

Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta

ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ

Esityksessä ehdotetaan muutettaviksi 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. 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. Lisäksi lähipalveluina järjestettävää kiireellistä vastaanottotoimintaa vahvistetaan.

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. Veloitetta psykososiaalisen tuen järjestämiseen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä osana kiireellistä hoitoa selkeytettäisiin. Kaikissa päivystystä toteuttavissa yksiköissä tulisi olla riittävät voimavarat ja osaaminen. Erityisosaamisen ja sitä kautta asiakasturvallisuuden ja palvelujen laadun varmistamiseksi sosiaalipalveluja voitaisiin koota yhteen valtakunnallisesti tai alueellisesti järjestettäväksi terveystalvelujen tai tarpeen mukaan muiden palvelujen yhteydessä.

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

Ensihoitokeskuksen ja alueen sosiaalipäivystyksen tehtäviä ohjeistuksen yhteen sovittamisessa ja valmiussuunnittelussa vahvistetaan.

Esitys liittyy valtion vuoden 2017 talousarvioesitykseen ja on tarkoitettu käsiteltäväksi sen yhteydessä.

Lait on tarkoitettu tulemaan voimaan 1 päivänä tammikuuta 2017.

SISÄLLYS

| | |
|--|----|
| ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ..... | 1 |
| SISÄLLYS..... | 2 |
| YLEISPERUSTELUT..... | 4 |
| 1 JOHDANTO..... | 4 |
| 2 NYKYTILA..... | 4 |
| 2.1 Lainsäädäntö ja käytäntö..... | 4 |
| Erikoissairaanhoidon työnjako..... | 4 |
| Kiireellinen hoito ja päivystys..... | 5 |
| Ensihoitopalvelu..... | 6 |
| Sosiaalipäivystys..... | 7 |
| 2.2 Nykytilan arviointi..... | 10 |
| Erikoissairaanhoidon työnjako..... | 10 |
| Kiireellinen hoito ja päivystys..... | 11 |
| Ensihoitopalvelu..... | 13 |
| Sosiaalipäivystys..... | 14 |
| Valvontaviranomaisten rooli..... | 17 |
| 3 ESITYKSEN TAVOITTEET JA KESKEISET EHDOTUKSET..... | 18 |
| 3.1 Tavoitteet..... | 18 |
| 3.2 Toteuttamisvaihtoehdot..... | 18 |
| 3.3 Keskeiset ehdotukset..... | 22 |
| 4 ESITYKSEN VAIKUTUKSET..... | 24 |
| 4.1 Taloudelliset vaikutukset..... | 24 |
| Vaikutukset kotitalouksien asemaan..... | 24 |
| Vaikutukset yrityksiin..... | 24 |
| Vaikutukset julkiseen talouteen..... | 24 |
| 4.2 Vaikutukset viranomaisten toimintaan..... | 36 |
| Vaikutukset viranomaisten keskinäisiin suhteisiin, tehtäviin ja menettelytapoihin..... | 36 |
| Vaikutukset henkilöstöön ja organisaatioon..... | 37 |
| 4.3 Ympäristövaikutukset..... | 38 |
| 4.4 Muut yhteiskunnalliset vaikutukset..... | 38 |
| Sosiaali- ja terveysvaikutukset..... | 38 |
| Vaikutukset kielellisiin oikeuksiin..... | 40 |
| Sukupuolivaikutukset..... | 47 |
| Vaikutukset lapsiin ja nuoriin..... | 48 |
| Vaikutukset aluekehitykseen, työllisyyteen ja työelämään..... | 48 |
| Vaikutukset tietoyhteiskuntaan..... | 48 |
| 4.5 Uudistuksen vaikutusten seuranta..... | 49 |
| 5 ASIAN VALMISTELU..... | 49 |
| 6 RIIPPUVUUS MUISTA ESITYKSISTÄ..... | 52 |
| YKSITYISKOHTAISET PERUSTELUT..... | 52 |
| 1 LAKIEHDOTUSTEN PERUSTELUT..... | 52 |
| 1.1 Terveystalolaki..... | 52 |
| 1.2 Sosiaalihuoltolaki..... | 66 |
| 2 TARKEMMAT SÄÄNNÖKSET JA MÄÄRÄYKSET..... | 73 |
| 3 VOIMAANTULO..... | 74 |
| 4 SUHDE PERUSTUSLAKIIN JA SÄÄTÄMISJÄRJESTYS..... | 75 |

HE 224/2016 vp

| | |
|---|----|
| LAKIEHDOTUKSET | 81 |
| 1. Laki terveydenhuoltolain muuttamisesta | 81 |
| 2. Laki sosiaalihuoltolain muuttamisesta | 86 |
| LIITE | 88 |
| RINNAKKAISTEKSTIT | 88 |
| 1. Laki terveydenhuoltolain muuttamisesta | 88 |
| 2. Laki sosiaalihuoltolain muuttamisesta | 96 |

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 niin sanotussa 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 (1326/2010) 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€ vuosittein, 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 suuremmilla alueilla, jotta ensihoito voisi toimia hyvässä yhteistyössä kiireellistä hoitoa antavien yksiköiden kanssa.

2 Nykytila

2.1 Lainsäädäntö ja käytäntö

Erikoissairaanhoidon työnjako

Terveydenhuoltolain 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 ter-

veydenhuollon 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.

Terveystieteiden tutkimuskeskusten ja sairaanhoitopiirien yhteistyönä on sovittava erityisvastuualueeseen kuuluvien sairaanhoitopiirien työnjaosta ja toiminnan yhteensovittamisesta.

Kiireellinen hoito ja päivystys

Terveystieteiden tutkimuskeskusten ja sairaanhoitopiirien yhteistyönä on sovittava erityisvastuualueeseen kuuluvien sairaanhoitopiirien työnjaosta ja toiminnan yhteensovittamisesta.

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 määräytyvään 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

HE 224/2016 vp

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 ympäri vuorokautisen erillispäivystyksen järjestämiseen. Sosiaali- ja terveysministeriö on myöntänyt poikkeusluvat perusterveydenhuollon erillispäivystyksen järjestämiseen Kolarin, Kittilän ja Muonio-Enontekiön kunnille, Kemijärven kunnalle ja Pellon kunnalle 31.12.2015 asti sekä Inarin kunnalle, Kuusamon kaupungille, Raahan 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 synnytyksen määrästä, mikäli palvelun saavutettavuus tai potilasturvallisuus sitä edellyttää. Sosiaali- ja terveysministeriö on myöntänyt määräaikaiset poikkeusluvat 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 johtaja ympäri vuorokauden. Terveydenhuoltolain 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 hoitolaitosten väliset suunnitellut potilassiirrot, vastata sosiaali- ja terveystoimen viranomaisradioverkon aluepääkäyttötoimin-

noista sekä osaltaan viranomaisten kenttätietojärjestelmän ylläpidosta sekä sovittaa yhteen Häätäkeskuslaitokselle 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 määrittelmistä, 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.

lennpidon 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 luokse, 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. Poliisin velvollisuudesta antaa virka-apua säädetään poliisilain 40 §:ssä. Poliisin antamasta virka-avusta on kysymys esimerkiksi silloin, kun poliisin toimivaltuuksia tarvitaan lastensuojeluviranomaisen tehtävällä tämän omien toimivaltuuksien lisäksi esimerkiksi vastarinnan murtamiseen tai väkivaltaisen lapsen hillitsemiseen. Virka-apua on pyydetty kirjallisesti. Kiireellisissä tapauksissa pyynnön voi tehdä myös suullisesti, mutta se tulee jälkepäin vahvistaa kirjallisesti. Virka-apusäännöksellä ei ole tarkoitus tarjota pelkästään työvoimaa eikä kuljetusapua. Sosiaalipäivystyksen tehtäviin kuuluvat myös virka-apupyynnöiden tekeminen virka-ajan ulkopuolella, elleivät kunnat ole toimintasäännöissään muuta päättäneet.

Vaikka sosiaalipäivystystyö määrittyy yksilöllisesti ja yhteiskunnallisesti laaja-alaiseksi työskentelyksi, sosiaalipäivystyksessä syntyvät asiakkuudet ovat ajallisesti lyhytkestoisia. Sosiaalipäivystyksen työskentelyssä keskeistä on kiireellisen tarpeen arviointi ja neuvonta sekä tilanteessa tarvittavat kiireelliset toimenpiteet. Lisäksi sosiaalipäivystyksen tehtäviin kuuluu 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 päätöksenteko-oikeudet ovat laajat.

Sekä päivystyksessä että terveydenhuollossa tehtävä sosiaalityö sisältää monelta osin samoja sosiaalityön elementtejä, mutta joiltain osin molemmat edellyttävät tiettyä erityisosaamista. Terveysosiaalityön lähtökohtana on kokonaisnäkemys sairauden ja sosiaalisten tekijöiden yhteyksistä. Terveydenhuollon sosiaalityö vaatii laajaa asiantuntemusta sosiaalipalvelu-, kuntoutus- ja tapaturmavakuutusjärjestelmästä ja niiden mahdollisuuksien soveltamisesta potilaiden yksilöllisiin tilanteisiin. Keskeiset potilaan ja lähipiirin kanssa yhteistyössä tehtävät työt ovat osallistuminen asiakkaan palvelutarpeen arviointiin, kuntoutuksen suunnittelu, sosiaalisen toimintakyvyn ja osallisuuden vahvistaminen, monialainen verkostotyö sekä psykososiaalinen työ eri elämäntilanteissa ja elämän kriisi- ja muutostilanteissa. Terveydenhuollossa sosiaalityöntekijöiden rooli nähdään kiinteänä ja välttämättömänä osana hyvää ja kokonaisvaltaista hoitoa. Sosiaalityöntekijöitä on terveydenhuollossa työssä eri lääketieteen erikoisaloilla päivystysyksiköissä, poliklinikoilla ja vuodeosastoilla. Perusterveydenhuollossa sosiaalityöntekijöiden määrä on viime vuosina vähentynyt, kun työntekijöitä on siirretty esimerkiksi vammaispalvelujen tai ikäihmisten palveluihin. Tällä hetkellä arvioidaan, että terveydenhuollossa olisi maanlaajuisesti 600—650 sosiaalityöntekijää. Päteviä sosiaalityöntekijöitä on merkittävä osuus työntekijöistä. Sosiaalihuollon kokonaisuudessa terveystieteiden yhteistyössä tehtävä työ painottuu pääosin ennalta ehkäisevään ja sosiaaliohjaukselliseen, varhaiseen tukeen, mutta myös päivystyksellisessä työssä ja kiireellisessä psykososiaalisessa työssä terveydenhuollon sosiaalityöllä on ollut oma roolinsa.

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 erikoisalan 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. Psykososiaalisen tuen ja palvelujen avulla tuetaan normaalia toipumista. Alkavien psyykkisten häiriöiden varhainen tunnistaminen, hoito ja kuntoutus ovat keskeisiä häiriöiden pitkittymisen ehkäisyssä. Psykososiaaliseen tukeen ja palveluihin kuuluu keskeisenä osana monimuotoinen sosiaalityö ja palvelut psyykkisen ensiavun rinnalla. Elämisen fyysiset ja materiaaliset edellytykset on turvattava kiireellisesti. Perusturvan järjestäminen sosiaalitoimen kautta tukee ja on myös psyykkistä ensihoitoa. Oikea-aikaisella alkuvaiheen tuella pyritään muun muassa ennaltaehkäisemään varsinaisten psyykkisten häiriöiden kehittymistä. 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 sosiaalipäivystyselviytyksen (2016) perusteella osa suurimmista sosiaalipäivystyksiköistä tarjoaa kriisiapua sosiaalipäivystyksellisten tehtävien ohella, jolloin kriisityö on ammatillista ja työnkuvaan kuuluva työtä. Suurin osa sosiaalipäivystyksistä ei kuitenkaan tällä hetkellä tarjoa kriisityön palveluja, vaan psykososiaalisen tuen palvelut on kunnassa järjestetty muulla tavoin, esimerkiksi 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 varallaolopäivystyksenä. 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 sosiaalivyöntekijä.

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 asioinnin mahdollisuus. Niissä sosiaalipäivystyksissä, joihin yksityishenkilöt saavat itse yhteyden, työtä tehdään poikkeuksetta aktiiviyöajalla. 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 prosenttia vuonna 2011, 5,3 prosenttia vuonna 2012, 4,9 prosenttia vuonna 2013, 3,1 prosenttia vuonna 2014 ja vuonna 2015 yhteensä 2,7 prosenttia 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 toimenpidevolyyymiin 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 erikoissairaanhoidon 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 6 000—8 000 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.

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen mukaan erikoissairaanhoidon yhteen sovittamiseksi erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien kuntayhtymien on tehtävä erikoissairaanhoidon järjestämissopimus. Sopimuksessa on sovittava erityisvastuualueeseen kuuluvien sairaanhoitopiirien kuntayhtymien työnjaosta ja toiminnan yhteensovittamisesta sekä uusien menetelmien käyttöönoton periaatteista. Alueellisesti työnjaosta 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. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen nojalla annettu kiireellisen hoidon asetus on osaltaan vaikuttanut myös synnytystoiminnan keskittymiseen. Ympärivuorokautisia päivystyspisteitä on tällä hetkellä noin 40, kun niitä oli Terveystieteiden 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 päivystäviin sairaaloihin potilasturvallisuuteen, kustannusten hillintään ja työvoiman riittävyteen 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 määritetty. 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 tehosasto, 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 erikoisalakohtaisten 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 iltaja 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 henkilöstöresurssien käytöllä.

Suun terveydenhuollon päivystysjärjestelyjä on käsitelty useaan otteeseen eri viranomaistoimilla. 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 vuodenpaikkojen 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 tilanearvio 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 ensihoitokeskusten 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 ensihoitokertomuksen myötä avautuu mahdollisuus kerätä yhteen ensihoidon tietovarantoon kaikki ensihoidon johtamiseen, raportointiin, kehittämiseen, valvontaan ja suunnitteluun liittyvät tiedot.

Sosiaalipäivystys

Terveiden 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 järjestämistavat ja -mallit tekevät työn valtakunnallisesta kehittämisestä ja valvonnasta haastavaa. Sosiaalipäivystystyön suunnitelmallisen kehittämisen puutteet nousivat esiin yhtenä suurimpana sosiaalipäivystystoiminnan ongelmana myös sosiaali- ja terveysministeriön yhdessä Valviran kanssa vuonna 2016 toteuttamassa valtakunnallisessa kyselyssä. Pienten toimijoiden mahdollisuudet resursoida päivystystyöntekijöiden työn kehittämistä eivät toteudu riittävästi, jolloin sosiaalipäivystystyössä edellytettävä ammatillinen erityisosaaminen ja työn laatu ja turvallisuus ovat uhattuna. Tämä näkyy esimerkiksi kriisityön osaamisessa. Osaamisen vajeet ovat uhkana varsinkin niissä seudullisena yhteistyönä järjestetyissä malleissa, joissa päivystystyötä hoidetaan oman virkatyön ohella mahdollisesti harvoin osuvina päivystysvuoroina. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2011 tekemän päivystystutkimuksen tuloksissa sekä sosiaali- ja terveysministeriön ja Valviran kyselyssä nousi selkeästi esiin suuri tarve sosiaalipäivystyksen toimintamallien kehittämiseen, palvelujen riittävään resursointiin, työntekijöiden ammatillisen osaamisen jatkuvaan vahvistamiseen sekä moniammatillisten yhteistyökäytäntöjen hiomiseen.

Sosiaali- ja terveysministeriö järjesti helmi-maalikuussa 2016 hallituksen esityksen valmisteluun liittyen kuulemistilaisuuksia. Resurssien riittävyys ja sosiaalipäivystystyön edellyttämät osaamisvaateet nousivat esiin myös päivystysuudistuksen kuulemiskierroksella. Seutukunnallisesti järjestetty sosiaalipäivystys on monin paikoin mahdollistanut 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 palvelut. Myös osa asiakkaista on ollut entuudestaan tuttuja. Haasteeksi taas nähtiin työn kuormittavuus ja yksin tekeminen. Myös sosiaali- ja terveysministeriön sosiaalipäivystyskyselyssä puolet vastaajista ilmoitti, ettei heillä aina ole mahdollisuutta työpariin. Tämä asia koettiin merkittävänä sosiaalipäivystyksen ammatillisuuden ja työturvallisuuden uhkana.

Viime vuosina lisääntyneet erilliset sosiaalipäivystysyksiköt ovat mahdollistaneet työntekijöiden erikoistumisen ja vähentäneet työn kuormittavuutta sekä taanneet työntekijöille parempaa ammatillista johtamista ja vertaistukea. Hyvin toimiva sosiaalipäivystys on lisännyt kuntalaisten turvallisuutta ja turvallisuuden tunnetta tuomalla pätevien sosiaalialan ammattilaisten palvelut kuntalaisten ulottuville myös virka-ajan ulkopuolella. 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 sosiaalipäivystyksen työntekijät näkivät ensihoidon. Poliisin rooli vastauksissa painottuu. Poliisin antama virka-apu sosiaalipäivystäjälle on tärkeä työturvallisuuden takaaja. Alueelliset vaihtelut yhteistyön toteuttamisessa ja mahdollisuuksissa saada virka-apua nousivat esille myös kuulemistilaisuuksissa. Akuuteissa tilanteissa joustava ja hyvä yhteistyö eri viranomaisten kesken korostuu. Lainsäädäntö on velvoittavaa, apua on annettava silloin kun sitä pyydetään. Yhteistyön epäonnistumisen syynä näyttäytyy tiedonpuute. Epävarmuus velvollisuudesta antaa apua ja toisaalta pelko lainsäädännön rikkomisesta, voi johtaa siihen, ettei apua anneta pyydettyä tai se viivästyy ilman lakiin perustuvaa syytä. Kun yhteistyö on jatkuvaa ja/tai tieto lainsäädännöstä on ajantasaista, yhteistyö sujuu hyvin. Oikeusasiamiehen ratkaisun Dnro 2308/4/03

mukaan poliisilla ei ole lähtökohtaisesti oikeutta arvioida virka-apupyynnön tarpeellisuutta vaan virka-avun tarpeen arvioi sosiaalihuollon viranomainen. Poliisi voi oikeusasiamiehen mukaan kieltäytyä virka-avun antamisesta ainoastaan, jos kysymys on selkeästi lainvastaisesta virka-apupyynnöstä. Poliisihallituksen v. 2011 antaman ohjeen mukaan poliisi voi kieltäytyä virka-apupyynnöstä, mikäli virka-apupyynnö on merkittävästi puutteellinen eikä sitä pyynnöstä täydennetä tai virka-avun pyytäjällä ei ole toimivaltaa sen tekemiseen. Ohjeen mukaan poliisi voi myös siirtää virka-avun antamisen itselleen sopivampaan tarkoituksenmukaiseen ajankohtaan, ellei virka-aputehtävä ole kiireellinen. Ohjeessa todetaan myös, että poliisi ratkaisee itse aina mahdollisen voimankäytön laadun ja määrän. Voimankäytön suhteellisuutta arvioitaessa otetaan huomioon virka-avun pyytäjän näkemys asiasta, huomioiden kuitenkin se, ettei sosiaaliviranomaista ole koulutettu soveltamaan poliisin voimankäytösäännöksiä. Lisäksi tulee huomioida, että virka-aputehtäviä koskevat myös muutkin poliisilain toimintaperiaatteet. Yhteistyön toimivuutta olisi mahdollista parantaa paljolti koulutuksellisin toimin.

Yhteistyö terveydenhuollon kanssa oli kyselyn perusteella vähäisempää, mutta yhteistyön kehittäminen nähtiin yleisesti tärkeäksi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen vuoden 2011 selviytyksen 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 ja toimintaa on lähdetty kehittämään muun muassa Mikkelissä ja Hyvinkäällä. Päivystysuudistuksen lausuntokierroksen palautteissa nousi vahvasti esiin terveydenhuollon ja sosiaalihuollon välisen yhteistyön lisäämisen ja kehittämisen tarve. Terveidenhuollossa tehtävän sosiaalityön ja kunnallisen sosiaalityön yhteistyötä tulisi kuulemiskierroksen ja lausuntopalutteen mukaan lisätä ja tiivistää. Lausuntopalutteen mukaan terveydenhuollon ja sosiaalipäivystyksen sosiaalityö edellyttävät kumpikin erityistä asiantuntemusta, eivätkä sosiaalipäivystyksen työ ja terveysosiaalityö voi korvata toisiaan, mutta sujuvien palveluketjujen varmistamiseksi ne sopivat hyvin täydentämään toisiaan. Työssä on myös jonkin verran tunnistettua päällekkäisyyttä.

Vaikka kaikilla sairaanhoitopiireillä on toiminnassaan mukana myös sosiaalityöntekijöitä, vain harvalla sairaanhoitopiirillä on kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon yhteispäivystyksestä. Sosiaalityöntekijöitä työskentelee sairaanhoitopiireissä usein sekä somaattisista että mielenterveyden sairauksista kärsivien potilaiden hoidon avustamisessa. Psykiatriassa työskentelevillä sosiaalityöntekijöillä on yleensä terapeutin työote ja monilla heistä on terapeutin koulutus. Somaattisten 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. Vastaajien mukaan sosiaalityön osaamisalueita ei hoitotyössä tunneta riittävän hyvin eivätkä kaikki sosiaalityötä tarvitsevat ohjautu sosiaalityöntekijän arvioon. Lausuntopalautteessa päällekkäistä työtä tunnistettiin erityisesti palvelutarpeen arvioinnissa.

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. Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa 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 kuukautta kestänyt pilotti parantamaan päivystysasiakkaiden saaman palvelun kokonaisvaltaisuutta ja laatua. Pilotin aikana sosiaalityön konsultaatioiden määrä kymmenkertaistui. 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 tunnustaa eikä asiakasohjaus toimi toivotulla tavalla. Sosiaalipäivystykset toivat myös esiin, ettei terveydenhuollossa tunnustettu 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 ensisuoja- ja mielenterveyshuollossa. Hyvänä koettiin myös esimerkiksi Keski-Uudellamaalla erikoissairaanhoidon tehostetun avohoidon liikkuvan ryhmän kanssa tehtävät kotikäynnit ja työparityö.

Toimivien palvelujen järjestämiseksi sosiaalipäivystysten, päivystyspoliklinikoiden, ensihoidon ja pelastusviranomaisten kanssa tulee olla selvät yhteistyömenettelyt erilaisten tilanteiden varalle esimerkiksi psykososiaalisen tuen järjestämisestä ja tarjoamisesta. Nykyinen tilanne ei ole riittävän selkeä esimerkiksi suuronnettomuuksiin varautumisen osalta. Onnettomuustutkintalautakunta on huomauttanut Sosiaali- ja terveysministeriötä toistuvasti psykososiaalisen tuen koordinaation puutteista ja lainsäädännön epäselvyyksistä. Järjestelmän puutteet on todettu ja niistä on annettu sosiaali- ja terveysministeriölle toimenpidesuositukset mm. tsunamikatastrofia koskevassa tutkintaselosteessa vuonna 2005. Viimeksi puutteista huomautettiin Jämijärven lento-onnettomuutta koskevassa tutkintaselosteessa 2014, joissa toistettiin Kauhajoen koulusurmien tutkintalautakunnan vuonna 2008 antama turvallisuussuositus koskien psykososiaalista tukea.

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. Eri-

tyisen ongelmallista viranomaisten 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, nousee 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.

Sosiaali- ja terveysministeriön 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 pää tavoitteet 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 meillä 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 osaltaan 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 sekä palvelupolkujen jatkuvuuden turvaaminen osana päivystystyötä.

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. Ensihoitokeskusten ja alueen sosiaalipäivystysten osallistumisella alueellisten varautumis- ja valmiussuunnitelmien laatimiseen yhdessä muiden viranomaisten ja toimijoiden kanssa pyritään yhdenmukaistamaan ja lisäämään eri viranomaisten ja toimialojen välistä yhteistyötä ja sitä kautta parantamaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan varautumiskykyä suuronnettomuuksissa ja muissa erityistilanteissa.

