 2 luvun säännösten tulkintaa ja soveltamista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistapaan ja palvelujen saatavuuteen vaikuttavat välillisesti useat perusoikeudet, keskeisimmin yhdenvertaisuus ja syrjinnän kieltä (6 §), oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja turvallisuuteen (7 §), yksityiselämän suoja (10 §), uskonnon ja omantunnon vapaus (11 §), tallennejulkisuus (12 §), itseään koskevaan päätöksentekoon osallistumisoikeus (14.3 §), oikeus kieleen ja kulttuuriin (17 §), oikeus sosiaaliturvaan (19 §) sekä julkisen vallan velvollisuus turvata perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen (22 §). Perusoikeussäännökset määräävät osaltaan tapaa, jolla sosiaali- ja terveystalvelujen turvaamisvelvollisuus on täytettävä. Sosiaali- ja terveystalvelujen osalta asiakkaiden ja potilaiden yhdenvertaisuus tulee arviotavaksi niin riittävien talvelujen turvaamisen, talvelujen alueellisten erojen kuin talvelujen käyttäjiltä perittävien maksujen kannalta. Perustuslakivaliokunta ei ole esimerkiksi pitänyt pelkkää maantieteellistä kriteeriä hyväksyttävänä erotteluperusteena perustuslain 6 §:n 2 momentin kannalta (PeVL 59/2001 vp, 2).

Perustuslain 19 §:n 1 momentissa on turvattu oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Säännöksen tarkoittama huolenpito tarkoittaa sosiaali- ja terveystalveluja. Perustuslain 19 §:n 3 momentissa on julkiselle vallalle säädetty velvoite turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvelut ja edistää väestön terveyttä. Perustuslain 19 §:n 3 momenttia täydentävät sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädännön, kuten sosiaalihuoltolain (1301/2014), vammaisuuden perusteella järjestettävistä talveluista ja tukitoimista annetun lain (380/1987), terveydenhuoltolain (1326/2010), kansanterveyslain (66/1972), erikoissairaanhoidon lain (1062/1989), tartuntatautilain (583/1986) ja useiden muiden erityislakien säännökset kuntien velvollisuudesta järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon talvelut. Talvelujen riittävyttä arviotaessa lähtökohtana pidetään sellaista talvelujen tasoa, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä. Riittävät talvelut eivät perustuslain 19 §:n 3 momentissa tarkoitettussa mielessä samaistu kuitenkaan 19 §:n 1 momentin viimesijaiseen turvaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä säännös asettuu keskeiseen asemaan ratkaistaessa kysymystä siitä, kuinka riittävät, mutta myös välttämättömät, sosiaali- ja terveystalvelut pystytään toteuttamaan koko maassa. Sosiaalihuollon talvelujen laatua ja riittävyttä tulee tarkastella koko perusoikeusjärjestelmän kannalta, kuten esimerkiksi yhdenvertaisuuden ja syrjinnän kiellon näkökulmasta (HE 309/1993 vp).

Perustuslain 19 §:n 3 momentissa julkiselle vallalle asetettu velvoite väestön terveyden edistämiseen viittaa säännöksen perustelujen mukaan yhtäältä sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäisevään toimintaan ja toisaalta yhteiskunnan olosuhteiden kehittämiseen julkisen vallan eri toimintaloikoilla yleisesti väestön terveyttä edistävään suuntaan.

Perustuslain 22 § velvoittaa julkista valtaa turvaamaan perusoikeuksien käytännön toteutumisen. Julkisella vallalla tarkoitetaan tässä sekä valtiota että kuntia. Erityislainsäädännöllä kunnille on säädetty velvollisuus järjestää sosiaali- ja terveydenhuolto asukkaalleen ja eräissä tapauksissa kunnassa oleskeleville ja muille henkilöille. Julkisen vallan tulee aktiivisesti luoda tosiasialliset edellytykset perusoikeuksien toteuttamiseksi. Valtion tulee lainsäädäntötoimin, asianmukaisella rahoituksella ja voimavarojen kohdentamisella sekä toiminnan järjestämisellä huolehtia siitä, että riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut tulevat turvatuiksi. Toiminnan edellyttämä rahoitus ja voimavarat toteutetaan nyt pääosin valtion kunnille myöntämällä valtionosuuksilla ja kuntien verotusoi-keudella.