Lisäksi ehdotuksen tavoitteena on edistää sosiaalihuollon yhdenvertaista saatavuutta ja saavutettavuutta terveydenhuollon rinnalla, vahvistaa asiakaslähtöisyyttä ja kokonaisvaltaisuutta asiakkaan tarpeisiin vastaamisessa sekä turvata tuen saantia ihmisten omassa arkiympäristössä. 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 maakuntauudistuksen rakenteita. Hallitus teki marraskuussa 2015 linjauksia sote- ja maakuntauudistuksen jatkovalmistelusta. Linjausten mukaan vastuu sosiaali- ja terveyspalveluiden 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.

Hallitus päätyi linjauksessaan valitsemaan laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköiden määräksi 12 yksikköä, 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 taloudelli-

sia 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 yksikköä.

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. Hallituksen linjaus siitä, että laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköitä on 12 kappaletta, oli jo tehty esivalmisteluvaiheessa osana soite- ja maakuntauudistuksen valmistelua ennen kuin varsinainen hallituksen esityksen valmiste-

lu käynnistyi, joten valmisteluvaiheessa ei harkittu muita vaihtoehtoja laajojen ympärivuorokautisten päivystysyksiköiden määrästä.

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 määrittämiseksi. 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.

Esityksessä ehdotetut laajan ympärivuorokautisen päivystysyksikön ylläpitämiseen velvoitetut 12 sairaanhoitopiiriä ovat määräytyneet siten, että laajan päivystysvastuun toimipisteverkosta muodostuisi valtakunnallisesti toimiva kokonaisuus. Sairaanhoitopiirien valintaan vaikutti useiden tekijöiden kokonaisarviointi, eikä ratkaisua tehty minkään yksittäisen kriteerin pohjalta. Kokonaisarviointiin vaikuttivat muun muassa yksikön 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 riskisynnytykset), lastentaudit, sisätaudit (sisältäen kardiologian), neurologia, psykiatria, radiologia sekä yleislääketiede tai geriatria ja akuuttilääketiede. Lisäksi kiireellisen hoidon asetuksessa säädettyjen erikoisaloista (mukaan lukien suun terveydenhuolto) ja muiden vaatimusten tulee täytyä. Lisäksi alueella tulee olla riittävä, noin 200 000 asukkaan väestöpohja ja arvioinnissa on otettu huomioon yksiköiden saavutettavuus ja väestön luontaiset liikkumissuunnat.

Koko väestön näkökulmasta 12 sairaalan järjestelmässä matka vaativiin palveluihin olisi keskimäärin 26 km (ajoaika 25 min, 80 prosentilla väestöstä alle 50 minuuttia). Vain 10 prosentilla 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. Laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköiden valinnan tulee tukea erityisvastuualueen sisäisen työnjaon toteutumista. Tarkoituksena on, että erityisvastuualueen ympärivuorokautisesti yhteispäivystävien keskussairaaloiden palveluvalikoimasta sovitaan erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa väestön palvelutarpeen mukaisesti päivystysasetuksen ja eräissä tapauksissa toistaiseksi sosiaali- ja terveysministeriön poikkeusluvan puitteissa (koskee myös ympärivuorokautista perusterveydenhuollon/akuuttilääketieteen päivystystä). Tarvittaessa voidaan tehdä ympärivuorokautisesti päivystävien sairaaloiden sopimusperusteista yhteistyötä sairaanhoitopiirin ja myös erityisvastuualueen rajan yli, jos se on palvelutarpeen, kielellisten oikeuksien toteutumisen ja henkilöstön saatavuuden näkökulmista tarkoituksenmukaista.

Päivystysverkko on suunniteltava siten, että maan eri osissa on valmius toimia myös eriasteisissa häiriötilanteissa ja myös poikkeusoloissa. Uhkakuvat ja viranomaisten yhteistyön tarpeet ovat muuttuneet kuntien sekä sairaanhoitopiirien ja 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.

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 erikoissairaanhoitoa. Nykyisessä asetuksessa määritellyt valtakunnallisesti keskitettävät hoidot ovat harvinaisia ja vaativat korkeatasoista lääketieteellistä osaamista tai välineistöä taikka erityisen vaativaa monialaista hoitoa ja hoitoon välittömästi liittyvää lääkinnällistä 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 koamisesta 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 työnjaosta 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 sisällytetty lausunnolla olevaan luonnokseen, mutta asiaa koskevat kommentit on otettu huomioon.

Lausunnolla olleessa lakiluonnoksessa ei tarkemmin määritelty, miten sosiaalipäivystystyötä tulisi järjestää, kun päivystystyötä tehdään yhdessä. Ehdotukseen sisältyi 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 velvoitteiden 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 koordinaointi ja järjestämisvastuu muun alueellisen sosiaalipäivystyksen tarkoituksenmukaisesta organisoinnista.

Lausuntojen ja kuulemisten perusteella uudistusta on lähdetty toteuttamaan siten, että se mahdollistaa erilaiset tavat toimia eri alueiden erityispiirteiden mukaisesti kuitenkin niin, että kansalaisten yhdenvertaisuus toteutuu. Ehdotukseen sisältyisi edelleen mahdollisuus valtioneuvoston asetuksella annettavaan tarkentavaan sääntelyyn. Lausunnoissa tuotiin esille myös vaihtoehto, jonka mukaan laissa säädettäisiin erikseen terveydenhuollon päivystyksen yhteydessä toteutettavasta sosiaalityöstä, joka käsitteellisesti eroaisi laissa säädetyistä sosiaalipäivystyksestä. Koska kyseessä on sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteellista uudistusta edeltävä

lainsäädäntöhanke, on keskeisen tärkeää, että lainsäädännössä otetaan huomioon lähitulevaisuudessa toteutuvat rakenteelliset uudistukset ja niiden tuomat mahdollisuudet.

Uudistuksen lähtökohdaksi otetaan huomioon koko sosiaalityön kokonaisuus (kuntien perustyössä tehtävä sosiaalityö, sosiaalipäivystys yksiköissä tehtävä sosiaalityö ja terveydenhuollossa tehtävä perustyö) asiakkaiden tarpeisiin vastaavaksi ja kustannustehokkaaksi kokonaisuudeksi sekä varmistaa, että järjestelmän sisällä ei tehdä päällekkäistä työtä. Sen vuoksi ei ole tarkoituksenmukaista kehittää sosiaalipäivystystä ja terveydenhuollossa tehtävää sosiaalityötä erikseen vaan tavoitteena on, että uudistuksessa huomioitaisiin terveydenhuollossa tehtävä sosiaalityö sekä -ohjaus ja sovitettaisiin 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.

3.3 Keskeiset ehdotukset

Erikoissairaanhoitoa on tarkoitus koota suurempiin yksiköihin ja tiettyjä tutkimuksia, toimenpiteitä ja hoitoja valtakunnallisesti ja alueellisesti. Keskitettävää erikoissairaanhoitoa olisivat tutkimukset, toimenpiteet tai hoidot, jotka harvoin esiintyvinä 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 erikoisanalan 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 sosiaalipäivystystä. Niissä säilyisi myös tavallisimmin tarvittavien lääketieteen erikoisalojen osaaminen. Täsmällisestä 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 vastaanototoimintaa. Kiireellistä vastaanototoimintaa 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 vietyt päivystykselliset lähipalvelut ja erityisvastuualueen ensihoitopalvelun kaikki resurssit, jotta palvelut voidaan tuottaa mahdollisimman tehokkaasti ja taloudellisesti. Ensihoitokeskuksen toimintaan liittyen alueen sosiaalipäivystyksen tulisi yhteen sovitaa Häätäkeskuslaitokselle annettavat hälytysohjeet.

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-ohjepyyntöihin verkottuneesti, mistä tahansa toimipisteestä tai ensihoitoyksiköstä. Lisäksi ensihoidon valtakunnallista valmius- ja varautumiskoordinaatiota lisättäisiin siirtämällä ensihoitokeskusten tehtäväksi osaltaan suunnitella alueensa valmius- ja varautumissuunnittelua valtakunnallisesti yhdessä alueen sosiaalipäivystyksen, muiden viranomaisten ja ensihoitokeskusten kanssa.

Ehdotuksen mukaan sosiaalipäivystystä olisi järjestettävä sekä laajan ympärivuorokautisen terveydenhuollon päivystysyksikön yhteydessä että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon suppeamman yhteispäivystyksen yhteydessä. Samalla velvollisuutta järjestää psykososiaalista tukea sekä mielenterveys- ja päihdetyön päivystystä 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. Toimivat yhteistyökäytännöt tulisi luoda myös niihin terveydenhuollon yksiköihin, joiden osalta yhteistyörakenteista ei säädettäisi erikseen. Tällaisia yksiköitä olisivat päivystävät perusterveydenhuollon yksiköt. Kaikkien rakenteellisten muutosten tekemisen reunaehtona on asiakkaiden oikeusturvan parantaminen uudistuksen avulla.

Erityisosaamisen ja sitä kautta asiakasturvallisuuden ja palvelujen laadun varmistamiseksi sosiaalipalveluja voitaisiin koota yhteen valtakunnallisesti tai alueellisesti järjestettäväksi terveyspalvelujen tai tarpeen mukaan muiden palvelujen yhteydessä.

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.

Ehdotuksessa on lähdetty siitä, että useita palveluja tarvitsevien päihde- ja mielenterveysasiakkaiden tulee saada riittävä apu riippumatta siitä, minkä organisaation piiristä he lähtevät apua hakemaan tai avun tarve muutoin huomataan. Ehdotuksen mukaan kunnille jäisi erilaisia vaihtoehtoisia tapoja kehittää sosiaalipäivystystyötä alueellisten tarpeiden ja olemassa olevien hyvien toimintamallien ja kuntayhteistyön pohjalta lain edellyttämien muutosten toteuttami-

seksi. Mielenterveys- ja päihdetyön päivystystä tulisi toteuttaa sekä sosiaali- että terveydenhuollon päivystyksen yhteydessä.

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 lisäystä. Taloudellisia vaikutuksia on arvioitu käytettävissä olevien Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Kuntaliiton tietojen perusteella sekä yhteistyössä Valviran kanssa toteutetun kyselyn tietojen perusteella ja suorittamalla erilaisia koelaskelmia.

Osana valtioneuvoston yhteistä selvitys- ja tutkimustoimintaa (VNK TEAS) sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta NHG (Nordic Healthcare Group) on tehnyt laskelmia erikoissairaanhoidon säästöjen toteuttamisesta. Laskelmat on tehty perustuen tunnistettuihin parhaisiin käytäntöihin.

Vaikutukset kotitalouksien asemaan

Esitetyillä muutoksilla ei ole merkittäviä taloudellisia vaikutuksia kotitalouksien asemaan. Esitys ei muuta sosiaali- ja terveyspalvelun käyttäjiltä perittäviä asiakasmaksuja. Toimintojen keskittäminen voi pidentää potilaan matkaa hoitopaikkaan. Kela korvaa sairausvakuutuksen kautta matkakulut lähimpään julkisen terveydenhuollon yksikköön, jossa potilaan tarvitsemää hoitoa on saatavilla. Toisaalta taas esityksessä ehdotetaan lisättäväksi perusterveydenhuollon kiireellistä vastaanottoa terveyskeskuksissa ja tarpeen mukaan erikoissairaanhoidon poliklinikoilla. Tällöin tavalliset kiireelliset terveysongelmat voidaan hoitaa lähipalveluna arki-iltaisain tai viikonloppuisin päiväsaikaan, jolloin potilaan ei tarvitse hakeutua mahdollisesti kauempana sijaitsevaan yhteispäivystykseen. Tämä tuo helpotusta esimerkiksi lapsiperheiden arkeen, kun lasten tavanomaiset kiireelliset terveysongelmat hoituvat vanhempien työpäivän jälkeen omassa terveyskeskuksessa.

Vaikutukset yrityksiin

Esitys koskee julkista sosiaali- ja terveydenhuoltoa eikä sillä ole merkittäviä vaikutuksia yritystoimintaan.

Vaikutukset julkiseen talouteen

Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusrakenne

Kansallisten tilastojen mukaan terveydenhuollon, lapsiperhe-, vanhus- ja vammaispalveluiden nettokustannukset olivat vuonna 2014 noin 16,7 miljardia euroa. Somaattiset terveyspalvelut, johon kuuluvat somaattisen erikoissairaanhoidon lisäksi perusterveydenhuollon avopalvelut ja akuutti vuodeosastohoito, muodostivat tästä noin 8 miljardia euroa.

Konservatiivisen hoidon toiminnan kustannukset olivat 3,8 miljardia euroa. Konservatiivisen hoidon kustannuksista n. 2,2 miljardia euroa syntyy erikoissairaanhoidossa ja 1,5 miljardia euroa perusterveydenhuollossa.

Operatiivisen hoidon toiminnan kustannukset olivat noin 2,5 miljardia euroa, minkä lisäksi operatiiviseen toimintaan liittyvän perusterveydenhuollon (jälkihoidon ja lääkinällisen kuntoutuksen) osuus oli noin 0,7 miljardia euroa, yhteensä 3,2 miljardia euroa. Päivystyspoliklinikoiden kustannukset olivat 0,3 miljardia euroa, synnytystoiminnan 0,3 miljardia euroa ja hammashuollon 0,4 miljardia euroa.

Operatiivisesta toiminnasta määrillä mitattuna noin 40 prosenttia hoidetaan päiväkirurgisesti, 35 prosenttia elektiivisesti vuodeosastohoidon tuella ja 25 prosenttia päivystyksenä vuodeosastojen kautta.

Kustannuksista noin 30 prosenttia jakautuu päiväkirurgiaan, 40 prosenttia muuhun elektiiviseen kirurgiaan ja 35 prosenttia päivystyskirurgiaan. Kaikessa erikoissairaanhoidossa kustannuksista henkilöstökulujen osuus on noin 60 prosenttia, materiaalikulujen osuus n. 25 prosenttia ja muita kustannuksia on 15—20 prosenttia. Päivystysaikainen kirurginen toiminta on aina suhteellisesti kalliimpaa, ja henkilöstökustannukset muodostavat kaikista erikoissairaanhoidon menoista selkeästi suurimman osan.

Terveystenhuollon päivystysuudistuksen taloudelliset vaikutukset

Suomessa erikoissairaanhoito on ollut varsin hajaantunutta. Palvelutuotanto on perustunut pitkälti siihen, että kaikki yksiköt tekevät lähes kaikkia mahdollisia toimenpiteitä ja hoitoja vastaten alueensa väestön harvoinkin esiintyviin tarpeisiin myös päivystysaikana. Koko maan tasolla tämä toimintatapa ei ole ollut paras mahdollinen ajatellen sekä kustannuskehitystä, osaan henkiloistön ja muun infrastruktuurin riittävyttä että vaikeasti sairastuneiden ja vammautuneiden potilaiden kiireellisen hoidon laatua.

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.

Valtioneuvoston selvitys ja tutkimustoiminnan (VN TEAS) vuoden 2016 tutkimushankkeessa Sote-uudistuksen ja itsehallintoalueiden muodostamisen tukemista koskevat selvitykset on käyty osa-alueittain läpi mahdollisuuksia kehittää sosiaali- ja terveystalvueluita siten, että kustannuksia voidaan keventää, mutta säilyttää vähintään nykyisen tasoinen palveluvalikoima, palveluiden laatu ja vaikuttavuus. Selvitys liittyy käynnissä olevaan SOTE-uudistukseen, mutta terveydenhuollon päivystysuudistuksen ja operatiivisen toiminnan työnjaon taloudellisia vaikutuksia on arvioitu terveydenhuoltolain muutosehdotusten perusteella vuodesta 2017 alkaen. Kehittämisen ja säästöanalyysin pohjana on käytetty pääosin nykyisten käytössä olevien parhaiden käytäntöjen hyödyntämismahdollisuuksia sekä tutkimus- ja selvitystietoa erilaisten interventtioiden tai mekanismien vaikutuksista. Parhaiden käytäntöjen vaikutuksia on arvioitu numeerisesti, ja lisäksi osa-alueittain on kuvattu niitä mekanismeja, jotka vaikuttavat kustannusten kertymiseen. (Torkki ym. Sosiaali- ja terveystalvueluiden kehittäminen ja säästöpotentiaalinen arviointi: Valtioneuvoston tutkimus- ja selvitystoiminta. VNK julkaisu 18.10.2016)

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 erikoisalalan päivystyksen poistaminen pienemmästä sairaalasta vähentää henkilöstökustannuksia enemmän kuin korvaavan päivystyspalvelun tarjoavan suuremman sairaalan kustannukset kasvavat.

Päivystyspoliklinikka muodostaa päivystyspotilaiden hoidossa tärkeän, mutta kokonaishoidon 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 prosenttia 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 päivystyspoliklinikkatoiminnan 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 prosenttia ja hoitajien 23 prosenttia. Diagnostiikan ja muiden muuttuvien kustannusten, kuten aineiden ja tarvikkeiden osuus on 36 prosenttia. Keskittämällä hoitoa suurempiin yksikköihin voidaan kustannusten vähenemisestä tulevien säästöjen potentiaalin olevan noin 35 miljoonaa euroa vuosina 2017—2020. Välineitä toiminnan laadun ja säästöjen saavuttamiselle ovat muun muassa henkilöstövoimavarojen tehokas käyttö sisältäen päivystävän henkilöstön välittömästi käytettävissä olevan osaamisen sekä yksikön tutkimusmahdollisuudet, ison päivystysyksikön toimintamalli ja rakenteet sekä päivystyspotilaita hoitavien vuodeosastojen toimintamallit. Oikea potilaan ohjaus päivystyspalveluihin on keskeistä, jotta nämä kustannushyödyt voidaan saavuttaa ja päivystyksen epätarkoituksenmukainen käyttö minimoida. Tarjolla tulee olla väestölle myös erilaisia sähköisiä palveluita päivystykseen hakeutumisen tarpeen arvioimiseksi.

Erikoissairaanhoidon konservatiivisesta vuodeosastotoiminnasta enemmistö on päivystyksestä alkanutta, akuuttiluonteista toimintaa, joten suurimmat säästöt on saavutettavissa vuodeosastohoitoa tehostamalla. Selvitysten mukaan parhaita käytäntöjä toteuttamalla erikoissairaanhoidon päivystyksen uudistuksen vaikutus julkisen talouden kustannuksiin 2016—2020 on konservatiivisten erikoisalojen osalta yhteensä noin 35 miljoonaa euroa. Lisäksi vuodeosastoilla vastaavasti kiireellisen hoidon osalta vaikutus julkisen talouden kustannuksiin 2016—2020 on noin 100 miljoonaa euroa.

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 van-

huspalvelujen, parantunutta kykyä ottaa vastaan asiakkaita erikoissairaanhoidon vuodeosastoilta. Keskeistä on myös ennaltaehkäistä kalliimpien palvelujen tarvetta. Sote-uudistuksen toiminnallinen toteutuminen vahvistaa päivystystoiminnan säästöpotentiaalia lisäksi erityisesti palveluintegraation ja digitalisaation vahvistumisen kautta.

Perustason kiireellisen viikonloppu- ja iltavastaanoton taloudelliset vaikutukset

Ehdotuksen mukaan lähipalveluina järjestettävää ilt- ja viikonloppuaikaista kiireellistä vastaanottotoimintaa vahvistetaan terveyskeskuksissa. Tämä osaltaan vähentää kalliiden päivystyspalveluiden tarvetta ympärivuorokautisissa yhteispäivystyspisteissä. Toisaalta se saattaa edellyttää lisävoimavaroja ilt- ja viikonloppuaikaiseen kiireelliseen vastaanottotoimintaan. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen loppuvuodesta 2015 toteuttaman terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyjä kartoittavan kyselyn mukaan virka-ajan ulkopuolisen vastaanoton käytännöt vaihtelevat kunnittain. Suomessa on 151 terveydenhuollon palvelut järjestävää kuntaa tai yhteistoiminta-alueita, joista 37 tarjoaa väestölle virka-ajan ulkopuolista akuuttivastaanottopalvelua kaikkina viikonpäivinä ja 12 arki-iltais. Kymmenen on sopinut erilaisista rengas- tai muista perusterveydenhuollon päivystyksen vastuujärjestelyistä. Kaksi kuntaa tarjoaa akuuttivastaanottopalveluja vain viikonloppuisin. Kahdeksallakymmenellä kunnalla tai yhteistoiminta-alueella ole virka-ajan ulkopuolista omaa vastaanottotoimintaa. Yli 50 000 ja yli 100 000 asukkaan terveyskeskuksista akuuttivastaanottoja tuotti vain pieni osa. Nämä ohjasivat potilaat virka-ajan ulkopuolella yhteispäivystyksiin tai läheisen alue- tai keskussairaalan päivystykseen. Yhteispäivystyksiin ohjataan 59 prosenttia Manner-Suomen väestöstä. (Parhiala K ym. Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt - Kyselytutkimuksen tuloksia 2: Kiireellinen hoito. Tutkimuksesta tiiviisti 2016_016. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-698-8>). Suureen väestöosuuteen vaikuttaa useiden suurten kaupunkien päivystyskäytännöt. Suurissa ja keskisuurissa keskussairaala-kaupungeissa on välttämätöntä lisätä kiirevastaanottopalveluiden tuottamista iltaisin ja viikonloppuisin, mistä aiheutuu lisäkustannuksia. Ilta- ja viikonloppuvastaanottoja ei välttämättä tarvita jokaisen terveysaseman yhteyteen tai jokaiselle viikonpäivälle. Niiden sijoittumiseen ja ajoitukseen vaikuttaa väestön tarve.

Toisaalta kalliiden päivystyspalveluiden käyttö vähenee ja mahdollisuudet parantaa kiireettömien vastaanottoaikojen saatavuutta terveyskeskuksissa paranevat. On kuitenkin odotettavissa, että ilt- ja viikonloppupalveluiden tarjonnan lisääminen saattaa lisätä kiireellisten vastaanottopalveluiden käyttöä. Kokonaisuutena 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 tekoniivelkirurgiasta, 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 edistysellisempää teknologiaa. Osittain myös hankintavoima esimerkiksi materiaalien osalta kasvaa, kun yksiköstä tulee merkittävämpi asiakas toimittajan näkökulmasta.

Arviot taloudellisista vaikutuksista perustuvat Valtioneuvoston selvitys ja tutkimustoiminnan (VN TEAS) vuoden 2016 selvityshankkeeseen. Se liittyy käynnissä olevaan SOTE-uudistukseen, mutta terveydenhuollon päivystysuudistuksen ja operatiivisen toiminnan työnjaon taloudellisia vaikutuksia on arvioitu terveydenhuoltolain muutosehdotusten perusteella vuodesta 2017 alkaen. (Torkki ym. Sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämis- ja säästöpotentiaalin arviointi: valtioneuvoston tutkimus- ja selvitystoiminta. VNK, julkaisu 18.10.2016)

Leikkaustoiminnassa suuri toimenpiteiden määrä mahdollistaa toimintatapojen ja -prosessien standardoinnin. Esimerkiksi tekonivelkirurgiassa paljon toimenpiteitä tekevissä yksiköissä havaittiin noin 20 prosenttia 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 keräämien tietojen mukaan suuret yksiköt ovat noin 16 prosenttia tehokkaampia kuin pienet yksiköt. Potilaat kotiutuvat nopeammin ja esimerkiksi uusintaleikkauksia on vähemmän. Hoitojaksojen kestojen vaihtelut selittyvät pääosin eroilla toimintakäytännöissä: miten potilaat kutsutaan leikkaukseen ja kuinka standardoitu hoitoprosessi on.

Päivystyskirurgiassa esimerkkinä hyvästä käytännöstä voidaan käyttää HYKS:ssä käyttöön otettua lonkkaliukumäki-mallia, jossa lonkkamurtumapotilaiden kokonaishoitoaikaa kotoa -kotiin lyhennettiin 24 vuorokauteen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen 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 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 hoitoaikaa 20 prosenttia 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 hoitojaksojen kestoon lyhentävästi. Kustannusten osalta näyttö ei ole yhtä vahvaa, mutta tätä on tutkittu vähemmän. Kustannusajureita ovat leikkausmäärät, vuodeosasto- ja jatkohoidon kesto, leikkaussaliprosessin nopeutuminen, leikkaustiimien käyttöasteiden kasvu sekä hoitotapahtumiin liittyvät käynnit. Parhaissa käytännöissä voidaan esimerkiksi päiväkirurgiassa kokonaisläpimenoaikaa ja -kustannuksia vähentää 20 prosenttia, elektiiivisessä kirurgiassa hoitoaikoja lyhentää 15–25 prosenttia ja päivystyskirurgiassa lyhentää hoitoaikoja 40 prosenttia ja alentaa kustannuksia

15 prosenttia. Näiden muutosten toteutuminen edellyttää paikallista sairaalakohtaista vahvaa muutosjohtamista. Säästöpotentiaalin laskenta käytettävissä olevien tietojen perusteella osoittaa, että vaikutus julkisen talouden kustannuksiin 2016—2020 on noin 185 miljoonaa euroa.

Lakimuutoksen edellyttämien säästöjen toteutuminen edellyttää, että toimintoja lakkautetaan kokonaan pienemmistä yksiköistä, kuten aluesairaaloista. Tämä koskee niin kiireetöntä leikkaus toimintaa kuin operatiivista päivystystoimintaa. Aluesairaaloissa operatiivisen toiminnan kustannukset vaihtelevat tyypillisesti 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 prosenttia koostuu henkilöstö- ja materiaalikustannuksista, kun huomioidaan sisäiset ostot muita erikoisalueilta. On arvioitu, että jopa 160 miljoonan euron säästö toteutuisi suoraan aluesairaaloitten operatiivisen toiminnan keskussairaaloitten yhteyteen siirtämisen kautta.

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 yli kaksinkertainen Kelan osuuteen nähden. Ensihoitopalvelun ohjauksen ja ensihoitopalveluun kuuluvien potilassiirtojen koordinoiminen siirtyessä viiden alueen malliin ja sosiaalipäivystysten kanssa tehtävän yhteistyön lisääntymisellä saadaan päällekkäisiä toimintoja purkamalla myös taloudellista säästöä. Tämä realisoituu asteittain ohjausrakenteen muuttuessa, ja arvioidaan olevan suuruusluokaltaan muutama prosentin luokkaa eli noin 5 miljoonaa euroa.

Sosiaalipäivystyksen uudistamisen taloudelliset vaikutukset

Uudistuksella tavoitellaan sosiaali- ja terveydenhuollon integroitua asiakaslähtöistä päivystyspalvelujen kokonaisuutta. Uudistus edistää siten päivystyksellisten sosiaalipalvelujen tarpeessa olevien asiakkaiden palvelujen paranemista, tasalaatuisuutta ja alueellista yhdenvertaisuutta palvelun saamisessa. Se parantaa myös sosiaalityön ja sosiaalipalvelujen tarpeessa olevien asiakkaiden tarvearviointia. Tarvearvioinnin onnistuminen voi pitkällä aikavälillä parantaa paljonkin palvelujen tarkoituksenmukaista kohdentumista ja vähentää 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. Monessa maakunnassa sosiaalipäivystys on jakaantunut muutamaankin yksikköön. Esimerkiksi Etelä-Savossa on päivystys Mikkelin ja Savonlinnan ympärillä ja Kymenlaaksossa sosiaalipäivystys on jakaantunut Etelä-Kymenlaakson ja Kouvolan päivystyksiin.

Kahdessa maakunnassa on niiden omien erityispiirteiden vuoksi kuusi päivystyksen yksikköä. Uudenmaan alueella isoilla kaupungeilla Helsingillä, Espoolla ja Vantaalla on omat ympärivuorokautisesti toimivat yksikkönsä. Uudenmaan reuna-alueilla on kolme osin aktiivivierinä osin varallaolona toimivaa alueellista yksikköä.

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

Ympärivuorokautisena aktiivivierinä 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. Keskisuuret kunnat ja alueet järjestävät päivystyksen pääosin aktiivivierinä 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. Väestöllään 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.

Velvoite järjestää sosiaalipäivystys siten, että päivystykseen saa yhteyden ympäri vuorokauden perustuu voimassa olevaan lainsäädäntöön. Lainsäädäntö myös koskee kaikkia ikäryhmiä. Samoin lainsäädäntö edellyttää, että sosiaalityöntekijän tulee käytännössä vastata arvioinnista ja niiden päätösten tekemisestä, joissa laki edellyttää sosiaalityöntekijän tekemää päätöstä eli päivystyksen käytettävissä tulee olla kelpoisuuden omaava sosiaalityöntekijä. Näiden velvoitteiden toteuttaminen niillä alueilla, joissa ne eivät vielä ole toteutuneet, ei ole sellainen uusi kustannus, joka oikeuttaisi valtionosuuden lisäyksiin.

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 integrointi terveydenhuollon päivystyksen kanssa mahdollistaisi potilaan koko palveluprosessin toteuttamisen palvelutarpeen arvioinnista tarvittaviin päätöksiin saakka samassa yhteydessä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon päivystyksen järjestäminen yhteisissä yksiköissä edellyttää uusia järjestelyjä suurimmalta osalta niistä sosiaalipäivystyksistä, joita velvoite koskee, koska selvitystä tehtäessä vain kolme sosiaalipäivystystä toimi osittain tai kokonaan sairaalan yhteydessä. Hallituksen esityksen valmistelun kuluessa kokeilutoiminta on kentällä kuitenkin vahvistunut. Esityksellä tavoitellaan synergiahyötyä asiakkaille/potilaille kun yhteisellä päivystyksellä sekä sosiaali- että terveydenhuollon päivystystyö ja osaaminen voidaan saumattomasti yhdistää tarpeen mukaiseksi kokonaisuudeksi. Osin muutoksella valmistaudutaan sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen myötä integroituvaan palvelujärjestelmään.

Ehdotuksen mukaan laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköt olisivat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin, 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 Hämeenlinnan, Kotkan, Vaasan, Mikkelin, Kokkolan, Kajaanin, Kemin ja Savonlinnan tulisi järjestää sosiaalipäivystystä terveydenhuollon päivystyksen yhteydessä.

Helsinkiä lukuun ottamatta kaikki päivystysyksiköt, joita ehdotus koskee, on järjestetty alueellisenä kokonaisuutena.

Toiminnan järjestämisestä vastaisivat ne kunnat, joiden alueella edellä mainitut yksiköt sijaitsevat. Koska kyse on sosiaalipäivystykseen sisältyvästä toiminnasta, jakautuvat kustannukset alueellisesti järjestettyjen sosiaalipäivystysten osalta siten kuin muutkin sosiaalipäivystystä koskevat kustannukset. Uudistus ei siten aiheuta tarvetta muuttaa olemassa olevia alueellisia järjestelyjä, jos ne koetaan toimiviksi.

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 terveydenhuoltolaissa selkiytettäisiin yhteistyön toteuttamista myös ei-kiireellisissä tehtävissä. Muutos korostaisi terveydenhuollon ammattihenkilön jo nykyisin voimassa olevaa velvollisuutta ohjata henkilö sosiaalihuollon palveluihin, jos hänen palvelutarpeensa on ilmeinen.

Uudistuksen lähtökohtana on ottaa huomioon koko sosiaalityön kokonaisuus (kuntien perustyössä tehtävä sosiaalityö, sosiaalipäivystys yksiköissä tehtävä sosiaalityö ja terveydenhuollossa tehtävä perustyö) asiakkaiden tarpeisiin vastaavaksi ja kustannustehokkaaksi kokonaisuudeksi sekä varmistaa, että järjestelmän sisällä ei tehdä päällekkäistä työtä. Sen vuoksi ei ole tarkoituksenmukaista kehittää sosiaalipäivystystä ja terveydenhuollossa tehtävää sosiaalityötä erikseen vaan tavoitteena on, että uudistuksessa huomioitaisiin terveydenhuollossa tehtävä sosiaalityö sekä -ohjaus ja sovitettaisiin 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. Sairaanhoitopiireissä on terveydenhuollon sosiaalityössä noin 530 sosiaalityöntekijän vakanssia, minkä kustannukset ovat kokonaisuudessaan noin 30 miljoonaa euroa. Tätä resursia voidaan työtä kehittämällä hyödyntää terveydenhuollossa tehtävän sosiaalipäivystystyön tukena. Päällekkäistä työtä tehdään nykyisin erityisesti arvioitaessa kiireellisen avun tarvetta. Terveydenhuollossa toimivilla sosiaalialan ammattilaisilla olisi myös valmiuksia tehdä päivystystyön edellyttämiä päätöksiä nykyistä enemmän. Yhteistyötä suhteessa virka-aikaiseen kunnissa tehtävään sosiaalityöhön olisi mahdollista parantaa molempia sektoreita koskein muutoksin.

Ehdotuksessa ei edellytetä alueen koko sosiaalipäivystystoiminnan siirtämistä terveydenhuollon päivystyksen yhteyteen, mutta velvoitteen 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. Sosiaalipäivystyksen resurssitarpeeseen vaikuttaa merkittävästi myös se, miten sairaalassa hoitotyössä jo olevan sosiaalihuollon ammattihenkilöiden työpanosta ja osaamista voidaan käyttää uudistuksessa hyödyksi. Ehdotuksessa on siten pääosin kyse olemassa olevien resurssien uudelleen organisoimisesta ja vain pieneltä osin uusien resurssien edellyttävästä uudistuksesta.

Kustannuslaskelmien lähtökohtana nykytilanne huomioon ottaen on, että sosiaalipäivystystä ei ole mahdollista toteuttaa lainmukaisesti yksinomaan tekemällä henkilöstösiirtoja yksiköstä toiseen, vaan uudistuksen toteuttaminen edellyttää joko terveydenhuollossa nykyisin työskentelevien sosiaalihuollon ammattihenkilöiden työnkuvien muokkaamista ja/tai uuden henkilöstön rekrytointia sosiaalipäivystykseen.

Yhteistyö terveydenhuollon kanssa on jo nykyisin sosiaalipäivystyksen lakisääteinen velvollisuus. Sosiaalipäivystys on organisoitava siten, että sieltä on mahdollisuus tarpeen mukaan suorittaa kotikäyntejä asiakkaiden luokse ja sen vuoksi yhteisessä päivystysyksikössä tapahtuva työskentely edellyttää joiltakin osin uutta resurssia. Yhteisessä päivystyksessä esiintyviin tarpeisiin vastaamisen arvioidaan edellyttävän noin 0,5 sosiaaliryöntekijän vakanssin lisäämistä niissä päivystyksissä, joita velvoite koskee. Lisäyksen kustannus olisi noin 600 000 euroa. Lisäksi toiminnan uudelleen järjestämisen organisoinnista, esimerkiksi ICT-hankinnoista, sekä ryöntekijöiden kouluttamisesta voidaan arvioida aiheutuvan kustannuksia alkuvaiheessa. Osa koulutustarpeista voidaan vastata tavanomaisella täydennyskoulutuksella, mutta kriisitöiden osaamiseen voidaan tarvita lisäkoulutusta päivystystyöhön osallistuville. Siitä aiheutuviin 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.

Kun asiakasprosesseja tehostetaan ja sovitetaan yhteen, potilaiden ja asiakkaiden mahdollisuus saada tarpeensa kokonaisvaltaisesti arvioiduksi ja välittömät kiireelliset sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeensa tyydytettyä samassa yhteydessä paranevat. Oikea-aikaiset palvelut lisäävät osaltaan vaikuttavuutta. Sosiaalipäivystyksen järjestäminen integroidusti terveydenhuollon päivystyksen yhteydessä synnyttää säästöjä sosiaali- ja terveydenhuollossa, kun asiakkaiden sosiaalihuollon tarpeet havaitaan ajoissa. Palvelujärjestelmän tasolla säästöä syntyy erityisesti erikoissairaanhoidon kustannuksissa kun voidaan välttää erikoissairaanhoidon hoitojaksoja.

Erityisesti paljon sekä sosiaali- että terveydenhuollon palveluja tarvitsevat moniongelmaiset asiakkaat hyötyisivät integroidusta palvelusta. Onnettomuus- tai tapaturmatilanteissa tai henkilön jäätyä syystä tai toisesta heitteille, välttämättömiin kiireellisiin psykososiaalisen tuen tarpeisiin vastaamisella voidaan välttää osastolle ottaminen niissä tilanteissa, joissa se ei lääketieteellisistä syistä ole tarpeellista. Myös huolehtimalla väkivallan uhrien turvallisuudesta sosiaaliryöntekijän avulla voidaan välttää tarpeettomia hoitovuorokausia sairaalassa. Kriisitilanteissa aloitetulla psykososiaalisella tuella voidaan ennalta ehkäistä kriisien syvenymistä ja vakavampia vaurioita. Sosiaali- ja terveydenhuollon päivystyksen tarjoaminen samassa yhteydessä mahdollistaa sosiaalihuollollisen työn ohjaamisen sosiaalialan ammattilaiselle, jolloin voidaan säästää terveydenhuollon resursseja ja työ kohdentuu heti sen parhaiten osaavalle.

Integraation vaikutuksia sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksiin on tutkittu Suomessa vain vähän eikä luotettavia empiirisiä tuloksia integraation kustannusvaikutuksista ole käytettävissä. Englannissa on tutkittu sosiaali- ja terveystalouden integraation vaikutuksia arvioimalla ikääntyneiden asumispalvelujen vaikutusta erikoissairaanhoidon palvelujen käyttöön ja kustannuksiin. Tulosten mukaan asumispalvelujen tarjonnan lisääminen 10 prosentilla vähentää viivästyneitä sairaalahoitajaksoja 6—8 prosentilla. Kyse on erilaisesta palvelusta kuin päivystyksessä, mutta toiminnan lisäämisen vaikutukset ovat samantyyppisiä, joten tuloksia voidaan käyttää hyväksi vaikutuksia arvioitaessa.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos arvioi Englannin tutkimustulosten pohjalta tekemissään hallituksen esitystä koskevissa laskelmissa, että mikäli suunnitellulla päivystysjärjestelmän integraatiolla saavutetut säästöt erikoissairaanhoidossa olisivat suuremmat kuin 0,37 senttiä investoitua euroa kohti, päivystysjärjestelmän integraatio synnyttäisi säästöjä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmässä. Suuruusluokaltaan tämä tarkoittaisi noin 1220 somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastopäivää, joka jaettuna niille yksiköille, joita uudistus koskee, olisi noin 61 hoitopäivää vuodessa.

Mielenterveys- ja päihdetyön päivystysveloitteeseen on ehdotuksessa kiinnitetty huomiota erikseen, koska kiireellistä terveydenhuollon antaman hoidon tarvetta lukuun ottamatta näihin asiakasryhmiin kuuluvien henkilöiden hoidon ja palvelujen saanti usein tarpeettomasti viivästyy ja/tai asiakkaat ohjautuvat epätarkoituksenmukaisen palvelun piiriin. Hoitoon ohjautumisen viivästyessä ongelmat vaikeutuvat ja niistä aiheutuu suurempia kustannuksia kuin jos hoitoon ohjauksesta huolehdittaisiin aina niissä tilanteissa, joissa apua tarvitseva henkilö kohdataan, vaikka välittömälle hoitoon pääsyyllä ei olisi edellytyksiä.

Voimassa olevaan lainsäädäntöön sisältyy jo kattavat säännökset mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitoon ohjaamisesta ja nopeasta hoitoon pääsystä. Käytännössä tästä huolimatta näihin asiakasryhmiin kuuluvat usein jäävät päivystyksessä vaille tarvitsemaansa apua.

Kattavaa näyttöä päihde- ja mielenterveystyön päivystyksen vaikuttavuudesta ei ole, mutta esimerkiksi Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystalouden toiminta osoittaa, että toimintatapojen muutoksella on saavutettavissa merkittäviä kustannussäästöjä.

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystaloudessa on toteutettu päihde- ja mielenterveystyön päivystys, jossa kyse on koko järjestelmää koskevasta toimintatavan muutoksesta. Tällä on saatu aikaan jonottomuus ja nopeampi palveluihin pääseminen, mikä on mahdollistanut muun muassa laitospaikkojen vähentämisen kahdella kolmasosalla. Kustannusten säästö on saatu raskaiden ja kalliiden palvelujen vähentämisen mahdollisuudesta, kun niitä ei ole tarvinnut ylläpitää varmuuden vuoksi. Päihde- ja mielenterveystyön päivystys on myös mahdollistanut muut muutokset, jotka eivät olisi olleet mahdollisia ilman integroitua päivystysyksikköä. Mielenterveys- ja päihdepalveluissa kustannukset vuonna 2015 olivat 3,7 prosenttia alle vuoden 2010 tason. Säästö on noin miljoona euroa. Eksoten väestöpohja on noin 132 000 asukasta, joten asukas-kohtainen säästö on noin 7,6 euroa. Suhteutettuna koko Suomen väestöön päihde- ja mielenterveystyön päivystyksen mahdollistaman toimintarakenteen muutoksen säästöpotentiaali olisi noin 42 miljoonaa euroa.

Sosiaalityöhön ja -ohjaukseen tavanomaisesti kuuluvana tehtävänä (kiireellisissä tilanteissa sosiaalipäivystyksen toteuttamana) on huolehtia asiakkaiden, myös päihde- ja mielenterveyspalvelujen tarpeessa olevien, jatkohoitoon ohjautumisesta tarvittavista sosiaalihuollon tuesta ja tukipalveluista. Tuen tarkoituksena on vahvistaa ja tukea asiakkaan kykyä hakeutua palveluihin ja käyttää hänelle myönnettyjä palveluja. Siten voidaan estää asiakkaille/potilaille varattujen aikojen jäämistä käyttämättä, josta syntyy turhia kustannuksia.

Uudistusten vaikutukset matkakustannuksiin

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen johdosta matkakustannukset voivat jossain määrin lisääntyä, sillä sairaankuljetusten keskittyminen kasvaisi alueilla, joissa vaativia päivystyshoitoja tarjoavien laajojen yksiköiden määrä vähenee kahteentoista. Uudistus voi lisätä kotitalouksien kustannuksia muun muassa lisääntyvien matka- ja yöpymiskulujen kautta. Toisaalta siirtokuljetuksen pienemmistä sairaaloista suurempiin vähenevät, kun potilaat voidaan kuljettaa suoraan oikeaan hoitopaikkaan laajan päivystysyksikön sairaalaan. Ensihoitopalveluiden tehostuminen ja erilaiset neuvontapalvelut vähentävät keskitettyjen päivystyspalveluiden käyttöä. Lähipalveluna tarjottavat perustason ilta- ja viikonlopun päiväaikaiset palvelut vastaavasti vähentävät pitkiä matkoja. Keskitettyjä 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.

Sosiaalihuollon palvelujen tarpeessa olevan potilaan osalta matkakustannusten ja matkustamisen tarpeen voi olettaa vähentyvän, kun tarvittavia kiireellisiä palveluja voisi saada sairaalassa käynnin yhteydessä. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ja sosiaalipäivystysten yhteistyön lisääntyminen parantaisi asiakkaan asioihin liittyvää tiedonkulkua ja voisi siten vähentää erillisissä palvelupisteissä asioinnin tarvetta ja siten matkakustannuksien syntyä.

Taloudellisten vaikutusten kokonaisuuden arviointi

Lakimuutoksen edellyttämien säästöjen realisointi edellyttää, että eräitä toimintoja lakkautetaan kokonaan pienemmistä yksiköistä, kuten aluesairaaloista. Tämä koskee niin operatiivista leikkaavaa hoitoa kuin päivystystoimintaa. Tuottavuushyötyjä ei saavuteta, ellei merkittävä osa operatiivisesta toiminnasta keskitetä korkean toimenpidevolyymien yksiköihin. Riskinä on jopa kustannusten lisääntyminen, kun pieniin yksiköihin jäljelle jääneet resurssit tuottavat lisää palveluita. Tällöin tuottavuus tarkoittaa siis kokonaishoidon 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 kestoon lyhentävästi. Rakenteelliset muutokset edellyttävät kuntatason päätöksentekoa ja paikallista sairaalakohtaista vahvaa muutosjohtamista.

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

Kustannussäästöjä saadaan lisäksi tehostamalla kansallista ohjausta vanhentuneista menetelmistä luopumisesta ja uusien menetelmien hallitusta käyttöön otosta. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kustannusvaikuttavuutta ja tuottavuutta voidaan parantaa systemaattisella näyttöön perustuvasta vanhentuneista käytännöistä luopumisella. Esimerkiksi suomalaisen tutkimusnäytön perusteella maassa tehdään vuosittain jopa 10 000 turhaa polvileikkausta, joiden vältettävissä

HE 224/2016 vp

olevat vuosikustannukset julkiselle taloudelle ovat 20 miljoonaa euroa. Todellisuudessa parhaiden käytäntöjen käyttöönotto ja leviäminen edellyttävät useita samanaikaisia kehittämistoimenpiteitä ja vahvaa kansallista ohjausta.

Käypä hoito -suositukset ovat riippumattomia, tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia. Niissä käsitellään tärkeitä suomalaisten terveyden ja sairauksien hoitoon ja ehkäisyyn liittyviä kysymyksiä. Käypä hoito -suositukset sisältävät paitsi myönteisiä, myös kielteisiä suosituksia seulonnasta, diagnostiikasta, hoidosta ja kuntoutuksesta. Suositusten luonteesta johtuen kielteiset suositukset ovat kuitenkin vaikeasti löydettävissä ja hahmotettavissa, heikentäen niiden implementointia suomalaiseen terveydenhuoltoon. Vuoden 2016 aikana laaditaan ohjeistus Käypä hoito- suosituksille käytännöistä luopumiselle ja julkaistaan ensimmäiset 2—5:een Käypä hoito -suositukseen perustuvat ”do-not-do suositukset.” Työtä myös laajennetaan koskemaan kansallisen Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston suosituksia.

Hankittujen selvitysten ja koelaskelmien perusteella voidaan todeta, että parhaita käytäntöjä toteuttamalla erikoissairaanhoidon päivystyksen vaikutus julkisen talouden kustannuksiin 2016—2020 on yhteensä noin 35 miljoonaa euroa, lisäksi vuodeosastoilla vastaavasti kiireellisen hoidon osalta vaikutus julkisen talouden kustannuksiin 2016—2020 on noin 100 miljoonaa euroa. Säästöpotentiaalin laskenta osoittaa, että huomioiden parhaat käytännöt operatiivisen toiminnan osalta vaikutus julkisen talouden kustannuksiin 2016—2020 on noin 185 miljoonaa euroa.

Ottamalla käyttöön nykyistä systemaattisempi, kaikki erikoisalajat kattava vanhentuneista menetelmistä luopuminen ja vastaavasti uuden teknologian hallittu käyttöönotto säästövaikutus julkisen talouden kustannuksiin 2016—2020 on noin 30 miljoonaa euroa.

Sosiaalihuollon osalta esityksestä aiheutuvat kustannukset olisivat yhteensä noin 1,1 miljoonaa euroa, joista 500 000 euroa olisi kertaluonteisia. Asiakasprosesseja tehostamalla ja yhteen soveltamalla 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 hoitajaksojen 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)
8. Vanhentuneista menetelmistä luopuminen ja uuden teknologian hallittu käyttöönotto sosiaali- ja terveydenhuollossa. - 30 milj. euroa.

Hyöty julkiselle taloudelle yhteensä -350 M€

Hyöty kunnille -261,69 M€

HE 224/2016 vp

Kustannusvaikutukset ovat sosiaali- ja terveysministeriön arvioita todennäköisestä kustannuskehityksestä. Säästöjen toteutuminen käytännössä edellyttää kuntatason päätöksentekoa käytännön toteutuksesta. Sosiaali- ja terveysministeriö on arvioinut säästövaikutusten olevan kumulatiivisesti seuraavat:

| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| Kuntien menot M€ | 50,0 | 175,0 | 260,0 | 350,0 |
| Valtionosuus M€ (25,23 %) | 12,62 | 49,40 | 65,60 | 88,31 |

Ehdotetut lait tulisivat voimaan vuoden 2017 alussa, mutta siirtymäsäännöksen mukaan niitä on sovellettava viimeistään vuoden 2018 alusta. Muutoksen sisältö on ollut tiedossa jo vuodesta 2016. Osassa sairaanhoitopiirejä on jo vuoden 2016 aikana tehty rakenteellisia muutoksia, joissa on ennakoitu terveydenhuoltolain muutoksia ja kustannusten kasvu on hidastunut. Kuntaliiton alustavan vertailutilaston mukaan vuoden 2015 ja 2016 tammi-elokuun toimintakuluja vertailtaessa on osa saanut piirin kokonaisbudjettia pienennettyä. Itä-Savon sairaanhoitopiirissä (Savonlinna) kustannukset ovat laskeneet edellisestä vuodesta 7,3 %. Satakunnassa lasku on ollut 0,6 %, Vaasassa 1,0 %, Etelä-Pohjanmaalla 1,3 %. Koko maan kustannusnousu on ollut 2,4 %, joka on aikaisempiin vuosiin verrattuna varsin maltillinen. Vuonna 2015 kustannukset nousivat 2,7 %, vuonna 2014 3,1 %, vuonna 2013 4,9 % ja vuonna 2012 5,3 %.