Perustuslain 17 §:n mukaan suomi ja ruotsi ovat maamme kansalliskieliä. Lisäksi perustuslaissa säädetään saamelaiden, romanien ja viittomakielisten sekä vammaisuuden vuoksi tulkitsemis- ja käännösapua tarvitsevien kielellisistä oikeuksista. Perustuslain 17 §:n 2 momentin mukaan ”Julkisen vallan on huolehdittava maan suomen- ja ruotsinkielisen väestön sivistyksellisistä ja yhteiskunnallisista tarpeista samanlaisten perusteiden mukaan”. Perustuslain 6 §:n mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Pykälän 2 momentin mukaan ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan muun muassa kielen perusteella. Molemmat säännökset ilmentävät lainsäätäjän pyrkimystä varmistaa kansalliskielten tosiasiallinen yhdenvertaisuus.

Kielelliset oikeudet liittyvät myös hyvän hallinnon varmistamiseen. Perustuslain 21 §:n mukaan jokaisella on oikeus hyvään hallintoon, josta säädetään tarkemmin lailla. Kielilain mukaan valtion ja kaksikielisten kuntien viranomaisilta edellytetään, että hallinto toimii ja palvelua annetaan niin suomen kuin ruotsin kielellä. Näissä viranomaisissa perustuslain voidaan katsoa edellyttävän, että hallinnon on oltava laadullisesti yhtä hyvää sekä käytännössä saatavissa suomen- ja ruotsinkieliselle väestölle samanlaisin perustein.

Perustuslain 122 §:n mukaan hallintoa järjestettäessä tulee pyrkiä yhteensopiviin aluejako-otuksiin, joissa turvataan suomen- ja ruotsinkielisen väestön mahdollisuudet saada palveluja omalla kielellään samanlaisten perusteiden mukaan. Perustuslain 122 §:n tarkoituksena ei ole ensisijaisesti varmistaa yksikielisten yksiköiden muodostaminen, vaan ennen kaikkea turvata palvelut niin suomen kuin ruotsinkin kielellä. Kielilaki (423/2003) sisältää yksityiskohtaiset säännökset oikeudesta käyttää suomea ja ruotsia. Kielilakia sovelletaan valtion ja kuntien viranomaisissa ja itsenäisissä julkisoikeudellisissa laitoksissa. Laki koskee myös valtion liikelaitoksia, valtion ja kuntien yhtiöitä sekä yksityisiä niiden hoitaessa julkisia hallintotehtäviä.

Esityksessä ehdotetut säännökset turvaavat perusoikeuksien toteutumisen.

Kunnallisen itsehallinnon perusteista säädetään perustuslain 121 §:ssä. Sen 1 momentin mukaan kuntien hallinnon on perustuttava kunnan asukkaiden itsehallintoon. Kuntien hallinnolle on siten asetettu kansanvaltaisuusvaatimus. Pykälän 2 momentti edellyttää, että kuntien hallinnon yleisistä perusteista ja kunnille annettavista tehtävistä säädetään lailla. Itsehallinnon periaatteen mukaisesti lailla on turvattava kunnan päätöksentekojär-

jestelmän kansanvaltaisuus, mikä sisältää ennen muuta kunnan asukkaiden oikeuden valitsemiinsa hallintoelimiin sekä sen, että päätösvalta kunnissa kuuluu asukkaiden valitsemille toimielimille (hallituksen esitys Eduskunnalle perustuslaiksi, HE 1/1998 vp). Lailla säättämisen vaatimus ulottuu mainitun säännöksen nojalla myös kunnille annettaviin tehtäviin. Kunnan itsehallinnon periaatteisiin kuuluu, että kunnan tulee voida itse päättää tehtävistä, joita se itsehallintonsa nojalla ottaa hoidettavakseen (yleinen toimiala), ja ettei kunnalle voida antaa tehtäviä lakia alemmanasteisilla säädöksillä (HE 1/1998 vp, s. 176). Lisäksi perustuslain 121 §:n 3 momentissa vahvistetaan kunnille verotusoikeus ja edellytetään, että verovelvollisuuden ja veron määräytymisen perusteista sekä verovelvollisen oikeusturvasta säädetään lailla. Kunnallisen itsehallinnon keskeiseksi ominaispiirteeksi on katsottu myös se, että annettaessa kunnille tehtäviä on samalla huolehdittava niiden riittävästä rahoituksesta (rahoitusperiaate).