Osassa sairaanhoitopiirejä pystyttäen sopeuttamaan toimintaa muutoksen suuntaan jo vuonna 2017. Muutoksen säästövaikutukset julkiseen talouteen vuonna 2017 ovat 50 miljoonaa euroa, minkä johdosta kuntien peruspalvelujen valtionosuusmomentilla on otettu huomioon 12,62 miljoonan euron säästöt.

4.2 Vaikutukset viranomaisten toimintaan

Vaikutukset viranomaisten keskinäisiin suhteisiin, tehtäviin ja menettelytapoihin

Esitys muuttaa sairaaloiden keskinäistä työnjakoa ja tehtäviä. Muutokset edellyttävät nykyistä enemmän yhteistyötä sekä työnjaoista ja menetelmistä sopimista sairaanhoitopiirien välillä. Sairaanhoitopiirin tasolla sopimukset perustuvat terveydenhuoltolain 34 §:n mukaiseen terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaan ja erityisvastuualueen tasolla terveydenhuoltolain 43 §:n mukaiseen erikoissairaanhoidon järjestämissopimukseen. Yhteistyörakenteet säilyvät ennallaan, mutta suunnitelmat ja sopimukset tulee päivittää uusien työnjakoa koskevien säännösten mukaisiksi. Ehdotetussa terveydenhuoltolain 45 §:n mukaan ne sairaanhoitopiirien kuntayhtymät, joissa on yliopistollinen sairaala, sopivat yhdessä valtakunnallisesti keskitettävää erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa. Alueellisesti keskitettävistä hoidoista sovitaan erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa. Muutokset eivät edellytä merkittäviä muutoksia tietojärjestelmiin.

Ensihoitokeskuksen tehtäviä erityisvastuualueen ensihoitopalvelun ohjaamisessa vahvistetaan muun muassa hoito-ohjeiden laatimisessa ja valmiussuunnittelussa. Lisäksi ehdotetaan että ensihoitokeskus valmistelee palvelutasopäätökseen kuuluvat tavoittamisajat. Nämä muutokset yhtenäistävät toimintaa. Lisäksi erityisvastuualueen ensihoitokeskukset veloitetaan tekemään yhteistyötä muiden erityisvastuualueiden ensihoitokeskusten kanssa, mikä yhtenäistää toimintaa valtakunnallisesti.

Esitykseen sisältyy useita säännöksiä, jotka vahventavat terveydenhuollon ja sosiaalipäivystyksen yhteistyötä. Sosiaalipäivystystä tulee ehdotuksen mukaan järjestää terveydenhuollon laajan ympärivuorokautisen sekä ympärivuorokautisen yhteispäivystyksen yhteydessä. Kaikkea sosiaalipäivystystä ei edellytetä siirrettävän terveydenhuollon päivystyksen yhteyteen, vaan toimivat yhteistyömallit esimerkiksi poliisiin kanssa on mahdollista säilyttää. Terveydenhuollon päivystyksessä tulee olla sosiaalihuollon asiantuntemusta helposti ja nopeasti käytettävissä. Muutos parantaa sosiaalipäivystyksen ja terveydenhuollon päivystyksen yhteistyötä, mikä mahdollistaa asiakkaalle nopeamman hänen tarpeidensa mukaisen avun saannin. 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.

Vaikutukset henkilöstöön ja organisaatioon

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 kolmasosa. Pienellä osalla henkilöstöä työpaikka siirtyy suurempaan yksikköön ja joillain paikkakunnilla työvoiman tarve saattaa pienentyä. Pienissä sairaaloissa, erityisesti aluesairaaloissa, henkilökunnan kokonaismäärä voi vähentyä. Niissä on usein samanaikaisesti pulaa lääkäreiden lisäksi hoitohenkilökunnasta ja sijaisten sekä ostopalveluiden käyttö on suurta. Terveydenhuoltoalan työllisyystilanne on hyvä ja työttömyysaste koko terveydenhuollossa on muutamana prosentina luokkaa (lääkäreillä n. 1 %, sairaanhoitajilla n. 2 % ja lähihoitajilla n. 6 % vuonna 2013). Kaikkiaan ikääntyvä väestö ja hoidon tarpeen kasvu lisäävät henkilöstön tarvetta pitkällä aikavälillä. Näin ollen esityksellä ei ole merkittäviä vaikutuksia terveydenhuoltohenkilöstön työllisyyteen kokonaisuutena arvioiden.

Sen sijaan on huomioitava vaikutukset paikalliseen henkilöstövajeeseen ja erityisesti lääkäri- vajeeseen. Erikoislääkäreiden eläkkeelle siirtymisen huippuvuodet sijoittuvat 2020-luvun alkupuolelle. Tällä hetkellä yliopistosairaaloissa on hyvä työvoimatilanne, mutta osassa keskussairaaloita on rekrytointiongelmia. Muissa kuin yliopistosairaanhoitopiireissä 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 osaajia.

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.

Lakiehdotuksen tavoitteena on päivystysprosessin kehittäminen ja selkiyttäminen. Toimijoiden yhteistyötä lisätään ja päivystystoiminnan eri osien yhdistymistä asiakaslähtöiseksi ja joustavaksi kokonaisuudeksi edistetään. Säännösten tarkoitus on osaltaan varmistaa, että asi-

akkaan asiassa tehdään yhteistyötä toimijoiden välillä ja toisaalta ohjalta toimintakäytäntöjä siten, että asiakkaan tarvitsemat palvelut tunnistetaan kokonaisvaltaisesti.

Esitys tukee terveydenhuollon sosiaalityön uudistamista ja kytkemistä vahvistamaan sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota. Terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden tehtäväkuvaa olisi mahdollista kehittää päivystystyössä entistä enemmän asiakkaiden ja heidän omaistensa tukeksi.

Toiminnan työkäytäntöjen vakiintuminen valtakunnallisesti yhtenäisten toimintamallien mukaiseksi parantaisi palvelujen laatua ja vähentäisi alueellista vaihtelevuutta palvelun saatavuudessa. Sosiaalipäivystystyön keskittyminen suurempiin työyksiköihin ja aktiiviyönä tehtävän työn lisääntyminen tarjoaisi henkilöstölle aikaisempaa paremmat mahdollisuudet ammatilliseen kehittymiseen ja erikoistumiseen. Erityisesti työparityön lisääntyminen vähentäisi työpainetta ja parantaisi työn laatua.

Yhdessä tehty työ poistaisi moniammatillisen yhteistyön esteitä ja viiveitä ja tekisi palvelusta entistä asiakaslähtoisempää. Asiakas voitaisiin kohdata kokonaisvaltaisesti yhdessä palvelupisteessä ja luoda toimiva polku jatkossa tarvittaviin palveluihin. Uudistuksen myötä myös psykososiaalisen tuen osalta siirryttäisiin paikallisista toimintatavoista kohti valtakunnallisia, yhdenmukaisempia tapoja toimia. Ensihoitokeskuksen ja alueen sosiaalipäivystyksen ja muiden toimijoiden yhteistyö ja alueellisten valmius- ja varautumissuunnitelmien yhteinen laatiminen ja yhteensovittaminen parantaisi valmiuksia vastata suuronnettomuus- ja häiriötilanteisiin sekä vahvistaisi sosiaalihuollon roolia yhtenä keskeisenä turvallisuusviranomaisena.

4.3 Ympäristövaikutukset

Esityksellä ei ole välittömiä ympäristövaikutuksia. Välillisesti voidaan uudistuksen ajatella jonkin verran lisäävän asiakkaiden 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. Sähköisten palvelujen käyttö ja yhteisesti toteutettu päivystys voivat vähentää asiakkaiden liikkumisen tarvetta.

4.4 Muut yhteiskunnalliset vaikutukset

Sosiaali- ja terveysvaikutukset

Lainsäädännön uudistamisella pyritään kehittämään palvelujärjestelmää siten, että se turvaa riittävien, laadukkaiden ja tarpeenmukaisten päivystyspalvelujen saannin koko maassa.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastojen mukaan somaattisen erikoissairaanhoidon palveluita käytti vuonna 2013 yhteensä 1,78 miljoonaa potilasta. Vuodeosastohoidossa oli vuoden aikana alle 640 000 potilasta ja avohoidon käyntejä oli lähes 1,7 miljoonalla potilaalla. Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidossa hieman yli kaksi viidestä hoitajaksosta (44 %) alkaa päivystyksenä. Päivystyksenä alkaneen vuodeosastohoidon väestösuhteutetuissa osuuksissa on suuria eroja erikoisalojen ja alueiden välillä.

Kansalaisten kannalta tärkeimpiä ovat esityksen vaikutukset fyysiseen terveyteen ja hyvinvointiin. Useiden kansainvälisten ja erityisesti muissa Pohjoismaissa tehtyjen tutkimusten mukaan keskittäminen parantaa hoidon laatua ja potilasturvallisuutta. Merkitystä on sekä sairaas-

lan että ammattilaisen potilasvolyymin suuruudella. Esimerkiksi Ruotsissa on arvioitu vuosittain olevan 500 potilaskuolemaa, jotka olisi voitu välttää paremmalla hoidon keskittämällä (Träning ger färdighet, Koncentrera vården för patientens bästa: Betänkande av Utredningen om högspecialiserad vård, SOU 2015:98 http://www.regeringen.se/contentassets/13c797c47802474db94fabac1b3d81c8/sou-2015_98.pdf).

Operatiivisten erikoisalojen volyymieduista on runsaasti tutkimustietoa saatavilla. Yhteistä niille on indikaatioasettelun terävöityminen, parempi laatu ja potilasturvallisuus sekä hoitotulosten paraneminen, kun potilasvolyymi on suuri. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastot ja HILMO-aineisto osoittavat, että monin paikoin sairaalakohtaiset leikkausmäärät jäävät niin pieniksi, että vuositasolla toistojen määrä ei riitä kirurgisten taitojen ja leikkaustiimien osaamisen säilyttämiseen. Tätä tukevat myös osaltaan Potilasvakuutuskeskuksen tilastot (Haapiainen R, Virolainen P. Kirurgia Suomessa 2020-luvulla. Operatiivisten erikoisalojen järjestämistä ja keskittämistä koskevat periaatteet, STM 2016 julkaistaan xx.10.2016).

Laajojen Ruotsissa tehtyjen kirjallisuuskatsausten mukaan erikoissairaanhoidossa osaamisen kokoamisella on eri tutkimuksissa havaittu laadun ja potilasturvallisuuden paranevan. Kirurgiassa, ortopediassa ja akuuttilääketieteessä paljon toimenpiteistä tekevissä sairaaloissa ja paljon toimenpiteitä tekevällä henkilöstöllä hoitotulokset ovat paremmat, kuolleisuus pienempi ja komplikaatioiden määrä pienempi (Brommels M, Vintmyr U. Bör liten bli stor? Sjukhusstorlekens betydelse för vårdens resultat och kostnadseffektivitet, En sammanställning och analys av vetenskaplig evidens. Ett uppdrag från Utredningen om högspecialiserad vård (S 2014:11) <http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2015/02/Sjukhusstorlekens-betydelse-f%C3%B6r-v%C3%A5rdens-resultat-och-kostnadseffektivitet.pdf>; Träning ger färdighet ks. yllä).

Muilta lääketieteen aloilta on niukemmin tutkimustietoa. Uuden tanskalaistutkimuksen mukaan synnytysten hoidossa suuren volyymin yksiköissä on vähemmän vakavia potilasvahinkoja kuin pienemmissä (Milland M et al , Severe and fatal obstetric injury claims in relation to labor unit volume. Acta Obstet Gynecol Scand. 2015 May;94(5):534-41. doi: 10.1111/aogs.12606. Epub 2015 Feb 27.) Jossain määrin on näyttöä siitä, että suurissa yksiköissä on pienempiä paremmat hoitotulokset aivohalvauksen hoidossa. Norjalaisarvioinnin mukaan ohimenevät aivoverenkiertohäiriöt kannattaa hoitaa yksiköissä, joissa tähän on erityisosaamista (Ling D. Relationship of patient volume and stroke outcomes: a rapid review. Toronto, ON: Health Quality Ontario, 2012 www.hqontario.ca/evidence/publications-and-recommendations/rapid-reviews. Thürmer H ym. , Pasientvolum og kvalitet ved behandling av hjerneslag og intrakraniale aneurismer. Kunnskapssenteret for helsetjenesten. Notat – 2009, päivitetty 2014).

Esitys myös lisää palveluiden laadun yhdenvertaisuutta koko maassa, kun sen avulla pystytään varmistamaan vaativissa päivystystapauksissa riittävä eri erikoisalojen osaaminen tai sosiaalihuollon kiireellisten palvelujen järjestämisessä. Esitys myös parantaa erityisesti pienten sairausr ryhmien ja vammaisten palveluita, kun osaamista voidaan koota suurempiin yksiköihin ja varmistaa osaaminen myös harvinaisissa tapauksissa.

Potilaan matkat hoitopaikkaan voivat lakiesityksen takia pidentyä. Hoidon keskittyminen koskee lähinnä toimenpiteitä, jotka tehdään kerran elämässä. Jo tällä hetkellä 80 % miesten yleisimmän syövän eli eturauhassyövän leikkaushoidoista tehdään yliopistosairaloissa, vaikka Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastojen mukaan niitä tehdään 30 sairaalassa. Rintasyöpäleikkauksia tehdään vuosittain 35 sairaalassa, mutta osassa lukumäärät ovat pieniä. Tällä hetkellä puolet rintasyöpäleikkauksista tehdään yliopistosairaalassa. 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, radiologi ja patologi. Pienessä sairaalassa on tällaisen tiimin kokonaisuus 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.

Sosiaalipäivystyksen toteuttaminen terveydenhuollon päivystyksen yhteydessä helpottaa yhteydenottoa päivystykseen. Nopea moniammatillinen palvelutarpeen arviointi ja tarpeen mukainen avun saanti ehkäisee ongelmien vaikeutumista ja syrjäytymiskehitystä, jolla on vaikutuksia sekä asiakkaiden fyysiseen terveyteen että sosiaaliseen hyvinvointiin.

Sosiaalipäivystyksen ja terveydenhuollon päivystyksen sijainti samassa yhteydessä parantaa palvelun tarpeessa olevan asiakkaan palvelujen saantia ja sosiaalipalvelujen asiakkaiden tarvearviointia. Tarvearvioinnin onnistuminen mahdollistaa oikea-aikaisten palvelujen saamisen ja siten voidaan ehkäistä ongelmien pahenemista ja erityispalvelujen tarve. Esimerkiksi mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaiden palvelujen piiriin hakeutuminen viivästyy usein ja he ovat alttiita jäämään palvelujen ulkopuolelle. Säännös jonka mukaan mielenterveys- ja päihdetyön päivystystä toteutetaan osana sosiaali- ja terveydenhuollon päivystystä turvaa jatkohoidon toteutumista.

Yhteistyössä tehtävän päivystyksellisen työn sekä osallistumisen alueellisten varautumis- ja valmiussuunnitelmien laatimiseen voidaan arvioida parantavan huomattavasti sosiaalihuollon varautumista erilaisiin häiriötilanteisiin. Katastrofi- tai häiriötilanteessa on tärkeää eri tehtävien ja roolien selkeys, jotta yhteistyö toimii monisektoraalisessa verkostossa, esimerkiksi pelastustoimen, poliisin ja sosiaalitoimen kesken. Kaikkien osapuolten tulee tietää, mitä he ovat tekemässä ja mikä on heidän erityinen tehtävänsä tilanteen hoitamisessa. Monisektoraalisen yhteistyön lisääminen lisää eri tahojen tilanneymmärrystä ja tiedonkulkua taustatiedoista ja tilanteen kehitysnäkymistä. Näistä on hyötyä asiakasta autettaessa. Psykososiaalinen tuki, kriisityö ja surutyö voivat olla tärkeä osa häiriötilanteiden tai akuuttien katastrofitilanteiden työtä, jolla on merkittävä vaikutus kriisin kohdanneen henkilön toipumiseen tai myöhempään avun tarpeeseen.

Vaikutukset kielellisiin oikeuksiin

Ehdotuksen vaikutukset perusoikeuksien ja oikeusturvan toteutumiseen

Hallituksen esitystä on arvioitava erityisesti perustuslain 6 §, 17 § ja 19 §:ssä säädettyjen perusoikeuksien näkökulmasta. Esityksen arvioinnissa keskeisiä kysymyksiä ovat myös perustuslain 22 §:n mukaisten julkisen vallan velvoitteiden turvata perusoikeuksien toteuttaminen käytännön sisältö sekä perusoikeuksien ottaminen huomioon säädettäessä perustuslain 122 §:n mukaisesti aluejaoista.

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.

Perustuslain 17 §:n mukaan suomi ja ruotsi ovat maamme kansalliskieliä. Lisäksi perustuslaissa säädetään saamelaisten, romanien ja viittomakielisten sekä vammaisuuden vuoksi tulkitsemis- ja käännösapua tarvitsevien kielellisistä oikeuksista. Perustuslain 17 §:n 1 momentin mu-

kaan jokaisen oikeus käyttää tuomioistuimessa ja muussa viranomaisessa asiassaan omaa kieltään, joko suomea tai ruotsia, sekä saada toimituskirjansa tällä kielellä turvataan lailla. Perustuslain 17 §:n 2 momentin mukaan julkisen vallan on huolehdittava maan suomen- ja ruotsinkielisen väestön sivistyksellisistä ja yhteiskunnallisista tarpeista samanlaisten perusteiden mukaan. Perustuslain 17 §:n 3 momentin mukaan saamelaisilla alkuperäiskansana sekä romaneilla ja muilla ryhmillä on oikeus ylläpitää ja kehittää omaa kieltään ja kulttuuriaan. Saamelaisien oikeudesta käyttää saamen kieltä viranomaisessa säädetään lailla. Viittomakieltä käyttävien sekä vammaisuuden vuoksi tulkittamis- ja käännösapua tarvitsevien oikeudet turvataan lailla.

Perustuslain 19 §:n 1 momentissa on turvattu oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Säännöksen tarkoittama huolenpito tarkoittaa sosiaali- ja terveyspalveluja. Perustuslain 19 §:n 3 momentissa on julkiselle vallalle säädetty velvoite turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistää väestön terveyttä. Perustuslain 19 §:n 3 momenttia täydentävät sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädännön ja useiden muiden erityislakien säännökset kuntien velvollisuudesta järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut.

Perustuslain 21 §:n mukaan jokaisella on oikeus hyvään hallintoon, josta säädetään tarkemmin lailla. Perustuslain 22 § velvoittaa julkista valtaa turvaamaan perusoikeuksien käytännön toteutumisen. Perustuslain 122 §:n mukaan hallintoa järjestettäessä tulee pyrkiä yhteensopiviin aluejaotuksiin, joissa turvataan suomen- ja ruotsinkielisen väestön mahdollisuudet saada palveluja omalla kielellään samanlaisten perusteiden mukaan. Perustuslain 22 § mukainen velvoite siitä, että julkisen vallan on turvattava perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen, rajoittaa aluejaossa lainsäätäjän harkintavaltaa. Aluejaon on erityisesti annettava riittävät edellytykset yhdenvertaisuuden ja oikeuden riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin toteuttamiselle. Punnittaessa aluejakoon liittyviä kysymyksiä lainsäätäjän on arvioitava perusoikeuksien toteutumisen edellytykset ja antaa perusoikeuksien toteutumiselle kokonaisuutena riittävä painoarvo suhteessa muihin näkökohtiin. Aluejakoratkaisujen on osaltaan turvattava riittävästi oikeus sosiaali- ja terveyspalveluihin yhdenvertaisella tavalla. Lainsäätäjällä ei voida kuitenkaan katsoa olevan velvollisuutta valita eri ratkaisuvaihtoehdoista yhden perusoikeuden näkökulmasta parasta ratkaisumallia kunhan eri perusoikeuksiin ja muihin perusoikeusjärjestelmän näkökulmasta hyväksyttäviin näkökohtiin liittyviä seikkoja on riittävästi punnittu keskenään ja on selkeästi, valtiosäännön kannalta hyväksyttävillä perusteilla perusteltu se, jos lainsäätäjä valitsee muun kuin perusoikeuksien ja julkisen vallan kansanvaltaisen käyttämisen kannalta vähiten ongelmallisen ratkaisumallin (PeVL 67/2014 vp.).

Hallituksen esityksen mukaisessa aluejakoratkaisussa sosiaali- ja terveydenhuollon laajan päivystyksiköiden määrä vähenee nykyisestä, mutta palvelujen laatu ja potilasturvallisuus lisääntyvät. Palveluja on tarpeen koota melko laajasti sairaanhoitopiirien rajat ylittävällä tavalla ja tällöin myös yksittäisten palveluketjujen toteutuksessa tulee sairaanhoitopiirirajat ylittäviä tilanteita. Tämä koskee erityisesti erikoissairaanhoidon päivystystä sekä kapeampaa erityisosaamista sekä kalliimpia toimenpiteitä vaativia palveluja. Koska osa uudistuksessa toteutettavista alueista jää järjestämiseen liittyvältä kantokyvyltään liian heikoiksi, muodostuu ehdotuksen mukaisessa mallissa yhdeksi olennaiseksi tekijäksi laadukkaiden palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden varmistamisessa se, kuinka palvelujen järjestämisvastuuta kootaan kantokyvyltään vahvemmille alueille erityisosaamista ja kalliita investointeja vaativissa palveluissa. Kahdentoista laajan päivystyksen sairaalaverkon kokonaisarviointiin on vaikuttanut sairaaloissa käytettävissä oleva osaaminen ja voimavarat, väestöpohja, sairaalaverkon valtakunnallinen kattavuus ja päivystyssairaaloiden sijoittaminen siten, että otetaan huomioon väestön luontaiset kulkusuunnat. Tällä hetkellä vain Vaasan sairaanhoitopiirin alue on enemmistökieleltään (51 prosenttia) ruotsinkielinen. Keskeistä on tarkastella, turvataanko uudistuksella riittävästi ruotsinkielisiä palveluja eli onko olemassa vaihtoehtoja, joissa oikeus sosiaali- ja terveyden-

huollon palvelujen saatavuuteen ja sitä koskevaan päätöksentekoon toteutuisivat lähes yhtäläisellä tavalla mutta kielelliset oikeudet toteutuisivat paremmin. Perustuslain 122 §:n tarkoituksena ei kuitenkaan ole ensisijaisesti varmistaa yksikielisten yksiköiden tai enemmistöltään ruotsinkielisen alueen muodostaminen, vaan ennen kaikkea turvata palvelut niin suomen kuin ruotsinkin kielellä. Perustuslaista ei siten suoraan voida johtaa tulkintaa, jossa kieliperusteella tulisi toteuttaa tietty aluejaotus kielellisistä syistä. Asiaa on arvioitava edellä mainitun perustuslakivaliokunnan tulkinnan mukaisesti erityisesti siitä näkökulmasta, muodostuisiko Vaasan alueen kieliperusteisesta laajan ympärivuorokautisen päivystyksen alueesta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kannalta toimiva kokonaisuus. Palvelurakenteen uudistuksen tavoitteena on kuitenkin vähentää tehotonta päällekkäisyyttä ja kilpavarustelua. Perustuslakivaliokunnan kielellisiä oikeuksia koskevan tulkintakäytännön perusteella on keskeistä, miten kaikissa tilanteissa voidaan turvata ruotsinkielisten yhdenvertaiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Kielellisten oikeuksien toteutumista voidaan turvata hallinnon sisäisillä ratkaisulla (muun muassa maakuntien välisellä yhteistyöllä, vähemmistökieliselä toimielimellä ja toimipistejalla) sekä säätämällä ihmisten oikeudesta saada palveluja suomen tai ruotsin kielellä samoin perustein.

Esityksessä ehdotetut säädösmuutokset eivät vaikuta kielellisiä oikeuksia koskeviin säännöksiin. Terveydenhuoltolain 6 §:ssä, vanhuspalvelulain (980/2012) 8 §:ssä ja sosiaalihuoltolain (710/1982) 40 §:ssä säädetään kuntien ja sairaanhoitopiirien velvollisuudesta järjestää palvelut suomen ja ruotsin kielillä. Lisäksi potilaan ja asiakkaan oikeudesta käyttää suomen tai ruotsin kieltä, tulla kuulluksi ja saada toimituskirjansa suomen tai ruotsin kielellä sekä hänen oikeudestaan tulkkaukseen näitä kieliä viranomaisissa käytettäessä säädetään kielilaissa (423/2003). Kielilain mukaan viranomaisen tulee toiminnassaan oma-aloitteisesti huolehtia siitä, että yksityishenkilön kielelliset oikeudet toteutuvat käytännössä. Kaksikielisen viranomaisen tulee palvella yleisöä suomeksi ja ruotsiksi. Viranomaisen tulee sekä palvelussaan että muussa toiminnassaan osoittaa yleisölle käyttävänsä molempia kieliä. Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on lisäksi huolehdittava siitä, että Pohjoismaiden kansalaiset voivat terveydenhuoltopalveluja käyttäessään tarvittaessa käyttää omaa kieltään, suomen, islannin, norjan, ruotsin tai tanskan kieltä. Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on tällöin mahdollisuuksien mukaan huolehdittava siitä, että Pohjoismaiden kansalaiset saavat tarvittavan tulkkaus- ja käännösavun. Myös potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (1992/785, jäljempänä potilaslaki) sekä sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000/812, jäljempänä sosiaalihuollon asiakaslaki) annetussa laissa olevat säännökset täsmentävät velvollisuutta järjestää sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluja.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisvelvollisuuteen kuuluu, että saamenkielille turvataan yhtä laadukkaat sosiaali- ja terveystalvetut kuin valtaväestölle. Potilaslaki ja sosiaalihuollon asiakaslaki velvoittavat ottamaan huomioon potilaan ja asiakkaan kulttuuritaustan ja kielen hoitoa ja palvelua annettaessa. Terveydenhuoltolakiin sisältyy lisäksi viittaussäännös oikeudesta käyttää saamen kieltä saamen kielilain mukaisesti saamelaiden kotiseutualueella (6 §). Lakeja sovelletaan sekä viranomaisten että yksityisten järjestämään sosiaali- ja terveydenhuoltoon.

Perustuslain 17 §:n 3 momentin mukaisesti saamelaisilla alkuperäiskansana on oikeus ylläpitää ja kehittää omaa kieltään ja kulttuuriaan. Saamelaiden oikeudesta käyttää saamen kieltä viranomaisessa on säädetty Saamen kielilaissa (1086/2003). Lakia sovelletaan Enontekiön, Inarin, Sodankylän ja Utsjoen kuntien toimielimiin sekä sellaisten kuntayhtymien toimielimiin, joissa joku näistä kunnista on jäsenenä. Laissa saamelaiskäräjistä (974/1995) on säädetty saamelaiden omaa kieltään ja kulttuuriaan koskevasta itsehallinnosta saamelaiden kotiseutualueella. Sosiaali- ja terveydenhuollosta ei ole laissa erillistä mainintaa. Viranomaisilla on lain 9 §:n perusteella velvollisuus neuvotella saamelaiskäräjien kanssa kaikista laajakantoisista ja

merkittävistä toimenpiteistä, jotka voivat välittömästi ja erityisellä tavalla vaikuttaa saamelais-ten asemaan alkuperäiskansana ja jotka koskevat saamelaisten kotiseutualuetta. Laissa mainit- tu neuvotteluelvoite koskee erityisesti sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämistä.

Nykyisin saamelaisilla on oikeus käyttää saamen kieltä sosiaali- ja terveydenhuollossa koti- seutualueen kunnissa ja Lapin sairaanhoitopiirissä. Kunnilla ei kuitenkaan ole lainsäädäntöön perustuvaa velvollisuutta järjestää saamenkielisiä sosiaali- ja terveystalveluja. Saamenkieli- nen tulkkaus täyttää lain vaatimukset.

Palvelujen kokoaminen suurempiin yksiköihin saattaa vaikuttaa potilaiden ja asiakkaiden kie- lllisten oikeuksien toteutumiseen käytännön tilanteissa. Viidestä erityisvastuualueesta neljäs- sä on ruotsin- tai kaksikielisiä kuntia. Laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikköä yl- läpitävistä sairaanhoitopiireistä Helsingin ja Uudenmaan, Varsinais-Suomen ja Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirit ovat kaksikielisiä. Lapin sairaanhoitopiirissä potilas voi käyttää myös saa- men kieltä.

Kielellisten oikeuksien toteutumista käytännön toiminnassa varmistetaan lisäksi terveyden- huoltolain 44 §:n säännöksellä sairaanhoitopiirien välisestä yhteistyöstä kielellisten oikeuksien toteutumiseksi sekä erikoissairaanhoitolain (1062/1989) 21 §:n säännöksillä vähemmistökie- len lautakunnasta. Lisäksi sairaanhoitopiirit voivat tehdä muita yhteistyösopimuksia muun muassa lääkärikonsultaatioista. Kielellisten oikeuksien toteutumista voidaan turvata lainsää- dännön veloitteiden lisäksi käytännössä hallinnon sisäisillä ratkaisuilla ja huolehtimalla hen- kilöstön käytännön suomen ja ruotsin kielen taidosta.

Ruotsinkielisestä väestöstä suurimman ryhmän muodostavat Uudellamaalla asuvat yli 130 000 henkilöä. Heidän osaltaan lakiesitys ei juurikaan vaikuttaisi mahdollisuuteen saada talveluja äidinkiellellään Samoin Varsinais-Suomen lähes 30 000 ruotsinkielisten asukkaiden talvelut eivät myöskään säädösesityksen mukaan oleellisesti muutu.

Käytännön tasolla uudistuksella olisi vaikutuksia kielellisten oikeuksien toteutumiseen erityi- sesti Vaasan sairaanhoitopiiriin 85 000 ruotsinkielisen ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin noin 12 000 ruotsinkielisen väestön kohdalla. Näiden sairaanhoitopiirien asukkaille lähin laa- jan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikkö sijaitsee Seinäjoella, joka on yksikielinen sai- raanhoitopiiri. Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri ei kuitenkaan käytä Seinäjoen keskussai- raalan talveluita vaativassa hoidossa, vaan lähettää potilaat yksikieliseen Oulun yliopistolli- seen sairaalaan. Vaasan keskussairaalan oma toiminta on laajaa. Vaativat päivystyspotilaat siirretään lähimpään yliopistosairaalaan, eli yksikieliseen Tampereen yliopistosairaalaan ja kiireettömät potilaat käyttävät usein kaksikielisen Turun yliopistosairaalan talveluita. Turun yliopistosairaala kaksikielisenä talvelee oman ruotsinkielisen väestön lisäksi vaativassa eri- koissairaanhoidossa ruotsinkielistä Ahvenanmaan maakuntaa. Tällä hetkellä Vaasan sairaan- hoitopiiri käyttää suhteellisen vähän Seinäjoen keskussairaalan talveluita. Kuitenkin osa raja- kuntien asukkaista käyttää sitä hoitopaikan vapaan valinnan perusteella, ja muutamien erikois- alojen (kardiologia, ortopedia) osalta on sovittu ympärivuorokautisen päivystyksen yhteistyös- tä. Nyt ehdotetut säädösmuutokset mahdollistavat jatkossakin samanlaisen, väestön tarpeisiin ja voimavarojen tarkoituksenmukaiseen käyttöön perustuvan sopimuksellisen yhteistyön yli sairaanhoitopiirien ja erityisvastuualueiden rajojen.

Laajan ympärivuorokautisen päivystyksen sairaalaverkon rakenteeseen on vaikuttanut yksi- köiden kokonaisarviointi, jossa on otettu huomioon kielellisten oikeuksien lisäksi yksiköiden mahdollisuus turvata osaaminen ja voimavarat toiminnalle, riittävä väestöpohja, talvelujen saavutettavuus ja väestön luontaiset liikkumissuunnat, yhteistyöalueen sisäinen työnjako, talveluverkon valtakunnallinen kattavuus ja valmiuden ylläpito siten, että yksikkö pystyy tuot-

tamaan riittävät palvelut yhdenvertaisin perustein. Muissa kuin laajan päivystyksen ylläpitämiseen velvoitetuissa sairaanhoitopiireissä, kuten Vaasan sairaanhoitopiirissä on kuitenkin jatkosakin mahdollista ylläpitää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ympärivuorokautista yhteispäivystystä, jossa on useiden erikoisalojen lääkäripäivystys. Nämä sairaanhoitopiirit, kuten esimerkiksi Vaasan ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirit, voivat ehdotuksen mukaan itse määritellä erikoissairaanhoidon järjestämissopimusta valmisteltaessa alueensa väestön palvelutarpeiden mukaisesti, minkä erikoisalojen ympärivuorokautinen lääkäripäivystys on tarpeen ylläpitää keskussairaalan yhteispäivystyksessä. Nyt ehdotetuilla säännöksillä ei siten automaattisesti rajoiteta ympärivuorokautisen yhteispäivystyksen laajuutta. Nykyisin Vaasan sairaanhoitopiirissä on 11 erikoisalan erikoislääkäripäivystys ympäri vuorokauden. Ehdotuksen mukaan potilaat voivat hakeutua Vaasan sairaanhoitopiiriin ympärivuorokautiseen yhteispäivystykseen ja saada kiireellistä hoitoa suurimpaan osaan kiireellisistä terveysongelmistaan ruotsiksi ja suomeksi.

Kun potilas tulee hoitoon ensihoitopalvelun kautta, potilas kuljetetaan ambulanssilla lähimpään sellaiseen sairaalaan, jossa potilaan lääketieteellisen arvion mukaan tarvitsema hoito voidaan antaa ensihoidon vastuulääkärin tekemän hoitoonohjausohjeistuksen mukaan. Terveystieteidenhuoltolain mukaan potilaalle on annettava kiireellistä hoitoa asuinpaikasta riippumatta, jos potilas on hakeutunut muuhun päivystysyksikköön kuin kotikuntansa päivystykseen.

Ruotsinkielisten potilaiden kielellisten oikeuksien toteutumista päivystystilanteissa Seinäjoen laajan ympärivuorokautisen yhteispäivystyksen yksikössä tulee turvata käytännössä useilla tavoilla, esimerkiksi sopimalla lääkärikonsultaatioista Vaasan sairaanhoitopiiriin kanssa, huolehtimalla potilaille tarkoitetun ohjeistuksen kääntämisestä ruotsiksi ja rekrytoimalla ruotsin kielisen taitoista henkilöstöä.

Kiireettömässä hoidossa potilas voi käyttää mahdollisuutta valita hoitopaikkansa. Tällöin hänellä on mahdollisuus valita haluamansa keskussairaala myös kielellisin perustein. Esimerkiksi, jos kyseessä on palvelu, jota Vaasan keskussairaala ei tarjoa, on potilaalla mahdollisuus vapaan hoitopaikan valinnan kautta saada se esimerkiksi kaksikielisistä Helsingin tai Turun yliopistollisista sairaaloista. Potilaan käyttäessä valinnanvapauttaan, hän saa kuitenkin sairausvakuutuksesta matkakorvauksen lähimpään sairaalaan, jossa hänen tarvitsemansa hoito voidaan toteuttaa. Potilaan omaehtoista hakeutumista on sairaanhoitopiireillä mahdollisuus seurata omista tilastoistaan, koska kunnallisten hoitopaikkojen laskut ohjautuvat asuinkuntien sairaanhoitopiiriin kautta. Valmisteilla oleva sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus sisältää osaltaan myös lisääntyvän tietotuotannon muun muassa valinnanvapauden käytön arviointiin.

Ehdotuksen vaikutukset yhdenvertaisuuteen ja syrjimättömyyteen

Suomen- ja ruotsinkieliset ihmiset ovat ehdotuksen mukaan tosiasiallisesti yhdenvertaisessa asemassa. Sairaanhoitopiiriin hankkiessa palveluita se voi ottaa huomioon eri sairaaloiden tarjoamat palvelut eri kielillä ja hankintasopimuksissaan edellyttää niiden täyttymistä ja valvoa sitä. Samoin potilas voi hoitopaikan valinnassa huomioida kielelliset palvelut. Vaativassa päivystyksellisessä hoidossa palvelut tuotetaan parasta tarvittavaa osaamista edellyttämällä tavalla ja paikassa. Vaativat kiireellinen potilas siirretään tapahtumapaikalta pääsääntöisesti suoraan ambulanssilla vaativaa erikoissairaanhoidoa tarjoavaan yksikköön, joka on yleensä yliopistosairaala. Näin tapahtuu tälläkin hetkellä ja ruotsinkieliseltä Pohjanmaalta suunta on Tampereen yliopistosairaala ja Keski-Pohjanmaan osalta Oulun yliopistosairaala. Tässä käytännössä ei tule tapahtumaan muutosta esitettyjen säädösmuutosten seurauksena. Ensihoidon suunnittelua ja ohjeistusta on säädösin tarkoitus tarkentaa ja siten tarjota hätätilapotilaalle potilaan kielestä riippumatta paras mahdollinen hoito. Säädösmuutos ei vaikuta ensihoidossa

työskentelevään henkilöstöön, vaan sama henkilöstö voi jatkaa tehtävissään ja pystyy jatkosakin toteuttamaan ensihoitopalvelua sekä suomen että ruotsin kielillä.

Ehdotuksen vaikutukset viranomaisten toimintaan

Erityisvastuualueista kaksikielisiä ovat Helsingin, Turun, Oulu, Tampereen yliopistollisten sairaaloiden alueet ja ainoastaan Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualue on yksikielinen. Laajan päivityksen päivitysryhmän sisällyttäminen sairaanhoitopiireistä HUS, Varsinais-Suomi, Päijät-Häme ovat kaksikielisiä sekä Lapin sairaanhoitopiiri on suomenkielinen ja siellä palvelua annetaan lisäksi kolmella saamen kielellä. Ruotsinkielinen lääkärinkoulutus on keskittynyt ainoastaan Helsingin yliopistoon ja erityisesti ruotsinkielisistä lääkäreistä on ollut valtakunnassa pula. Hoitohenkilökunnan koulutus on perinteisesti tapahtunut paikallisten oppilaitosten toimesta ja alueen kielitarpeeseen perustuva koulutus on täten voitu paremmin turvata.

Kuntien ja kuntayhtymien on kuitenkin henkilöstönsä rekrytoinnissa noudatettava sitä, mitä laissa julkisyhteisöjen henkilöstöltä vaadittavasta kielitaidosta (424/2003) säädetään. Kunnat ja kuntayhtymät voivat päättää itse laissa vaadittua tiukemmista henkilökuntansa kielitaitovaatimuksista. Viranomaisen on koulutusta järjestämällä ja muilla henkilöstöpoliittisilla toimilla huolehdittava siitä, että sen henkilöstöllä on riittävä kielitaito viranomaisen tehtävien hoitamiseksi kielilaisilla ja muussa lainsäädännössä asetettujen vaatimusten mukaisesti. Säännöksellä korostetaan viranomaisjohdon vastuuta siitä, että viranomaisten toiminta täyttää myös sille lainsäädännössä asetetut kielelliset laatuvaatimukset. Virkaa täytettäessä ja muuhun palvelusuhteeseen otettaessa on varmistauduttava siitä, että palvelukseen otettavalla on työtehtävien edellyttämä kielitaito. Terveystieteiden ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 18 a §:n mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöllä tulee olla hänen hoitamiensa tehtävien edellyttämä riittävä kielitaito. Terveystieteiden ammattihenkilön työnantajan tulee varmistua siitä, että terveydenhuollon henkilöstöllä on tehtävien edellyttämä riittävä kielitaito. Kaikilla lääketieteen lisensiaateiksi opiskelevilla pakolliset kieliopinnot kuuluvat tutkintoon (toinen kotimainen kieli 3 op). Siinä muun muassa opitaan käyttämään lääketieteellistä terminologiaa ruotsin tai suomen kielellä. Lääkärit, joiden opintoihin ei ole kuulunut pakollisia kieliopintoja, ovat suorittaneet erillisen kielitutkinnon. Pääsääntöisesti yksikielisissä sairaaloissa kaikilla lääkäreillä on virkamieheltä vaadittava kielitodistus ja ainakin kohtalainen ruotsin kielen suullinen ja kirjallinen taito. Arvion mukaan lääkäreistä 70–80 prosentilla on kielitodistuksen mukaan hyvä ruotsin kielen taito Suomessa saadun koulutuksen pohjalta.

Seinäjoen keskussairaalan tulee toiminnassaan varautua siihen, että ruotsinkielisten potilaiden määrä voi lisääntyä jonkin verran. Sairaalan tulee rekrytoinnilla ja henkilöstön koulutuksella ja työvuorosunnittelulla varmistua siitä, että henkilöstö pystyy palvelemaan kaikkina vuorokauden aikoina myös ruotsinkielisiä potilaita. Myös opasteet, potilaiden neuvontamateriaalit ja potilasasiamiehen palvelut tulee olla saatavilla myös ruotsinkielisinä.

Vaasan sairaanhoitopiirissä on ollut vaikein lääkärivaje koko Suomen alueella. Lääkäriliiton selvityksen mukaan syksyllä 2015 terveyskeskusten lääkärivaje oli Vaasan sairaanhoitopiirissä 18,2 prosenttia lääkärintehtävistä koko maan lääkärivajeen ollessa 4,4 prosenttia. Myös maakunnan alueen erikoissairaanhoidon on ollut vaikea rekrytoida lääkäriä työvoimaa ja merkittävä osa viroista on ollut täyttämättä. Lääkäriä työvoimaa on korvattu ulkomailta saadulla työvoimalla, joiden kieliosaaminen molempien kotimaisten kielten, suomen ja ruotsin, osalta on ollut usein vaillinaista.

Lakiesityksellä ei ole vaikutusta suomen- tai ruotsinkielisen henkilöstön työllistymiseen. Esimerkiksi Vaasan keskussairaалassa työntekijöistä 54 prosentilla oli äidinkielenä suomi, 44 prosentilla ruotsi ja kahdella prosentilla jokin muu. Sairaalan ei ole tarvinnut myöntää erivapautta suomen ja ruotsiin kielen taidosta henkilökunnalleen lukuun ottamatta joitain lääkärivirkoja. Mahdolliset muutokset sairaalan toiminnassa kohdistuisivat tasaisesti molempiin kieliryhmiin, eivätkä tulisi vaikuttamaan sairaalan kielisuhteisiin.

Ehdotuksen vaikutukset ruotsinkielisten palvelujen alueelliseen saatavuuteen

Kaupungit, joissa on lukumääräisesti eniten ruotsinkielistä väestöä, ovat Helsinki, Espoo ja Raasepori. Etelä-Suomen kaksikielisten alueiden osalta ehdotetut säännökset eivät muuta väestön asemaa.

Vaasan sairaanhoitopiirin maantieteellinen alue on kapea ja lähes 300 kilometriä pitkä. Kaksikieliset kunnat ovat sijoittuneet pitkän rannikkoalueen eteläosasta. Piirin eteläosasta matka Satakunnan keskussairaalan on lyhyempi kuin Vaasan keskussairaalaan. Ehdotetut muutokset rajoittaisivat kaksikielisen Pietarsaaren sairaalan leikkaustoimintaa. Sairaala on kuitenkin tehnyt jo pääsääntöisesti kevyempää kirurgiaa. Tällöin sekä suomenkielisellä että ruotsinkielisellä väestöllä on molemmilla mahdollisuus käyttää kirurgisessa hoidossa kaksikielisen Vaasan keskussairaalan tai lähempänä sijaitsevan Keski-Pohjanmaan keskussairaalan palveluita.

Keski-pohjanmaan ja Vaasan keskussairaalan tarjotessa edelleen laajasti palveluita, vaativiin palveluihin hakeutumisen tarve on suhteellisen pieni. Jos Keski-Pohjanmaan tai Vaasan keskussairaala ei tuota kyseistä vaativaa palvelua, suurin osa näistä palveluista edellyttää hoitoa yliopistosairaалassa, jolloin potilas voidaan lähettää hänen toivomaansa yliopistosairaalaan.

Kielellisten oikeuksien toteutumista käytännössä voidaan turvata muun muassa edellyttämällä henkilöstöltä riittävää kielitaitoa sekä laatimalla opasteet ja neuvontamateriaalit molemmilla kansalliskielillä ja tarvittaessa muilla kielillä. Ehdotetut muutokset eivät muuta väestön palvelujen saatavuutta. Esityksen mukaan jatkossakin on mahdollista ylläpitää perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen ympärivuorokautista päivystystä sosiaali- ja terveysministeriön poikkeusluvalla, jos palvelujen saavutettavuus ja päivystyspisteiden väliset etäisyydet niin edellyttävät eikä palveluja voida riittävästi turvata ensihoitopalvelun avulla.

Tietoyhteiskuntapalvelut

Sosiaali- ja terveysministeriö tukema Omahoito ja digitaaliset arvopalvelut (ODA) -hanke tuottaa uudenlaisen toimintamallin sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluihin. Mallista tulee kansalaisille tarjottavien sähköisten hyvinvointipalveluiden runko. Samanaikaisesti ODA-hankkeen kanssa toteutetaan myös muita asiaan liittyviä hankkeita, kuten kansallinen omien hyvinvointitietojen talletusmahdollisuus osaksi Kelan toteuttamaa Omakanta-palvelua. Hankkeet tuotetaan molemmilla kansalliskielillä sekä soveltuvin osin myös muilla Suomessa käytävillä kielillä.

Saamelaisten oikeudet

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisvelvollisuuteen kuuluu, että saamenkielille turvataan yhtä laadukkaat sosiaali- ja terveyspalvelut kuin valtaväestölle. Potilaslaki ja sosiaalihuollon asiakaslaki velvoittavat ottamaan huomioon potilaan ja asiakkaan kulttuuri-

taustan ja kielen hoitoa ja palvelua annettaessa. Terveystalolakiin (1326/2010 § 6) sisältyy lisäksi viittaus oikeudesta käyttää saamen kieltä saamen kielilain mukaisesti saamelaisten kotiseutualueella. Lakeja sovelletaan sekä viranomaisten että yksityisten järjestämään sosiaali- ja terveydenhuoltoon.

Perustuslain 17 §:n 3 momentin mukaisesti saamelaisilla alkuperäiskansana on oikeus ylläpitää ja kehittää omaa kieltään ja kulttuuriaan. Saamelaisten oikeudesta käyttää saamen kieltä viranomaisessa on säädetty Saamen kielilaissa (1086/2003). Lakia sovelletaan Enontekiön, Inarin, Sodankylän ja Utsjoen kuntien toimielimiin sekä sellaisten kuntayhtymien toimieliimiin, joissa joku näistä kunnista on jäsenenä. Laissa saamelaiskäräjistä (974/1995) on säädetty saamelaisten omaa kieltään ja kulttuuriaan koskevasta itsehallinnosta saamelaisten kotiseutualueella. Sosiaali- ja terveydenhuollosta ei ole laissa erillistä mainintaa. Viranomaisilla on lain 9 §:n perusteella velvollisuus neuvotella saamelaiskäräjien kanssa kaikista laajakantoisista ja merkittävistä toimenpiteistä, jotka voivat välittömästi ja erityisellä tavalla vaikuttaa saamelaisten asemaan alkuperäiskansana ja jotka koskevat saamelaisten kotiseutualueita. Laissa mainittu neuvotteluelvoite koskee erityisesti sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämistä.