Esitys sisältää säännöksiä kuntien ja sairaanhoitopiirien yhteistoiminnasta ja työnjaosta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiosta. Terveydenhuollossa useita tehtäviä on tähänkin asti järjestetty jo varsin laajasti ylikunnallisena. Myös sosiaalihuollon tehtävistä monet toteutetaan jo nykyään ylikunnallisena. Perustuslain 19 pykälän 3 momentin perusoikeuksien turvaamisen keskeisenä keinona on sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien kokoaminen suurempiin yksiköihin. Tällä tavoin varmistetaan myös perustuslain 22 §:n edellyttämällä tavalla perusoikeuksien toteutuminen yhdenvertaisesti maan eri osissa.

Perustuslain 80 §:n 1 momentin mukaan tasavallan presidentti, valtioneuvosto ja ministeriö voivat antaa asetuksia perustuslaissa tai muussa laissa säädetyn valtuuden nojalla. Lailla on kuitenkin säädettävä yksilön oikeuksien ja velvollisuuksien perusteista sekä asioista, jotka perustuslain mukaan muuten kuuluvat lain alaan. Esityksessä on useita asetuksenantovaltuuksia valtioneuvostolle ja sosiaali- ja terveysministeriölle. Ehdotetuilla asetuksenantovaltuuksilla mahdollistettaisiin laissa olevien säännösten perusteella tarkempien säännösten antaminen terveydenhuoltolaissa ensihoitopalvelusta ja ensihoitokeskuksesta (41 ja 46 §), valtakunnallisesta ja alueellisesta sairaaloiden työnjaosta ja keskitettävistä tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidoista ja niiden antamisen edellytyksistä sekä tarvittaessa hoitoa antavista yksiköistä (45 §), kiireellisen hoidon perusteita, päivystysyksiköistä ja kiireellisestä vastaanotto toiminnasta sekä niiden tehtävistä ja päivystyksen järjestämisen erikoisaloituksesta edellytyksistä (50 §). Sosiaalihuoltolaissa mahdollistettaisiin valtioneuvoston asetuksella säädettäväksi tarkemmin sosiaalipäivystysyksiköiden tehtävistä ja sosiaalipäivystyksen järjestämisen tavoista ja yhteistyöstä (29 §) sekä valtakunnallisesti ja alueellisesti keskitettävistä sosiaalipalveluista (33a§). Ehdotetut asetuksenantovaltuudet ovat perustuslain edellyttämällä tavalla tarkkarajaisia. Ehdotettujen valtuutussäännösten voidaan tämän vuoksi katsoa täyttävän perustuslain vaatimukset.

Hallituksen käsityksen mukaan lakiehdotukset voidaan säätää tavallisen lain säätämisyjärjestyksessä.

Edellä esitetyn perusteella annetaan eduskunnan hyväksyttäväksi seuraavat lakiehdotukset:

LAKIEHDOTUKSET

Laki terveydenhuoltolain muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
kumotaan terveydenhuoltolain (1326/2010) 3 §:n 4 kohta,
muutetaan 39 §:n 1 ja 3 momentti, 40 §:n 1 momentin 1 kohta, 41, 45, 46 ja 50 §,
lisätään uusi 53 a §, seuraavasti:

39 §

Ensihoitopalvelun järjestäminen

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä alueensa ensihoitopalvelu. Ensihoitopalvelu on suunniteltava ja toteutettava yhteistyössä päivystävien terveydenhuollon toimipisteiden kanssa siten, että nämä ja muut sosiaali- ja terveydenhuollon kotiin vietyt palvelut yhdessä muodostavat alueellisesti toiminnallisen kokonaisuuden.

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä tekee ensihoidon palvelutasopäätöksen. Palvelutasopäätöksessä määritellään ensihoitopalvelun järjestämistapa, palvelun sisältö, ensihoitopalveluun osallistuvan henkilöstön koulutus, tavoitteet väestön tavoittamisajoista erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen valmistelun mukaisesti ja muut alueen ensihoitopalvelun järjestämisen kannalta tarpeelliset seikat. Palvelutasopäätöksessä on määriteltävä ensihoitopalvelun sisältö siten, että palvelu on toteutettava tehokkaasti ja tarkoituksenmukaisesti ja siinä on otettava huomioon ensihoidon ruuhkatilanteet sekä erityisvastuualueen resurssit.