Nykyisin saamelaisilla on oikeus käyttää saamen kieltä sosiaali- ja terveydenhuollossa kotiseutualueen kunnissa ja Lapin sairaanhoitopiirissä. Kunnilla ei kuitenkaan ole lainsäädäntöön perustuvaa velvollisuutta järjestää saamenkielisiä sosiaali- ja terveyspalveluja. Saamenkielinen tulkkaus täyttää lain vaatimukset. Yleisten valtionosuuksien lisäksi valtion talousarviossa on vuodesta 2002 lähtien myönnetty budjettivuodeksi kerrallaan erillinen valtionavustus saamenkielisten sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuuden turvaamiseksi saamelaisten kotiseutualueella. Valtionavustus kohdentuu kaikilla saamelaiskielillä tuotettavien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kustannuksiin. Valtionavustus saamenkielisiin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin on 480 000 euroa vuonna 2016.

Sukupuolivaikutukset

On olemassa paljon tutkimustietoa siitä, että palvelujen käytössä on eroja sukupuolten välillä. Esimerkiksi mieskysymyksiä tasa-arvopolitiikassa -työryhmän loppuraportin mukaan miehet käyttävät naisia vähemmän terveyspalveluja ja väestötasolla heidän terveytensä on naisia huomattavasti parempi esimerkiksi odotettavissa olevalla eliniällä mitattuna. Toisaalta naiset elävät keskimäärin miehiä pidempään ja enemmistö ikääntyneistä on naisia. Iäkkäiden kohdalla sukupuoliero kasvaa sitä mukaa, mitä iäkkäämmistä henkilöistä on kyse. Sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö lisääntyy iän myötä. Yksinhooltajuus ja ikääntyminen lisäävät naisten köyhyysriskiä. Valtaosa yksinhooltajista on naisia. Kokonaisuutena naiset käyttävät enemmän terveyspalveluja, mutta erikoissairaanhoidon käytössä sukupuolierot ovat suhteellisen pieniä ja pääosin osin selittyvät reproduktioon liittyvillä erikoissairaanhoidon palveluilla (raskauksiin ja synnytykseen liittyvät palvelut) ja naisten pitemmällä elinajan odotteella. Somaattisen erikoissairaanhoidon hoitajaksoista ja päiväkirurgiasta koko maassa 44 prosenttia käyttävät miehet. Näin ollen ehdotetut muutokset kohdistuvat hieman enemmän naisiin kuin miehiin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä valtaosa on naisia. Työikäisistä sairaalaerikoisalojen lääkäreistä 44 prosenttia on miehiä, mutta kirurgian erikoisaloilla miehiä on 63 prosenttia. Tästä näkökulmasta arvioituna uudistuksesta syntyvät henkilöstövaikutukset kohdistuvat jossain määrin enemmän naisiin. Uudistuksen seurauksena ei ole odotettavissa sosiaali- ja terveydenhuollon työttömyyden lisääntymistä, mutta pienellä määrällä erikoislääkäreitä ja erikoistuneita hoitajia koulutusta vastaava työpaikka saattaa siirtyä 12 laajan pätevyyksen sairaalaan.

Vaikutukset lapsiin ja nuoriin

Sosiaali- ja terveydenhuollon päivystyksen tiiviimpi integrointi yhteen vähentää palvelujärjestelmän sirpaleisuutta sekä varmistaa, että lapset ja nuoret saavat tarvitsemansa päivystykselliset palvelut yhtenä kokonaisuutena, joka nopeuttaa tarvittavien palvelujen saantia. Uudistus myös parantaa tarvittavan jatkohoidon suunnittelua kokonaisuutena.

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 palveluprosessien parempaa yhteensovittamista eri toimijoiden kesken.

Vaikutukset aluekehitykseen, työllisyyteen ja työelämään

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastojen mukaan kuntien terveys- 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. Toisaalta työpaikkoja vähenee paikkakunnilta, joissa on aluesairaala. Koska terveydenhuollossa on henkilöstöpula, on sairaaloilla tämän jälkeen helpompi saada koulutettua henkilöstöä. Myös sosiaalipäivystysten osalta keskittäminen todennäköisesti parantaisi osaavan henkilöstön saatavuutta päivystystoimintaan. Tämä taas vahvistaisi palvelun laatua. 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 tietoyhteiskuntaan

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

4.5 Uudistuksen vaikutusten seuranta

Päivystyksen ja erikoissairaanhoidon rakenteiden uudistus on tarkoitus toteuttaa vuosien 2017–2018 aikana. Tänä aikana kaikki uudistuksen vaikutukset eivät välttämättä tule näkyviin. Uudistuksella on kiinteä yhteys sote- ja maakuntauudistukseen, joka toteutuu vuoden 2019 alusta lukien. Sote- ja maakuntauudistus on hyvin laaja ja koskee koko sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Vaikutukset riippuvat olennaisesti siitä, miten maakunnat toteuttavat sosiaali- ja terveydenhuollon. Siksi on olennaista seurata ja tutkia uudistuksen odotettuja ja odottamattomia vaikutuksia maakunnissa ja kansallisesti. Tätä varten rakennetaan kansallinen seuranta-järjestelmä, joka mahdollistaa uudistuksen vaikutusten arvioinnin. Seuranta toteutetaan siten, että se mahdollista samalla eri alueiden välisen vertailun. Päivystyksen ja erikoissairaanhoidon rakenteiden muutoksen vaikutusten seuranta ja arviointi toteutetaan yhdessä sote- ja maakuntauudistuksen vaikutusten seurannan ja arvioinnin kanssa.

Erityisenä selvityskohteenä osana valtioneuvoston yhteistä selvitys- ja tutkimustoimintaa (VNK TEAS) ovat mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palvelupolut ja heidän tavoittamisensa palvelujen piiriin.

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.

Esityksen vaikutuksia on selvitetty kansainvälisestä ja kotimaisesta kirjallisuudesta ja tilastoista. Lisäksi osana valmistelua järjestettiin helmi-maaliskuussa 2016 viisi alueellista kuulemistilaisuutta. Näihin tilaisuuksiin osallistui kaikkiaan yli 170 sosiaali- ja terveydenhuollon toimijaa sairaanhoitopiireistä, kunnista, maakunnista, erikoislääkäriyhdistyksistä sekä potilas- ja asiakasjärjestöistä. 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 terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain uudistuksen tavoitteita ja alustavia pykäläluonnoksia sekä käytiin yhteistä keskustelua päivystysuudistuksen tavoitteista ja huomioitavista asioista tilaisuuteen kutsuttujen pitämien kommenttipuheenvuorojen pohjalta.

Sosiaalipäivystyksen osalta valmistelussa on käytetty hyödyksi kuulemiskierroksen kautta saatua aineistoa. Lisäksi taustatietona on käytetty sosiaali- ja terveysministeriön keväällä 2016 tilaamaa tietopyyntökyselyä alueellisten sosiaalipäivystysten tilanteesta. Samanaikaisesti kerrotettiin myös sairaanhoitopiireissä tehtävän sosiaalityön resursseja ja tilannetta kyselykartoituksen avulla. Sosiaalihuoltolain muutoksen osalta erillisiä kuulemistilaisuuksia on järjestetty esimerkiksi asiakkaille ja terveydenhuollon sosiaaliohjeiden tekijöille sekä ehdotetun laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköiden alueen sairaaloiden johtaville sosiaaliohjeiden tekijöille ja alueen sosiaalipäivystyksen johdolle.

Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö on järjestänyt erilliskuulemisia sosiaali- ja terveydenhuollon päivystystoimintaan liittyville toimijoille.

Sosiaali- ja terveysministeriö antoi toimeksiannon kirurgisen ja operatiivisen toiminnan keskittämisen tukemisesta professori Reijo Haapiaselle ja sairaalajohtaja Petri Virolaiselle. Selvi-

tystyöhön ja erikoissairaanhoidon työnjakoon ja eräiden tehtävien keskittämistä koskevaan asetusvalmisteluun liittyen järjestettiin touko-kesäkuussa 2016 viiden yliopistollisen erityisvastuualueen alueella kuulemiset tavoitteena saada sairaanhoitopiirien ja muiden toimintaorganisaatioiden käsitykset tulevasta työnjaosta ja keskittämisestä. Viiteen järjestettyyn kuulemiseen kirurgian ja operatiivisen toiminnan työnjaosta osallistui yhteensä yli 200 edustajaa erikoissairaanhoidosta. Tilaisuuksissa olivat hyvin edustettuina kaikki sairaanhoitopiirit ja keskussairaalat, mutta eivät systemaattisesti kaikki aluesairaalat.

Näiden kuulemisten lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö on järjestänyt erikoisalakohtaisia kuulemisia kevään ja kesän 2016 aikana, kuten esimerkiksi psykiatrian alojen, lastentautien sekä kuntoutuksen erikoisalan kuulemiset. Operatiivisten ja konservatiivisten erikoisalojen asiantuntijoille järjestettiin elokuussa 2016 kaksi laajaa kuulemistilaisuutta. Näihin tilaisuuksiin osallistui yhteensä noin 90 konservatiivisten ja diagnostisten alojen asiantuntijaa. Syyskuussa 2016 lausuntokierroksen jälkeen järjestettiin kuuleminen sairaanhoitopiirien johtajayli-lääkäreille.

Luonnos hallituksen esitykseksi laiksi terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta sekä siihen liittyvä luonnos valtioneuvoston asetukseksi kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen järjestämisen erikoisalakohtaisista edellytyksistä oli laajalla lausuntokierroksella toukokuusta syyskuuhun 2016. Webropol kyselyllä lausuntoja saatiin 302 kappaletta. Näistä kuntia oli 184 kappaletta, sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymiä tai yhteistoiminta-alueita oli 36, valtion viranomaisia 20, järjestöjä 48 ja muita 14 kappaletta. Lisäksi saatiin erikseen 62 kirjallista vapaamuotoista lausuntoa. Lausuntopalautteessa 81,8 prosenttia lausunnon antaneista piti esitettyjä muutoksia tarpeellisina, 15 prosenttia ei pitänyt ehdotettuja muutoksia tarpeellisina ja 3 prosenttia ei ottanut kantaa.

Ensihoitoa koskevia muutoksia piti kannatettavana 56,9 prosenttia lausunnon antaneista, 31,3 prosenttia ei pitänyt muutoksia kannatettavana ja 11,8 prosenttia ei ottanut kantaa. Erityisesti ensihoitopalvelun suunnittelua suhteessa sosiaali- ja terveydenhuollon kotiin vietäviin palveluihin pidettiin kannatettavana. Koska lausuntopalautteessa korostui kaikkien kotiin vietävien sosiaali- ja terveyspalvelujen saumaton kokonaisuus, on sosiaalihuollon ja ensihoidon ja ensihoitokeskusten välistä yhteistyötä tarkennettu esitykseen.

Erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen ohjeistukseen ja valmiussuunnitteluun liittyvien tehtävien vahvistamista kannatettiin. Ensihoitokeskuksen uudeksi tehtäväksi ehdotettuun palvelutasopäätöksen tavoittamisaikojen laatimiseen tuli sekä positiivista että negatiivista palautetta. Osa lausunnonantajista näki uhkana erityisesti harvaan asuttujen alueiden palvelutason heikentymisen ja samalla kustannusten kasvun. Osa lausunnonantajista näki ensihoitokeskuksen tehtävän palvelutasopäätöksen laatimisessa parantavan palvelun yhdenvertaisuutta ja saatavuutta. Ensihoitopalvelun ja potilassiirtojen määrittelyä toivottiin täsmennettävän. Lausunnonantajat kiinnittivät huomiota ensihoidon säilyttämiseen lähipalveluna.

Erikoissairaanhoidon työnjakoa koskevaa esitystä piti kannatettavana 60,8 prosenttia lausunnon antaneista, 29,4 prosenttia ei kannattanut ehdotusta ja 9,8 prosenttia ei ottanut kantaa. Erikoislääkäriyhdistykset ovat varsin selkeästi tuoneet esille tarpeen koota osaamista isompiin yksikköihin ja suurempiin volyymeihin laadun ja osaamisen parantamiseksi. Samalla pienemmät sairaalat ja pienemmät sairaanhoitopiirit tuovat esille pelon sairaalan toiminnan näivettyemisestä ja henkilöstön saatavuuden heikkenemisestä. Osa lausunnonantajista epäilee suurten yksiköiden kykyä ottaa vastaan muuttuvia potilasvirtoja.

Kiireellistä hoitoa koskevaan säännöstä piti tarkoituksenmukaisena 66,6 prosenttia lausunnon antaneista, 27,7 prosenttia ei kannattanut ehdotusta ja 5,7 prosenttia ei ottanut kantaa. Laajan

ympäri vuorokautisen päivystyksen ylläpitämiseen velvoitettujen sairaanhoitopiirien valintaa kritisoivat erityisesti muut keskussairaalat, kuin ehdotetun laajan päivystysyksikön sairaalat. Näiden mielestä hoidon saavutettavuus heikkenee ja potilaita joudutaan tarpeettomasti siirtämään pidempiä matkoja. Pienten synnytyslaitosten vastaajat katsoivat, että päivystyksen keskittäminen johtaa tyhjäkäyntiin pienissä sairaaloissa, koska päivystyksen laajuutta henkilöstön näkökulmasta ei voida vähentää.

Kirjallisissa lausunnoissa nostettiin lisäksi esiin muun muassa seuraavia asioita. Vastaajat katsoivat, että keskussairaaloiden päiväaikaista toimintaa ei saa vaarantaa. Kaikissa synnytysyksiköissä hoitavissa sairaaloissa tulee olla valmiudet hätäsektioiden ohella muuhunkin päivystysleikkaustoimintaan. Suppean erikoisalavalikoiman päivystyksen sairaaloihin tulee keskittää riittävästi sellaisia suuren ja suurehkon volyymin toimenpiteitä, joiden erikoisalojen päivystystä sairaala ylläpitää. Leikkaussalitoiminnan kannalta tehokasta normalityöaikaa kannattaisi venyttää klo 7—8:sta klo 18—20:een nykyisen klo 15—16:n sijaan, jotta vaativien leikkausten sijoittelu voidaan järjestää tehokkaasti.

Yleisesti todettiin, että sairaaloiden välinen hoitotulosten vertailu, samoin kuin hoidon kustannusten vertailu, tulee vakiinnuttaa säännöllisesti tapahtuvaksi. Kansalliset laaturekisterit on tehtävä pakolliseksi. Sosiaali- ja terveysministeriöllä tulisi olla mahdollisuus myöntää poikkeuslupa yksittäisistä keskittämistoimenpiteistä. Lisäksi katsottiin, että muutokset tulevat merkittävään henkilöstölle työpaikkojen ja mahdollisesti myös työtehtävien tai ainakin työnkuvien muutosta. Käytännössä moni tulee työskentelemään useammassa paikassa.

Oikeusministeriö, Vaasan sairaanhoitopiiri, Svenska Finlands Folkting ja Yhdenvertaisuusvaltuutettu, Österbottens förbund - Pohjanmaan liitto sekä useat kunnat ja kaupungit kiinnittivät huomiota kielellisten vaikutusten arviointiin ja palvelujen turvaamiseen asiakkaan kielellä.

Säännöstä terveydenhuollossa tehtävästä sosiaalihuollon tarpeen arvioinnista piti tarkoituksenmukaisena 82 prosenttia lausunnon antaneista, 6 prosenttia ei kannattanut ehdotusta ja 10 prosenttia ei ottanut kantaa.

Sosiaalipäivystystä koskevaa säännöstä piti tarkoituksenmukaisena 75 prosenttia lausunnon antaneista, 12 prosenttia ei kannattanut ehdotusta ja 11 prosenttia ei ottanut kantaa.

Säännöstä sosiaalipalvelujen järjestämisestä muiden palvelujen yhteydessä piti tarkoituksenmukaisena 77 prosenttia lausunnon antaneista, 9 prosenttia ei kannattanut ehdotusta ja 12 prosenttia ei ottanut kantaa.

Hallituksen esitysluonnos on ollut lainsäädännön arviointineuvoston käsiteltävänä. Arviointineuvosto kiinnitti lausunnossaan huomiota siihen, että vaikutukset kansalaisten terveyteen ja hyvinvointiin jäivät vaikutusarvioinnissa vähälle huomiolle. Lisäksi vaikutusarviointien perusteita ja niiden taustalla olevia laskelmia tulisi kuvata tarkemmin. Toteuttamisvaihtoehdot luovassa vaihtoehtoisten ratkaisuvaihtoehtojen vertailu on jäänyt vähäiseksi.

Hallituksen esitysluonnoksesta on käyty kuntalain (410/2015) 11 §:n mukainen valtion ja kuntien välinen neuvottelu ja kuntatalouden ja -hallinnon neuvottelukunta on käsitellyt esityksen.

Lausuntopalautteen johdosta esityksen vaikutusten arviointia, erityisesti taloudellisten, terveys- ja hyvinvointivaikutusten, kielellisten ja sukupuolivaikutusten sekä lapsiin ja nuoriin kohdistuvien vaikutusten osalta, on täsmennetty. Esityksen toteuttamisvaihtoehdot -lukua on täsmennetty. Lisäksi ensihoitopalvelun ja potilassiirtojen määrittelyä on täsmennetty ja säännöksiä terveydenhuollon ja sosiaalipäivystyksen välisestä yhteistyöstä on selkiytetty.

6 Riippuvuus muista esityksistä

Esitys liittyy valtion vuoden 2017 talousarvioesitykseen ja on tarkoitettu käsiteltäväksi sen yhteydessä.

YKSITYISKOHTAISET PERUSTELUT

1 Lakiehdotusten perustelut

1.1 Terveydenhuoltolaki

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 asetus, 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 kotona annettavien päivystyksellisten lähipalveluiden kanssa muodostavat alueellisesti toiminnallisen kokonaisuuden. Säännökseen on lisätty uutena asiana kotona annettavien palveluiden huomioiminen kokonaisuuden suunnittelussa. Erilaisten kotona annettavien 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 tavoittamisajoista erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen valmistelun mukaisesti ja muut alueen ensihoitopalvelun järjestämisen kannalta tarpeelliset seikat.

Palvelutasopäätöksen valmistelua muutettaisiin siten, että erityisvastuualueen ensihoitokeskus valmistelisi tavoitteet väestön ja potilaiden tavoittamisajoista 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 kuvattua ensihoitopalvelun sisältöä on täsmennetty. Kohdan mukaan ensihoitopalveluun sisältyy äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan hoidon tarpeen arviointi, kiireellinen hoito ensisijaisesti tervey-

denhuollon hoitolaitoksen ulkopuolella, lukuun ottamatta meripelastuslaissa tarkoitettuja tehtäviä, ja tarvittaessa potilaan kuljettaminen lääketieteellisesti arvioiden tarkoituksen mukaisimpaan 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 aivan 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.

Lisäksi kohdassa on täsmennetty ensihoitopalvelun sisältöä suhteessa ensihoitopalveluun kuulumattomiin potilassiirtoihin. Ensihoitopalvelun ja siihen kuulumattomien potilassiirtojen välinen tulkinta on ollut käytännön työssä epäselvää ja sairaanhoitopiirien tulkintakäytännöissä on ollut alueellista vaihtelua. Ensihoitopalveluun kuuluvat potilaan äkillisen sairastumisen tai vammautumisen jatkohoitoon liittyvät siirrot, silloin kun potilas tarvitsee siirron aikana vaativaa ja jatkuvaa hoitoa tai seurantaa lääketieteellisin perustein arvioituna. Ensihoitopalveluun kuuluvat potilassiirrot käsitellään hätäkeskustietojärjestelmässä ja välitetään hätäkeskuksen kautta, kuten muutkin ensihoitotehtävät. Muutoksella ei muuteta tai laajenneta ensihoitopalvelun sisältöä. Kunnan tai kuntayhtymän toimintayksikön potilaiden siirtokuljetuksista silloin kun ei ole tarvetta ensihoitopalvelulle, säädetään terveydenhuoltolain 73 §:ssä.

41 §. Asetuksenantovaltuus. Ensihoitopalvelua koskevaa asetuksenantovaltuutusta täsmennetään siten, että asetuksenantovaltuutukseen lisättäisiin ensihoidon johtamisjärjestelmästä ja ensihoitopalvelun yksiköistä säätäminen asetuksella. Jo nykyinen asetus sisältää säännöksiä ensihoitopalvelun johtamisjärjestelmästä ja yksiköistä 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 keskittää vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan.

Lisäksi toiminnan valtakunnallisen kokonaisuuden suunnittelua ja yhteen sovittamista koskevia tehtäviä voidaan antaa yhdelle tai joissakin tapauksissa useammalle valtakunnalliselle toi-

mijalle. Valtioneuvoston asetuksella voitaisiin säätää mitkä palvelut yhden tai useamman annettaisiin valtakunnallisen toimijan hoidettavaksi. 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 keskittää 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 Coxa tai sellaista sairaalaa, jolla on yliopistotasaisen sairaalan osaaminen ja alaan liittyvä tutkimustoiminta, kuten tiettyjen toimintojen osalta Kuopion yliopistosairaanhoitopiiriin erityisvastuualueeseen kuuluvalla 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 yksiköiden lisäksi 50 §:n 4 momentissa tarkoitettuja sairaaloita, joissa on yhteispäivystyksyksikkö ja paikallisen tarpeen mukaisesti määritelty tarpeen mukainen osaaminen erikoisaloilta väestön tavanomaisten kiireellisten terveysongelmien hoitoon. *Yhteispäivystyksellä* tarkoitetaan sellaista päivystyksyksikköä, jossa on saatavilla sekä perusterveydenhuollon että muiden erikoisalojen lääkärien palveluja kaikkina vuorokauden aikoina ympäri vuoden ja joissa on saatavilla riittävät tutkimus- ja hoitomahdollisuudet.

Leikkaustoiminnalla tarkoitettaisiin sellaisia toimenpiteitä, joissa vaaditaan anestesiologian erityisosaamista käytettyjen anestesiamenetelmien 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 verityhjötä 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 hoitajaksoin hoidettavissa oleva lyhytkirurgiaa (päiväkirurgiaa).

Pykälän 5 momentissa säädetään menettelytavoista, joilla päätetään sairaaloiden työnjaosta ja hoidon keskittämisestä. Yliopistolliset sairaanhoitopiirit sopivat yhdessä valtakunnallisesti keskitettävää erikoissairaanhoitoa 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 tehok-

kuuden takaamiseksi tarkoitettuja edellytyksiä, valtioneuvosto voi määrätä sopimuksen sisällystä.

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 saataavuuteen 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. Ensihoitopalveluun kuuluvia siirtoja ovat siirrot, joissa potilas tarvitsee kuljetuksen aikana hoitoa tai lääketieteellisin perustein arvioituna jatkuvaa seurantaa. Nämä siirrot toteutetaan ambulanssilla.

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 kansalliset korkean varautumisen 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 valmi-

ussuunnittelua eri erityisvastuualueilla ja lisätä eri viranomaisten välistä yhteistyötä valmiussuunnittelussa ja yhteen sovittaa eri viranomaisten varautumis- ja valmiussuunnittelua.

Ensihoitokeskusten yhteistyöstä sosiaalipäivystyksen kanssa säädetään sosiaalihuoltolakiin liittävässä uudessa 29 a §:ssä. 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 erikoisalojen lääkäreiden palveluja. Myös suun terveydenhuollon päivystyksen järjestäminen osana yhteispäivystyksiä parantaa näiden palvelujen saatavuutta yhteistyönä. Yhteispäivystyksen erikoislääkäripalvelut voivat muodostua esimerkiksi sisätautien ja kirurgian erikoisalojen 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 erikoisaloja olisivat esimerkiksi akuuttilääketiede, anesthesiologia 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 yliopistosairaalaa, 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 vastaanotto toimintaa voidaan toteuttaa osana perusterveydenhuollon tavanomaista vastaanotto toimintaa tai erikoissairaanhoidon poliklinikkatoiminnan tai yhteispäivystyksen yhteydessä, sen mukaan kuin on väestön palvelutarpeen näkökulmasta tarkoituksenmukaista. Kiireellistä vastaanottoa järjestävässä yksikössä tulee olla riittävät edellytykset taudinmäärittelyyn.

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 poliklinikkatoiminnassa poliklinikan aukioloaikana. Kiireellistä vastaanottoa järjestävässä yksikössä tulee olla riittävät edellytykset taudinmäärittelyyn ja ohjeistus siitä, mihin potilas on tarvittaessa lähetettävä taudinmäärittelyä 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. Pie-nimmät näistä yksiköistä tulevat silti tarvitsemaan yliopistollisen keskussairaalan tukea ja sopimusperusteista yhteistyötä muiden ympärivuorokautisesti päivystävien sairaaloiden kanssa.

Sairaanhoitopiirit, joissa on yliopistollinen sairaala, voivat väestön palvelutarpeesta niin joh-tuessa perustaa enemmän kuin yhden ympärivuorokautisesti päivystävän yhteispäivystysyksi-kön sairaaloidensa yhteyteen. Yliopistollisissa sairaanhoitopiireissä väestön määrä on suuri ja niissä on runsaasti henkilöstöä ja osaamista saatavilla. Niissä on usein myös vahvoja keskus-sairaalan ulkopuolisia monialaisia sairaaloita, joissa on laajaa lääketieteellistä toimintaa. Yli-opistolliset sairaanhoitopiirit ovat usein myös pinta-alaltaan suuria ja etäisyydet merkittäviä. Tämän vuoksi on tarkoituksenmukaista, että näissä sairaanhoitopiireillä on oman harkintansa mukaan mahdollisuus ylläpitää useita yhteispäivystyksestä vastaavia yksilöitä.

Laajan päivystysvastuun toimipisteverkko on suunniteltava valtakunnallisena kokonaisuutena. Mikään yksittäinen kriteeri (yliopistollisia sairaaloita lukuun ottamatta) ei määrää yksittäisen sairaalan statusta. Kokonaisarvioinnissa on käytetty seuraavia toiminnallisia 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-), lasten taudit, 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 täyttyä.

2. *Väestöpohja.* Edellä kuvattu ympärivuorokautinen, laadukas ja kustannustehokas toiminta edellyttää maassamme kokemusperäisesti 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. *Erytisvastuualueen (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 sairaanhoitopiirien ja myös erityisvastuualueen rajan yli, jos se on palvelutarpeen, henkilöstön saatavuuden ja kielellisten oikeuksien toteutumisen 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 yliopistosairaloista. 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 erityisosajaan 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 yliopistosairaalaa (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 Jyväskylässä 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 Porissa on toiseksi suurin (223 983 asukasta) ei-yliopistollinen sairaala. Sairaala on kehittänyt laajasti yhteispäivystystoimintaa käsittäen myös sosiaalipäivystyksen. Keskussairaalaista etäisyydet Turun ja Tampereen yliopistosairaaloihin ovat suhteellisen lyhyet.

Päijät-Hämeen keskussairaala Lahdessa (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 maantiekulkyhteyksien päässä. Ympärivuorokautinen päivystystoiminta on keskitetty koko maakunnan alueelta uuteen keskussairaalan yhteydessä toimivaan päivystysyksikköön. Alueella on terveyskeskuksissa ilta- ja viikonlopun päiväaikaisia kiirevastaanottoja, jolla on turvattu lähipalveluita. Vaikka keskuskaupungin väkiluku kasvaa, niin maakunnan väkiluku pienenee. Sairaalassa on laaja erikoisalojen päivystys. Kardiologian oma akuutti-toiminta 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 Joensuussa (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 Lappeenrannassa (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 keskussairaallalla olisi tuettuna edellytykset.

Lapin keskussairaala Rovaniemellä (118 145 asukasta) palvelee maantieteellisesti harvaan asutuinta aluetta Suomessa. Väestön määrä on pieni ylläpitämään laajan palvelun sairaalaa. Sairaallalla 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 määrittämiseen 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 vastaanottoa lähipalveluna arkipäivisin päiväaikaan ja tarpeen mukaan iltaisin sekä viikonloppuna päiväaikaan tukee suun terveydenhuollon päivystysjärjestelyjä yhteispäivystysyksiköissä. Terveyskeskuksissa järjestettävän kiireellisen vastaanotto toiminnan 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, yöaika 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. Sen lisäksi, mitä 3 momentissa laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköistä säädetään, sairaanhoitopiiriin erityisvastuualueella tulee aina olla oikeus järjestämissopimuk-

sen nojalla sopia, että sen alueella toimivan sairaanhoitopiirin keskussairaalan yhteydessä toimivalle yhteispäivystyksen yksikölle voidaan muodostaa sen laajuinen ja toiminnallisesti monipuolinen päivystyksen yksikkö, jota palvelujen saavutettavuus, päivystyspisteiden väliset etäisyydet ja sairaanhoitopiirin väestön kielellisten oikeuksien toteuttaminen edellyttävät.

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.

Terveydenhuoltolain mukaan erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien on järjestettävä yhteistyössä alueensa erikoissairaanhoito. Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien on yhteistyössä huolehdittava samaan erityisvastuualueeseen kuuluvien kuntien ja sairaanhoitopiirien tarvitsemasta ohjauksesta ja neuvonnasta erikoissairaanhoidon antamisessa, terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksessa sekä tieteellisen tutkimuksen ja kehittämisen järjestämisessä. Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien on yhteistyössä suunniteltava ja sovitettava yhteen alueensa erikoissairaanhoidon palvelujen tuotanto. Erikoissairaanhoidon yhteen sovittamiseksi erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien kuntayhtymien on tehtävä erikoissairaanhoidon järjestämissopimus. Sopimuksen toteutumista on arvioitava vuosittain yhteistyössä alueen kuntien ja sairaanhoitopiirien kesken sekä tehtävä siihen tarvittaessa muutokset. Erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa on sovittava erityisvastuualueeseen kuuluvien sairaanhoitopiirien kuntayhtymien työnjaosta ja toiminnan yhteensovittamisesta sekä uusien menetelmien käyttöönoton periaatteista. Työnjaon on edistettävä terveydenhuollon laatua, potilasturvallisuutta, vaikuttavuutta, tuottavuutta ja tehokkuutta. Työnjaossa on lisäksi varmistettava, että järjestämissopimuksen mukaan hoitoa antavassa toimintayksikössä on riittävät taloudelliset ja henkilöstövoimavarat sekä osaaminen.

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 ja tarvittaessa tätäkin laajempi päivystyskokonaisuus. Tulevaisuudessa näissä yksiköissä tulisi olla tarjolla myös mahdollisuus sosiaalipäivystyksen palveluihin. Tarkoitus on, että näiden sairaaloiden palveluiden laajuudesta sovittaisiin erityisvastuualueen puitteissa ottaen huomioon muutkin päivystysasetuksen asettamat erikoisalakohtaisen päivystyksen edellytykset, kuten väestön keskittymät ja etäisyydet sekä kielelliset tarpeet. Päivystäville yksiköille on turvattava riittävät taloudelliset ja henkilöstövoimavarat sekä osaaminen. Eri erityisvastuualueeseen kuuluvat sairaanhoitopiirin kuntayhtymät voivat tehdä erikoissairaanhoidon yhteistoiminnasta sopimuksen, jos se on tarpeen suomen-, ruotsin- tai saamenkielisen potilaan kielellisten oikeuksien turvaamiseksi tai terveydenhuollon palvelujen työnjaon toteuttamiseksi. Esimerkiksi suun terveydenhuollon päivystyksen järjestäminen väestön tarpeista lähteväksi voi edellyttää erityisvastuualueita ylittävän palvelun järjestämistä joillain alueilla, kuten länsirannikolla.

Kanta-Hämeen keskussairaala Hämeenlinnassa (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 asiointisuunniltaan hajanainen, mikä voi pidemmällä aikavälillä vähentää sairaalan palveluiden kysyntää.

Kymenlaakson keskussairaala Kotkassa (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. Alueen väestö on suhteellisen nuorta ja syntyvyys korkea. Maakuntien välisessä vertailussa Pohjanmaa kasvaa vuoteen 2040 mennessä viidenneksi nopeimmin. Ennusteen mukaan kasvu keskittyy Vaasan seudulle ja vuosien 2014—2040 kasvun ennakoidaan olevan selvästi nopeampaa kuin esimerkiksi Seinäjoella. Väestö on hyvin tervettä ja odotettu elinikä pitkä. Kuitenkin terveydenhuollon, erityisesti erikoissairaanhoidon, menot ovat korkeat koko maahan verrattuna. Keskussairaala on kauimpana yliopistosairaalaista kuin mikään muu Suomen keskussairaaloista. Sairaalassa päivystetään ympärivuorokautisesti noin 11 erikoisalaa ja on ylläpidetty invasiivista kardiologiaa 24/7 mallilla samoin kuin vaativaa leikkaustoimintaa, tehohoitoa ja synnytyksiä. Esityksessä ehdotettu terveydenhuoltolain muutos mahdollistaisi nyt esitetystä muodosta sen, että Vaasan keskussairaala voisi jatkossakin ylläpitää haluamassaan muodossa erikoissairaanhoidon päivystyksen sopimalla siitä erityisvastuualueensa sisällä kuten tähänkin asti. Maantieteellisesti Vaasan keskussairaala sijaitsee kuitenkin rannikolla, jolloin saavutettavuus ei ole paras mahdollinen etenkin, kun alue on pitkä ja kapea. Lisäksi maakunnan tulevaisuuden kehitykseen vaikuttaa se, että esityksessä ehdotetut muutokset lopettaisivat leikkaustoiminnan Pietarsaaren sairaalasta. Kun synnytystoiminta loppui vuonna 2014 Pietarsaaren sairaalassa, noin 95 prosenttia alueen synnyttäjistä suuntasi Keski-Pohjanmaan keskussairaalaan Kokkolaan ja vain noin 5 prosenttia Vaasaan. Sairaanhoitopiirin pohjoisosasta matka Kokkolan keskussairaalaan on huomattavasti lyhyempi kuin Vaasaan. Toisaalta sairaanhoitopiirin eteläosasta on lyhempi matka Satakunnan keskussairaalaan kuin Vaasaan.

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. Synnyttämäärä oli vuonna 2015 yhteensä 887.

Keski-Pohjanmaan (Kokkola) keskussairaalan (78 395 asukasta) oman sairaanhoitopiirin väestön määrä on suhteellisen pieni. Sairaala tarjoaa palveluita huomattavasti omaa vastuualetaan laajemmalle alueelle. Ulkopuolisten kuntien erikoissairaanhoidon ostot ovat huomattavat. Synnytysten määrä oli yli 1500 vuonna 2015, jolla sairaala on noin kymmenen suurimman synnytysairaalan joukossa Suomessa. Jos synnytysairaaloiden määrä edelleen vähenee, niin Keski-Pohjanmaan synnytysten määrä lähestyy noin 2000 synnytystä. 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 arvioi-

maan 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 sairaaloiden 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 rakenneuudistus. Synnytysten loppuessa puolet synnyttäjistä siirtyi Mikkeliin, 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 edessä on erityisvastuualueella ratkaistava, onko tarkoituksenmukaista ylläpitää jonkun muun erikoisalalan ympärivuorokautista päivystystä tässä sairaalassa.

Pykälän 5 momentin mukaan sosiaali- ja terveysministeriö voi myöntää kunnalle tai sairaanhoitopiirille luvan ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen päivystyksen järjestämiseen, jos palvelujen saavutettavuus ja päivystyspisteiden väliset etäisyydet sitä edellyttävät 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 alue sairaalassa tai terveyskeskuksessa. Usein väestön tarvitsemia kiireellisiä palveluja pystytään hoitamaan ensihoitopalvelun kautta, mutta joillain alueilla tarvitaan kuitenkin tässä tarkoitettuja ympärivuorokautisia päivystysyksiköitä. Alueilla on paras asiantuntemus väestön tarpeista, minkä vuoksi on tarpeen säätää mahdollisuudesta hakea lupaa ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen päivystyksen järjestämiselle. Sosiaali- ja terveysministeriön lupa on tarpeen, jotta voidaan varmistaa toimivan päivystysverkon syntyminen ja palvelujen yhdenvertainen saatavuus. Nykyisessä sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä on säädetty vastaavasti sosiaali- ja terveysministeriön luvasta perusterveydenhuollon päivystyksen järjestämiseen, mutta asiasta on tarpeen säätää laissa ottaen huomioon perustuslain 80 § 1 momentti ja 121 §.

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 päivääkainena 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.

Päivystyksen järjestämisen erikoisalakohtaisista edellytyksistä säädetään tarkemmin valtioneuvoston asetuksella. Sosiaali- ja terveysministeriö voi myöntää luvan poiketa valtioneuvoston asetuksella säädetystä synnytystoiminnan määrää koskevasta edellytyksestä, jos se on tarpeen palvelun saavutettavuuden tai potilasturvallisuuden vuoksi. Säännös vastaisi sisällöltään nykyisen kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen 14 §:n säännöstä, mutta ministeriön toimivallasta poikkeuslupan myöntämiseen on säädetty laissa, minkä johdosta säännös on siirretty lain tasolle. Kiireellisen hoidon perusteista ja kiireellisen vastaanotto toiminnan, laajan ympärivuorokautisen päivystysyksikön, ympärivuorokautisesti päivystävän yhteispäivystysyksikön sekä ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen päivystysyksikön tehtävistä ja laatuvaatimuksista, poikkeuslupien myöntämisen tarkemmista edellytyksistä sekä päivystysyksiköiden alueellisesta yhteistyöstä voidaan säätää tarkemmin valtioneuvoston asetuksella.

50 a §. Terveidenhuollon ja sosiaalipäivystyksen yhteistyö. Pykälässä säädettäisiin terveydenhuollon ja sosiaalipäivystyksen yhteistyöstä kiireellisissä tilanteissa. Pykälän 1 ja 2 momentit vastaisivat asiasisällöltään sosiaalihuoltolain 35 §:ssä säädettyjä terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevia velvoitteita. Sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon ammattihenkilöillä on toimimisvelvollisuus, jos he tehtävässään havaitsevat, että henkilöllä on ilmeinen sosiaalihuollon tarve. Terveidenhuollon ammattihenkilö tekee arvion mahdollisesta sosiaalipalvelujen tarpeesta oman osaamisensa pohjalta. Toimimisvelvollisten henkilöiden tulee kuitenkin tietää, mitä palveluja sosiaalihuollon kautta on mahdollista saada. Tuen tarpeet, joihin sosiaalipalveluja on järjestettävä, on lueteltu sosiaalihuoltolain 11 §:ssä. 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.

Kiireellisessä tilanteessa yhteydenotto tehdään sosiaalipäivystykseen. Pykälän 3 momentissa säädettäisiin sosiaalipäivystyksen järjestämisestä terveydenhuollon laajan ympärivuorokautisen päivystyksen ja ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystyksen yhteydessä. Säännös ei edellyttäisi koko sosiaalipäivystystoiminnan siirtämistä tiettyyn yksikköön, mutta päivystyksen tulisi kokonaisuutena vastata alueen sosiaalipäivystyksen tarpeeseen. Säännös ei myöskään koskisi terveysasemien yhteydessä järjestettyä päivystystä. Kun sosiaalipäivystystä järjestetään yhteisessä yksikössä, tieto kulkee saman yksikön sisällä. Jos sosiaalipäivystys toimii erillään terveydenhuollon päivystyksestä, yhteydenotto tehdään terveydenhuollon päivystyksestä sosiaalihuollon päivystykseen. Myös kiireettömän terveydenhuollon yhteydessä saatetaan havaita kiireellinen sosiaalihuollon tarve. Toimimisvelvollisuudesta kiireettömän terveydenhuollon yhteydessä säädettäisiin terveydenhuoltolain 53 a §:ssä.

Pykälän 4 momentissa viitattaisiin sosiaalipäivystyksen toiminnan sisältöön, joka on kuvattu sosiaalihuoltolain 29 §:ssä. Sosiaalihuoltolain 29 §:n mukaan sosiaalipäivystys on järjestettävä ympärivuorokautisesti kiireellisen ja välttämättömän avun turvaamiseksi. Terveidenhuoltolain 50 §:n mukaan psykososiaalinen tuki on osa kiireellistä hoitoa. Momentissa todettaisiin, että kiireellisissä tilanteissa sosiaalipäivystys on se taho, joka tarvittaessa osallistuu psykososiaalisen tuen toteuttamiseen, jos sosiaalihuollon antama tuki on tilanteessa tarpeen. Kunnilla olisi edelleen mahdollisuus organisoida psykososiaalisen tuen antamista eri tavoin, mutta säännös selkeyttäisi sosiaalihuollon roolia kiireellisissä tilanteissa.

Pykälän 5 momentin mukaan jatkohoidon turvaamiseksi osana sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistä päivystystä toteutetaan mielenterveys- ja päihdetyön päivystystä. Monilla mielenterveys- ja päihdeasiakkailta kyky hakeutua palveluihin on heikentynyt. He ovat alttiita jäämään palvelujen ulkopuolelle, jos palveluihin pääsy edellyttää aktiivisuutta ja omatoimisuutta. Päivystyksen tehtävänä on omalta osaltaan huolehtia siitä, että hoidon ja avun tarve arvioidaan ja huolehditaan siitä, että henkilö saa tarvitsemansa jatkohoidon ja tuen niissäkin tilanteissa, joissa henkilön avun tarve ei ole syntynyt äkillisesti, eikä henkilöllä ole välitöntä erikoissairaanhoidon tarvetta. Hoidon tarpeen arvioinnin lisäksi päivystyksessä arvioidaan sosiaalipalvelujen tarve ja mahdollinen sosiaali- ja terveystoimen yhteistyönä toteutetun tuen tarve jatkohoidon turvaamiseksi. Kyseessä ei ole uusi tehtävä vaan kyse on terveydenhuoltolaissa (27 ja 28 §), sosiaalihuoltolaissa, päihdehuoltolaissa ja mielenterveyslaissa säädettyjen tehtävien selkeämmästä toimeenpanosta. Päivystyksellisellä työllä edistetään mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden yhdenvertaista palveluihin pääsyä. Mielenterveys- ja päihdepalveluihin hakeudutaan tyypillisesti viivästyneesti. Mahdollisimman matala kynnys palveluihin hakeutumisessa vähentää viivettä. Hoidon ja palvelujen tarjoaminen ennen ongelmien pitkittymistä ja vaikeutumista vähentää niistä koituvia kustannuksia esimerkiksi päivystyksellisesti alkavien sairaalahoitojen vähenemisen kautta. Lisäksi kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen järjestämisen erikoisalakohtaisista edellytyksistä annetun asetuksen mukaisesti on järjestettävä psykiatrian erikoisalajien päivystystä.

Säännöksellä halutaan korostaa jo nykyisin voimassa olevaa, sosiaalihuoltolain 35 §:ään perustuvaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuutta ohjata potilas sosiaalihuollon palvelujen piiriin sekä kunnallisen sosiaalihuollon 36 §:n mukaista velvollisuutta arvioida kiireellisen avun tarve välittömästi ja asiakkaan oikeutta saada välttämättömän huolenpidon turvaavat palvelut. Potilaan vakavan sairastumisen estämiseksi voi olla välttämätöntä turvata jatkohoidon saaminen ja onnistuminen sosiaali- ja terveystoimen yhteistyön avulla. Koska haavoittuvassa asemassa olevat potilaat ja asiakkaat eivät välttämättä pysty hakeutumaan palveluihin vain tiettyä väylää pitkin, hoitoon hakeutumisen kynnys tulisi olla mahdollisimman matala. Kaikissa sosiaali- tai terveydenhuollon päivystysyksiköissä tai yhteisissä yksiköissä tulisi toimia samojen periaatteiden mukaisesti.

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.

Mahdollinen sosiaalihuollon tarve olisi 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. Vastaavat säännökset ehdotetaan otettavaksi myös terveydenhuollon ja sosiaalipäivystyksen yhteistyötä koskevaan 50 a §:ään ja niihin viitattaisiin myös ehdotetussa kiireettömä hoitoa koskevassa pykälässä. Henkilön oikeudesta saada sosiaalihuollon ammattihenkilön tekemä 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 lisäisi sosiaali- ja terveydenhuollon välistä yhteistyötä kiireettömissä tilanteissa ja vähentäisi siten 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. Sosiaalihuollon ammattihenkilö tekee palvelutarpeen arvion ja terveydenhuoltolain 32 §:n 2 momentin mukaisesti terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen osallistumaan palvelutarpeen arvioinnin tekemiseen, jos arvioinnin tekemisestä vastaava sosiaalihuollon työntekijä sitä pyytää.

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. Jotta laista kävisi selkeästi ilmi, ettei sosiaalipäivystysveloitteen toteuttamista voida hoitaa ainoastaan lastensuojelun päivystyksen kautta, ehdotetaan lakiin lisääväksi, että velvoite sosiaalipäivystyksen järjestämisestä koskee kaiken ikäisiä. 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 sosiaalityöntekijä. Myös mahdollisen kiireellisen sijoituksen tekemiseen liittyvä arviointi on osa päätöksentekoprosessia, mikä tarkoittaa, että sosiaalipäivystystoimintaa ei voi järjestää ilman virkasuhteista sosiaalityöntekijän resurssia.

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 säädetty 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 täyttyisi. 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 kaikkina vuorokauden aikoina. 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 sosiaalipäivystyksen puutteellisista tai alimitoitetuista resursseista tosiasiaassa 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 vastauksen 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 aktiiviyössä 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 tilannearviosta ja siihen perustuvan 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 pääosin sisällöltään voimassa olevaa 29 §:n 2 momenttia, jossa säädetään yhteistyöstä sosiaalipäivystystä toteuttaessa. Poliisin ja hätäkeskuksen lisäksi yhteistyötä tehdään terveydenhuollon ja muun sosiaalitoimen kanssa. Ensihoitopalvelun keskeisen merkityksen vuoksi ehdotetaan, että myös ensihoitopalvelu mainittaisiin pykälässä yhteistyötahona. Ensiapupoliklinikoiden, ensihoidon ja pelastusviranomaisien 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 yhteistyökumppani etenkin onnettomuustilanteissa. Myös seurakunnissa ja erilaisilla vapaaehtoisjärjestöillä on valmiutta kohdata häädssä olevia ihmisiä.

29 a §. Sosiaalipäivystyksen ja terveydenhuollon yhteistyö. Pykälän 1 momentissa ehdotetaan säädettäväksi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön toteuttamisesta päivystystä järjestettäessä. Pykälässä ei edellyttäisi 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 asiakkailla on tosiasiallinen mahdollisuus

saada tarvittaessa kiireellistä ja välttämätöntä apua. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää siihen, että ohjaus, neuvonta ja palvelutarpeen arviointi toteutuisivat riittävästi jo virka-aikaan, jotta ilta- ja yöaikainen päivystys ei turhaan kuormittuisi.

Uudistus voitaisiin siis toteuttaa siirtämällä alueen osa tai koko sosiaalipäivystystoiminta sairaalan yhteyteen. Integraatiota olisi 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. 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. Lausuntopalautteessa osa vastaajista katsoi, että sosiaalipäivystyksen tulisi toimia ympärivuorokautisesti samoissa tiloissa terveydenhuollon päivystyksen kanssa, osa toivoi tältä osin mahdollisimman väljää sääntelyä. Uudistuksen toteuttamisen voidaan katsoa edellyttävän, että päivystystyötä toteutetaan yhdessä samoissa tiloissa vähintään virka-aikana ja että muina aikoina on varmistettu saumaton yhteistyö terveydenhuollon päivystyksen kanssa. Hyviä kokemuksia on myös ympärivuorokautisen sosiaalipäivystyksen toteuttamisesta terveydenhuollon päivystyksen yhteydessä eli yhteisen päivystysyksikön toteuttamisesta.

Pykälän 1 momentin mukaisesti järjestämisestä vastaavat ne kunnat, joiden alueella tässä momentissa tarkoitettut terveydenhuollon yksiköt sijaitsevat. Päivystyksen järjestämisessä noudatettaisiin kuntalain (410/2015) kuntien tehtäviä, järjestämisvastuuta sekä palveluiden tuottamista koskevia säännöksiä, eli kunnat voisivat terveydenhuollon yksiköissä järjestettävän päivystyksen osalta sopia keskenään tarkoituksenmukaisista järjestelyistä.