40 §

Ensihoitopalvelun sisältö

Ensihoitopalveluun sisältyy:

- 1) äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan hoidon tarpeen arviointi, kiireellinen hoito ensisijaisesti terveydenhuollon hoitolaitoksen ulkopuolella lukuun ottamatta meripelastuslaissa (1145/2001) tarkoitettuja tehtäviä ja tarvittaessa potilaan kuljettaminen lääketieteellisesti arvioiden tarkoituksenmukaisimpaan hoitoyksikköön;

41 §

Asetuksenantovaltuus

Ensihoitopalvelun tehtävistä, ensihoidon palvelutasopäätöksen määrittelyn perusteista ja rakenteesta, ensihoitopalvelun johtamisjärjestelmästä, ensihoitopalveluun osallistuvan henkilöstön tehtävien määrittelyn perusteista ja koulutusvaatimuksista, ensihoitopalvelun perus- ja hoitotason määritelmistä sekä ensivastetoiminnasta säädetään sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella.

45 §

Erikoissairaanhoidon työnjako ja eräiden tehtävien keskittäminen

Osa erikoissairaanhoidon kuuluvista tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidosta tulee koota suurempiin yksiköihin ja yksiköiden työnjaosta tulee sopia valtakunnallisesti tai alueellisesti. Keskitettävällä erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan tutkimusta, toimenpidettä tai hoitoa, joka harvoin esiintyvänä tai vaativana edellyttää toistettavuutta tai usean alan erityisosaamista riittävän taidon ja osaamisen saavuttamiseksi ja sen ylläpitämiseksi tai merkittäviä voimavaroja laitteistoihin ja välineisiin terveydenhuollon laadun ja potilasturvallisuuden, vaikuttavuuden, tuottavuuden ja tehokkuuden takaamiseksi.

Valtakunnallisesti keskitettävä erikoissairaanhoidon tulee koota vähempään kuin viiteen yliopistolliseen sairaalaan. Toiminnan valtakunnallisen kokonaisuuden suunnittelua ja yhteen sovittamista koskevia tehtäviä voidaan antaa valtioneuvoston asetuksella yhdelle tai useammalle valtakunnalliselle toimijalle.

Alueellisesti keskitettävä erikoissairaanhoidon tulee koota viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai erityisistä syistä muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan. Lisäksi sairaaloiden tarkoituksenmukaista työnjakoa varten erikoissairaanhoidon keskitetään 50 §:n 3 momentissa tarkoitettuihin laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköihin. Toiminnan yhteen sovittamista varten voidaan valtioneuvoston asetuksella nimetä ja valtuuttaa alueellisia toimijoita.

Leikkaustoiminta, joka edellyttää leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa, tulee kokonaisuudessaan koota niihin sairaaloihin, joissa on ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys.

Sairaanhoitopiirien kuntayhtymät, joissa on yliopistollinen sairaala, sopivat yhdessä valtakunnallisesti keskitettävää erikoissairaanhoidon antavista yksiköistä. Jos kuntayhtymät, joissa on yliopistollinen sairaala, eivät pääse sopimukseen siitä, mihin sairaaloihin tai yksiköihin toiminto keskitetään tai jos sopimus ei täytä laadun ja potilasturvallisuuden, vaikuttavuuden, tuottavuuden ja tehokkuuden takaamiseksi tarkoitettuja edellytyksiä, valtioneuvosto voi määrätä sopimuksen sisällöstä. Alueellisesti keskitettävästä hoidosta ja toiminnan yhteen sovittamisesta sovitaan 43 §:ssä tarkoitettussa erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa.

Valtioneuvoston asetuksella säädetään valtakunnallisesta ja alueellisesta sairaaloiden työnjaosta ja keskitettävistä tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidosta, sekä tarvittaessa hoitoa antavista yksiköistä sekä keskitettävien tutkimusten, toimenpiteiden ja hoitojen määrällisistä ja muista edellytyksistä.

46 §

Ensihoitokeskus

Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien kuntayhtymien on sovittava ensihoitokeskuksen tehtävien järjestämisestä erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa. Ensihoitokeskuksen tehtävänä on:

- 1) valmistella ensihoidon palvelutasopäätökseen kuuluvat väestön tavoittamisajat erityisvastuualueellaan huomioiden väestön ennakoitu palvelutarve, alueen sosiaali- ja terveystoimen päivystysrakenne ja erityisvastuualueen ensihoidon voimavarat
- 2) vastata alueensa ensihoitopalvelun lääkäritasoisesta päivystyksestä;
- 3) sovittaa yhteen ensihoitopalveluun kuuluvat potilassiirrot;
- 4) suunnitella ja päättää lääkärihelikopteritoiminnasta erityisvastuualueellaan;
- 5) sovittaa yhteen Hätäkeskuslaitokselle annettavat terveystoimen hälytysohjeet;
- 6) yhdessä muiden erityisvastuualueiden kanssa valmistella ja yhteen sovittaa ensihoitopalvelun toimintaa koskevat lääketieteelliset hoito-ohjeet ja muut ensihoitopalvelua koskevat valtakunnalliset ohjeet;
- 7) vastata sosiaali- ja terveystoimen kansallisten ensihoitopalvelun viestintä- ja tietojärjestelmien aluepääkäyttötoiminnoista sekä osaltaan ylläpidosta;
- 8) osallistua alueellisten varautumis- ja valmiussuunnitelmien laatimiseen suuronnettomuuksien ja terveydenhuollon erityistilanteiden varalle yhdessä muiden viranomaisten, toimijoiden ja erityisvastuualueiden kanssa siten että ne muodostavat kansallisen kokonaisuuden

Ensihoitokeskuksen tehtävistä voidaan antaa tarkempia säännöksiä tarvittaessa sosiaali- ja terveystoiministeriön asetuksella.

50 §

Kiireellinen hoito

Kiireellinen sairaanhoito, mukaan lukien kiireellinen suun terveydenhuolto, mielenterveyshoito, päihdehoito ja psykososiaalinen tuki, on annettava potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista.

Kiireellisen hoidon antamista varten kunnan tai tarvittaessa kuntayhtymän on järjestettävä vastaanottotoiminta siten, että potilas saa arkipäivisin ilmoitettuna aikana välittömästi terveydenhuollon ammattihenkilön arvion ja hoidon kiireellisissä tapauksissa lähellä asukkaita paitsi, jos potilasturvallisuuden ja palveluiden laadun turvaaminen edel-

lyttää arvion ja hoidon keskittämistä päivystysyksikköön. Kunnan tai tarvittaessa kuntayhtymän on järjestettävä terveydenhuollon ilta-ajan ja viikonlopun päiväaikainen perusterveydenhuollon kiireellinen vastaanotto toiminta silloin, kun palvelujen saavutettavuus sitä edellyttää.

Helsingin ja Uudenmaan, Varsinais-Suomen, Satakunnan, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen, Etelä-Karjalan, Pohjois-Karjalan, Pohjois-Savon, Keski-Suomen, Etelä-Pohjanmaan, Pohjois-Pohjanmaan ja Lapin sairaanhoitopiirien on järjestettävä laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikkö keskussairaalsaan yhteyteen. Laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköllä tarkoitetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä, joka pystyy tarjoamaan laajasti palveluita usealla lääketieteen erikoisalalla ympärivuorokautisesti välittömästi ja jolla on voimavarat terveydenhuollossa tarvittavan valmiuden ylläpitämiseen ja erityistilanteiden hoitamiseen. Laajan ympärivuorokautisen päivystysyksikön tulee tukea muita päivystysyksiköitä.

Muiden kuin 3 momentissa tarkoitettujen sairaanhoitopiirien tulee ylläpitää ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä, jossa on valmius väestön tavanomaisten kiireellisten terveysongelmien hoitoon. Yhteispäivystyksessä tulee olla riittävä osaaminen tarvittavilta erikoisaloilta väestön tavanomaisten kiireellisten terveysongelmien hoitoon.

Kunta tai sairaanhoitopiiri voi järjestää ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen päivystyksen silloin, kun palvelujen saavutettavuus ja päivystyspisteiden väliset etäisyydet sitä edellyttävät ja sosiaali- ja terveysministeriö on myöntänyt päivystyksen järjestämiseen luvan, eikä väestön tarvitsemia palveluja voida riittävästi turvata ensihoitopalvelun avulla. Poikkeusluvasta säädetään tarkemmin valtioneuvoston asetuksella.

Päivystystä toteuttavissa yksiköissä on oltava riittävät voimavarat ja osaaminen, jotta hoidon laatu ja potilasturvallisuus toteutuvat. Päivystyksestä ja sen laajuudesta on sovittava terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa ottaen huomioon alueen ensihoitopalvelu, päivystyspisteiden väliset etäisyydet sekä väestön palvelutarve.

Kiireellisen hoidon edellyttämän arvion yhteydessä arvioidaan potilaan mahdollinen sosiaalihuollon tarve ja potilaalle on tarvittaessa annettava sosiaalihuoltolain 29 §:ssä tarkoitettu kiireellinen ja välttämätön apu. Sosiaalipäivystyksen järjestämisestä terveydenhuollon päivystysyksikön ja kiireellisen vastaanotto toiminnan yhteydessä säädetään sosiaalihuoltolaissa.

Kiireellisen hoidon perusteista ja kiireellisen vastaanotto toiminnan, laajan ympärivuorokautisen päivystysyksikön, ympärivuorokautisesti päivystävän yhteispäivystysyksikön sekä ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen päivystysyksikön tehtävistä, sosiaali- ja terveysministeriön myöntämistä poikkeusluvista sekä päivystyksen järjestämisen erikoisalakohtaisista edellytyksistä ja päivystysyksiköiden alueellisesta yhteistyöstä voidaan säätää tarkemmin valtioneuvoston asetuksella.

53 a §
Sosiaalihuollon tarpeen arviointi

Mahdollinen sosiaalihuollon tarve on arvioitava myös tässä luvussa säädetyn kiireettömän hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden velvollisuudesta toimia, kun henkilön sosiaalihuollon tarve on ilmeinen, säädetään sosiaalihuoltolain 35 §:ssä. Henkilön oikeudesta saada palvelutarpeen arviointi säädetään sosiaalihuoltolain 36 §:ssä.

Tämä laki tulee voimaan 1 päivänä tammikuuta 2017. Säännöksiä on sovellettava päivästä kuuta 2017 lukien.

Laki Sosiaalihuoltolain muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan sosiaalihuoltolain (1301/2014) 29 §,
lisätään uusi 33 a §, seuraavasti:

29 §

Sosiaalipäivystys

Sosiaalipäivystys on järjestettävä ympärivuorokautisesti kiireellisen ja välttämättömän avun turvaamiseksi. Päivystys on toteutettava siten, että palveluun voi saada yhteyden ympäri vuorokauden ja kiireelliset sosiaalipalvelut voidaan toteuttaa siten kuin tässä tai muussa laissa säädetään. Päivystystä toteuttavissa yksiköissä on oltava riittävät voimavarat ja osaaminen, jotta palvelun laatu ja asiakasturvallisuus toteutuvat.

Sosiaalipäivystystä toteutettaessa on toimittava yhteistyössä terveydenhuollon päivystyksen, pelastustoimen, poliisin, hätäkeskuksen ja tarpeen mukaan muiden toimijoiden kanssa.

Psykososiaalisesta tuesta sekä muusta kiireellisen hoidon sisällöstä säädetään terveydenhuoltolain 50 §:ssä. Sosiaalipäivystystä on järjestettävä terveydenhuoltolain 50 §:n 3 momentissa tarkoitetun laajan ympärivuorokautisen päivystysyksikön yhteydessä sekä terveydenhuoltolain 50 §:n 4 momentissa tarkoitetun perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystyksen yhteydessä.

Sosiaalipäivystysyksiköiden tehtävistä, sosiaalipäivystyksen järjestämisen tavoista, yhteistyöstä muiden toimijoiden kesken sekä päivystysyksiköiden alueellisesta yhteistyöstä voidaan säätää tarkemmin valtioneuvoston asetuksella.

33 a §

Sosiaalipalvelujen järjestäminen muiden palvelujen yhteydessä

Sosiaalipalveluja voidaan keskittää valtakunnallisesti tai alueellisesti järjestettäväksi terveyspalvelujen ja tarpeen mukaan muiden palvelujen yhteydessä, jos se on tarpeen asiakasturvallisuuden ja sosiaalipalvelun laadun ja vaikuttavuuden takaamiseksi. Keskittäminen on tarpeellista, jos sosiaalipalvelu harvoin esiintyvänä tai vaativana edellyttää toistettavuutta tai usean alan erityisosaamista riittävän taidon ja osaamisen saavuttamiseksi ja sen ylläpitämiseksi.

Valtioneuvoston asetuksella säädetään tarvittaessa valtakunnallisesti ja alueellisesti keskitettäviin sosiaalipalveluihin sisältyvistä toimenpiteistä sekä niiden määristä ja edellytyksistä. Toiminnan yhteen sovittamista varten asetuksella voidaan nimetä valtakunnalliset toimijat.

Erikoissairaanhoidon työnjaosta ja keskittämisestä säädetään terveydenhuoltolaissa.

Tämä laki tulee voimaan 1 päivänä tammikuuta 2017. Säännöksiä on sovellettava päivästä kuuta 201 lukien.