Ehdotuksen mukaan pykälän 2 momentissa säädettäisiin psykososiaalisen työn toteuttamisesta. Säännös selkeyttäisi jo olemassa olevaa velvoitetta psykososiaalisen tuen järjestämiseen ja varmistaisi osaltaan, että psykososiaalisen tuen ja palvelujen saaminen käynnistyy tarvittaessa välittömästi yhteistyössä terveydenhuollon kanssa.

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. Keskittämisestä säädettäisiin edelleen terveydenhuoltolain 38 §:ssä.

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. Terveydenhuollon ja sosiaalitoimen tiivis yhteistoiminta on välttämätöntä tuen ja palvelujen asianmukaisessa toteuttamisessa. 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. Sosiaalipäivystyksyksiköissä psykososiaalinen ja terapeutin orientaatio voivat olla osa tehostettua moniammatillista työtä välittömän kriisin jälkeen.

Pykälän 3 momentin mukaan osana sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistä päivystystä toteutetaan mielenterveys- ja päihdetyön päivystystä. Monilla mielenterveys- ja päihdeasiakkailta kyky hakeutua palveluihin on heikentynyt. He ovat alttiita putoamaan palvelujen ulkopuolelle, jos palveluihin pääsy edellyttää aktiivisuutta ja omatoimisuutta. Päivystyksen tehtävänä on omalta osaltaan huolehtia siitä, että hoidon ja avun tarve arvioidaan ja huolehditaan siitä, että henkilö saa tarvitsemansa jatkohoidon ja tuen niissäkin tilanteissa, joissa henkilön avun tarve ei ole syntynyt äkillisesti, eikä henkilöllä ole välitöntä erikoissairaanhoidon tarvetta. Hoidon tarpeen arvioinnin lisäksi päivystyksessä arvioidaan sosiaalipalvelujen tarve ja mahdollinen sosiaali- ja terveystoimen yhteistyönä toteutetun tuen tarve jatkohoidon turvaamiseksi. Sosiaalipäivystys arvioi välittömän tuen tarpeen ja huolehtii siitä, että tieto mahdollisesta jatkotuen tarpeesta menee henkilön omatyöntekijälle. Päivystyksellisellä työllä edistetään mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden yhdenvertaista palveluihin pääsyä. Mielenterveys- ja päihdepalveluihin hakeudutaan tyypillisesti viivästyneesti. Mahdollisimman matala kynnys palveluihin hakeutumisessa vähentää viivettä. Hoidon ja palvelujen tarjoaminen ennen ongelmien pitkittymistä ja vaikeutumista vähentää niistä koituvia kustannuksia esimerkiksi päivystyksellisesti alkavien sairaalahoitojen vähenemisen kautta. Säännös tulisi sovellettavaksi 1 momentissa säädetyissä yhteispäivystyksen yksiköissä, joissa avuntarve tulee usein ilmi hakeuduttaessa terveydenhuollon palveluihin, mutta säännös velvoittaisi toimimaan myös muissa sosiaalipäivystyksen ja terveydenhuollon päivystyksen yksiköissä. Matalan kynnyksen palvelun toteutumiseksi on ensiarvoisen tärkeää, että avuntarpeeseen vastataan riippumatta siitä, mihin palvelupisteeseen henkilö hakeutuu.

Kyseessä ei ole kunnille uusi tehtävä. Jo voimassa oleva sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö velvoittaa kuntia järjestämään mielenterveys- ja päihdeasiakkaille heidän tarvitsemansa palvelut. Säätämällä palvelun toteuttamisesta osana päivystystä voidaan kuitenkin edistää sosiaali- ja terveydenhuollon entistä parempaa yhteistyötä ja ehkäistä haavoittuvassa asemassa olevien asiakkaiden putoaminen palvelujen piiristä.

Ensihoitokeskuksen ja alueen sosiaalipäivystyksen yhteistyössä toteuttamista tehtävistä säädettäisiin pykälän 4 momentissa. Ensihoitopalvelu ja sosiaalipäivystys muodostavat tärkeän osan sosiaali- ja terveydenhuollon päivystyspalveluverkosta ja turvallisuusviranomais toimintaa. Ensihoitokeskuksissa on tulevaisuudessa käytössä korkean varautumisen uudet kansalliset tietojärjestelmät, hätäkeskustietojärjestelmä ja kenttäjärjestelmä. Yhdessä viranomaisverkon kanssa ne muodostavat turvallisuusviranomaisten sisäisen ja keskinäisen viestintäjärjestelmän. Nämä järjestelmät kuuluvat muiden turvallisuustoimijoiden tapaan myös sosiaalipäivystysten käyttöön. Kiireelliset tehtävät hälytetään hätäkeskustietojärjestelmällä, kenttätoiminnassa tietojen siirtoon ja viestintään käytetään tulevaa kansallista kenttäjärjestelmää ja viranomaisradioverkkoa. Yhtenäiset ohjeet varmistavat, että erityisvastuualueilla sijaitsevien sosiaalipäivystysten on mahdollista osallistua yhteiseen poikkihallinnolliseen johtamisjärjestelmään ja sosiaali- ja terveydenhuollon tilannekuvan muodostamiseen ja välittämiseen. Hätäkeskus välittää tehtävät sosiaalipäivystyksille valtakunnallisen riskinarviointiohjeen perusteella. Hätäkeskuslaitoksen alueellisissa asiantuntijaryhmissä on yhteen sovitettu ohjeita. Ehdotuksen mukaan sosiaalitoimen paikallisten ja alueellisten hälytysohjeiden yhteensovittaminen olisi jatkossa alueen sosiaalipäivystyksen tehtävä yhteistyössä erityisvastuualueen ensihoitokes-

kuksen kanssa. Tällä on tarkoitus turvata kansalaisten mahdollisuus saada yhdenmukaiset palvelut ja mahdollisimman yhdenmukaiset toimintamallit.

Valmiuslain 12 §:n varautumisvelvoitteen mukaisesti ehdotetaan, että 4 momenttiin sisällytettäisiin maininta varautumisesta ja valmiudesta. Vastaavansisältöinen säännös sisältyisi ensihoitokeskusta koskevaan terveydenhuoltolain 46 §:n 1 momenttiin.

Pykälän 5 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. Lausuntopalautteen perusteella lakiin on perusteltua ottaa asetuksenantovaltuus, mutta ennen asetuksen antamista on tarkoituksenmukaista seurata palvelujen muotoutumista kentällä. Laki jättäisi kunnille paljon valinnanvaraa palvelujen toteuttamisen suhteen, mutta samalla tulee riittävästi huolehtia siitä, että kansalaisten yhdenvertaisuus palvelujen saamisessa toteutuu.

33 a §. *Sosiaalipalvelujen kokoaminen alueellisesti muiden palvelujen yhteyteen.* Pykälässä ehdotettaisiin säädettäväksi terveydenhuoltolain 45 §:ä vastaavasti niistä edellytyksistä, joilla sosiaalipalveluja voitaisiin koota alueellisesti muiden palvelujen yhteyteen. Pykälän tarkoituksena on tukea palvelujen rakenteiden uudistamista tuleva sote- ja maakuntauudistus huomioon ottaen tutkimustietoon ja hyvin suunniteltuihin integroituihin toimintamalleihin perustuvien uusien työskentelytapojen luomiseksi. Säännös ohjaisi kehittämään integroituja toimintoja, jotka nykyistä paremmin vastaisivat asiakkaiden erityistarpeisiin. Kuntien mahdollisuutta toimia rajaisi viime kädessä asiakkaan etu, joka voimassa olevien sosiaalihuoltolain säännösten mukaisesti velvoittaa kuntia ottamaan asiakkaiden edun huomioon eri toimintatapoja ja ratkaisuja valittaessa.

Yhteen kokoamisella pykälässä tarkoitetaan sekä fyysistä että hallinnollista palvelujen yhteen liittämistä. Hallinnollisin toimin voidaan parantaa tiedonkulkua ja johtamista sekä jakaa osaamista ja erityisasiantuntemusta alueellisesti yhdenvertaisesti. Keskitetyn palvelun kautta voidaan peruspalveluja tukea ja ohjata tarvittaessa esimerkiksi liikkuvaa työtä tekevän erityis-työntekijän avulla. Fyysisellä palvelujen yhteen kokoamisella turvataan tietyissä tilanteissa laadukas palvelu tilanteissa, joissa palvelun järjestämiseen vaaditaan fyysisesti yhtenäinen tila ja asiantuntemus samassa paikassa.

Pykälän 1 momentin mukaan palveluja voitaisiin koota alueellisesti tai valtakunnallisesti muiden palvelujen yhteyteen, jos se olisi tarpeen asiakkaille tarjottavien palvelujen laadun ja vaikuttavuuden sekä asiakasturvallisuuden varmistamiseksi. Edellä mainittujen seikkojen varmistamisessa keskeistä on riittävän taidon ja osaamisen ylläpito sekä toimiminen osana valtakunnallista ohjausta. Jos palvelu on luonteeltaan vaativaa tai sitä tarvitaan harvoin, riittävän taidon ja osaamisen saavuttaminen ja ylläpitäminen edellyttää riittävää toistuvuutta ja laaja-alaista erityisosaamista. Yhteistyötä joudutaan pykälässä tarkoitetuissa palveluissa tekemään erityisesti terveydenhuollon mutta myös muiden sektorien sekä kuntoutusjärjestelmien kanssa. Näissä tilanteissa keskittäminen on perusteltua, kun taas palvelut, jotka eivät edellytä harvinaista ja harvoin tarvittavaa erityisosaamista tai joita käytetään kunnassa määrällisesti paljon tai usein, eivät ole pykälän tarkoittamassa mielessä sellaisia, joita lähtökohtaisesti tulisi koota yhteen. Pykälässä tarkoitettujen palvelujen yhteen kokoaminen pitää voida perustella siten, että voidaan varmistaa palvelujen toteutuminen asiakkaan tarpeen mukaisesti. Suuren väestöryhmän usein tarvitsemat palvelut on saatava lähipalveluina. Samoin lähipalveluina olisi tar-

jottava niitä palveluja, joiden käyttäjäryhmät ovat pieniä, mutta joissa erityisosaamisen turvaaminen ei edellytä palvelujen kokoamista yhteen alueellisesti. Säännös ei oikeuttaisi rajamaan henkilön oikeutta valita asuinpaikkansa tilanteissa, joissa elinikäinen tai pitkäaikainen tuki olisi järjestettävissä lähipalveluna. Koottaessa palveluja yhteen tulee ottaa huomioon erot alueen sisällä. Lisäksi on otettava huomioon palvelujen järjestämiseen liittyvät muussa lainsäädännössä säädetyt kielelliset edellytykset. Sosiaalihuoltolain 4 ja 5 §:ssä säädetään, mihin seikkoihin tulee kiinnittää huomiota silloin kun arvioidaan, mikä palvelu tai tapa toimia parhaiten vastaisi asiakkaan etua. Yksittäisen asiakkaan etu tulee ottaa huomioon jo päätettäessä palvelujen järjestämisestä. Rakenteellisilla ratkaisuilla ei saa käytännössä estää toimimista asiakkaan edun mukaisesti. Ehdotettavalla säännöksellä ei ole tarkoitus muuttaa 4 ja 5 §:ssä säädettyjä tulkintaperiaatteita. Asiakkaan edun mukaista on toisaalta myös saada mahdollisimman asiantunteva ja korkeatasoinen apu ja ehdotetun sääntelyn tarkoituksena on varmistaa tämän tavoitteen toteutuminen entistä paremmin.

Pykälän 2 momentissa säädettäisiin niistä palveluista, joita voidaan koota yhteen. Momentissa luetellut palvelut ovat sellaisia, joiden erityisesti katsotaan täyttävän 1 momentissa säädetyt yhteen kokoamiselle asetetut edellytykset. Palvelujen toteuttamisessa tarvitaan sosiaalialan osaamisen lisäksi myös muiden hallinnonalojen osaamista.

Pykälän 2 momentin mukaan valtakunnallisesti ja alueellisesti yhteen koottavia palveluja voisivat olla vaativat ja harvoin tarvittavat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Erityisryhmien asumispalveluja tarjoavia toimijoita on nykyisin vähän. Erityisen haastava yhdistelmä asumispalvelujen järjestämisen suhteen ovat psykiatriset kaksoisdiagnoosiasiakkaat, esimerkiksi henkilöt, joilla on skitsofenia ja huumeidenkäyttöä tai fyysinen vammautuminen, johon liittyy päihdeongelma tai mielenterveyspalvelujen tarve.

Keskittämisen avulla voitaisiin mielenterveys- ja päihdepalveluista koordinoita sellaisia palveluja, joihin niiden harvinaisuuden tai vaikeusasteen vuoksi tarvitaan vaativan tason erityisosaamista tai jotka ovat erityisen kalliita. Vammaisten henkilöiden palveluja voi olla tarpeen koota alueellisesti yhteen tilanteissa, joissa palveluja tarvitsevia henkilöitä on vähän ja palveluja tarvitaan tämän vuoksi harvoin mutta palveluihin liittyy kuitenkin erityisiä ja vaativia sekä monialaisia osaamisen vaatimuksia. Palvelut voivat täyttää edellä mainitun vaativuuden edellytyksen myös silloin, kun niihin liittyy palvelujen ja niissä tarvittavan osaamisen näkökulmasta merkittäviä kehittämisen haasteita ja esimerkiksi uuden teknologian soveltamisen ja käyttöönoton kysymyksiä. Esimerkkeinä yhteen koottavista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuuksista voidaan mainita kehitysvammapsykiatria ja lasten vaikeat kehityshäiriöt, vaikea autismi ja eräät muut neuropsykiatrian alaan kuuluvat kysymykset, joiden yhteydessä tuotettavat sosiaalipalvelut vaativat erityistä osaamista, Myös vaativaa ja monialaista hoitoa ja palveluja tarvitsevien vammaisten ja pitkäaikaissairaiden lasten ja nuorten sekä heidän perheidensä tukemiseen keskittyvät palvelut edellyttävät usean alan erityisosaamista ja ovat lukumääräisesti harvoin esiintyviä. Näidenkin palveluiden kohdalla on pyrittävä siihen, että arjen toimintoihin liittyvät palvelut toteutetaan erityisyydestään huolimatta osana asiakkaan arkea, lähentyen tai ollen osa peruspalveluita. Esimerkkinä keskitettävistä palveluista ovat myös hengityslaitetta ja toisen henkilön apua jatkuvaluonteisesti tarvitsevien henkilöiden palvelukokonaisuudet. Näiden asiakkaiden kohdalla on syytä järjestää ennakoivat, kuntouttavat ja ylläpitävät palvelut sekä hoito keskitetysti, mutta niin, että varsinainen arjen tuki ja toteutus tapahtuu henkilöiden omissa kodeissa. Keskitetyn palvelun avulla voidaan tukea ja ohjata peruspalveluja tarvittaessa.

Vaativia ja harvoin tarvittavia lastensuojelupalveluja keskittämällä voidaan varmistaa monialainen arviointi ja tuki niille lapsille, nuorille ja perheille, jotka tarvitsevat kaikkein vaativinta erityisosaamista ja erikoistumista edellyttäviä palveluita. Keskittämällä palveluita voidaan

varmistaa, että palvelut vastaavat alueen lasten, nuorten ja perheiden tarpeisiin valtakunnallisesti yhtenäisillä kriteereillä. Keskitettävä lastensuojelupalvelu voi olla muun muassa yksikkö, johon on koottu lastensuojelupalvelujen lisäksi lasten- ja nuorisopsykiatrian sekä kehitysvammapsykiatrian osaamista. Myös maahanmuuttajataustaisten lasten sijaishuollon palvelut voivat edellyttää pykälässä tarkoitettua vaativaa erityisosaamista ja eri toimijoiden työskentelyn yhteensovittamista.

Yhteen koottavia palveluja voisivat olla vastaavat edellytykset täyttävät väkivalta- ja seksuaalirikosten uhrien palvelut kuten epäilyt koskien lapsiin kohdistuvaa pahoinpitelyä, lapsiin kohdistuneiden pahoinpitelyjen selvittäminen sekä lapsen ja koko perheen tukeminen tällaisten tilanteiden yhteydessä.

Listaa ei ole tarkoitettu tyhjentäväksi ja momentissa säädettäisiin mahdollisuudesta koota yhteen myös muita edellytykset täyttäviä palveluja. Ennen päätöksen tekemistä palvelujen koostamisesta yhteen, tulee huomioida ja arvioida erityisesti se, miten palvelun mahdollinen etäännyminen niin kutsutusta arkiympäristöstä vaikuttaisi palvelun laatuun ja vaikuttavuuteen asiakkaan näkökulmasta eli olisiko palvelun keskittäminen asiakkaan edun mukaista. Säännös ei toisaalta estäisi palvelujen keskittämistä tilanteessa, jossa asiakkaille samalla turvattaisiin riittävät peruspalvelut tai mahdollisuus saada usein tarvittavia erityispalveluja esimerkiksi riittävän konsultaation avulla silloin kun palvelua ei ole tarkoituksenmukaista toteuttaa fyysisesti kokonaan keskitetyssä yksikössä.

Palvelujen ja osaamisen keskittäminen perustuisi kuntien ja kuntayhtymien yhteistyöhön. Menettelyssä noudatettaisiin kuntalain (410/2015) kuntien tehtäviä, järjestämisvastuuta sekä palveluiden tuottamista koskevia säännöksiä. Pykälän 3 momentin mukaan valtioneuvoston asetuksella voitaisiin säätää valtakunnallisesti ja alueellisesti keskitettäviin palveluihin sisältyvistä toimenpiteistä sekä niiden määrästä ja edellytyksistä. Toiminnan yhteen sovittamista varten asetuksella voitaisiin nimetä valtakunnalliset toimijat.

Pykälän 4 momentti olisi luonteeltaan informatiivinen.

2 Tarkemmat säännökset ja määräykset

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

Terveystieteidenhuoltolain 41 §:n mukaan sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella annettaisiin tarkempia säännöksiä ensihoitopalvelun tehtävistä, ensihoidon palvelutasopäätöksen määrittelyn perusteista ja rakenteesta, ensihoitopalvelun johtamisjärjestelmästä, ensihoitopalvelun yksiköistä, ensihoitopalveluun osallistuvan henkilöstön tehtävien määrittelyn perusteista ja koulutusvaatimuksista, ensihoitopalvelun perus- ja hoitotason määrittelmästä sekä ensivastetoinnista. Asetuksenantovaltuutusta olisi tarpeen täsmentää nykyisestä lisäämällä siihen maininta ensihoitopalvelun johtamisjärjestelmästä ja ensihoitopalvelun yksiköistä säätämisestä asetuksella, jotta se vastaisi paremmin asetuksen sisältöä. Terveystieteidenhuoltolain 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.

Terveystieteidenhuoltolain 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 uusaa kokonaisuudessaan.

Terveydenhuoltolain 50 §:n mukaan päivystyksen järjestämisen erikoisalakohtaisista edellytyksistä säädetään tarkemmin valtioneuvoston asetuksella. Sosiaali- ja terveysministeriö voi myöntää luvan poiketa valtioneuvoston asetuksella säädetystä synnytystoiminnan edellytyksistä, jos se on tarpeen palvelun saavutettavuuden tai potilasturvallisuuden vuoksi. Lisäksi terveydenhuoltolain 50 §:n 5 momentissa säädetään kunnan tai sairaanhoitopiirin mahdollisuudesta järjestää ympärivuorokautista perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen päivystystä, edellyttäen, että sosiaali- ja terveysministeriö myöntää hakemuksesta päivystyksen järjestämiseen luvan. Edellytyksenä tällaisen päivystysyksikön perustamiselle on se, että palvelujen saavutettavuus ja päivystyspisteiden väliset etäisyydet sitä edellyttävät eikä väestön tarvitsemia palveluja voida riittävästi turvata ensihoitopalvelun avulla. Ottaen huomioon perustuslain 80 § 1 momentti ja 121 §, on ministeriön toimivallasta poikkeusluvan myöntämiseen säädettävä laissa.

Kiireellisen hoidon perusteista ja kiireellisen vastaanotto toiminnan, laajan ympärivuorokautisen päivystysyksikön, ympärivuorokautisesti päivystävän yhteispäivystysyksikön sekä ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen päivystysyksikön tehtävistä sekä päivystysyksiköiden alueellisesta yhteistyöstä voidaan säätää tarkemmin valtioneuvoston asetuksella.

Nykyinen kiireellistä hoitoa ja päivystystoimintaa koskeva terveydenhuoltolain 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 tämentää joiltakin osin nykyiseen verrattuna.

Sosiaalihuoltolain 29 a §:n mukaan sosiaalipäivystysyksiköiden tehtävistä, sosiaalipäivystyksen järjestämisen tavoista, yhteistyöstä muiden toimijoiden kesken sekä päivystysyksiköiden alueellisesta yhteistyöstä voidaan säätää tarkemmin valtioneuvoston asetuksella. Asetuksella voitaisiin säätää tarkemmin esimerkiksi siitä, miten sosiaalipäivystystä tulisi järjestää terveydenhuollon yksiköiden yhteydessä. Kyseessä olisi uusi asetuksenantovaltuus. Lisäksi sosiaalihuoltolain 33 a §:n mukaan valtioneuvoston asetuksella säädettäisiin tarvittaessa valtakunnallisesti ja alueellisesti keskitettäviin palveluihin sisältyvistä toimenpiteistä sekä niiden määristä ja edellytyksistä. Toiminnan yhteen sovittamista varten asetuksella voitaisiin nimetä valtakunnalliset toimijat.

3 Voimaantulo

Terveydenhuoltolain muutokset ehdotetaan tulemaan voimaan 1 päivänä tammikuuta 2017. Näiden säännösten nojalla on tarkoitus antaa tarkempia säännöksiä asetuksilla. Hallitusohjelmassa edellytetään erikoissairanhoidon säästöjen toteutumista jo vuoden 2017 aikana, joten kuvattujen esityksessä kuvattujen säästövaikutusten saavuttaminen edellyttää, että sairaalaverkon uudistaminen käynnistetään jo vuoden 2017 aikana. Muutokset sairaalaverkkoon ovat kuitenkin merkittäviä, minkä vuoksi tarvitaan siirtymäaika vuoden 2018 alkuun.

Suurin osa nykyisistä keskussairaaloista, joille on säädetty velvoite ylläpitää laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikköä täyttää jo nykyisin laissa edellytetyt vaatimukset. Muutamissa laajan päivystyksen yksiköissä velvoitteiden täyttäminen edellyttää resurssien vahvistamista, mikä voidaan toteuttaa sopimusperusteisella yhteistyöllä esimerkiksi etälääketieteen keinoin.

Muiden kuin laajaa ympärivuorokautista päivystystä ylläpitävien keskussairaaloiden päivystyspalvelujen sisällöstä ei ole säädetty yksityiskohtaisesti. Ne voivat päättää itsenäisesti väestön tarvitsemasta päivystyksestä ja sen laajuudesta. Muiden kuin yliopistollisten sairaanhoitopiirien keskussairaalan ulkopuolella toimivat yhteispäivystykset joutuisivat hakemaan lupaa toimia perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen ympärivuorokautisesti päivystävinä päivystyspisteinä tai lakkauttamaan ympärivuorokautisen yhteispäivystyksen. Näitä olisivat esimerkiksi Pietarsaaren ja Forssan sairaalat sekä Pohjois-Kymen sairaala Kouvolassa. Suurella osalla pienistä, keskussairaalan ulkopuolisista sairaaloista on jo poikkeuslupa perusterveydenhuollon ympärivuorokautiseen päivystykseen.

Leikkaustoiminnan ja ympärivuorokautisen päivystystoiminnan lakkauttaminen edellyttää siirtymäaika. Sen vuoksi toiminnan tulisi olla järjestetty ehdotettujen säännösten mukaisesti viimeistään 1 päivänä tammikuuta 2018 mennessä.

Ennen lain voimaantuloa vireille tulleeseen synnytystoimintaa tai perusterveydenhuollon päivystystä koskevaan poikkeuslupahakemukseen sovellettaisiin lain voimaan tullessa voimassa olleita säännöksiä. Ennen tämän lain voimaantuloa voimassa olleiden säännösten nojalla annetut perusterveydenhuollon päivystystä ja synnytystoimintaa koskevat poikkeuslupapäätökset olisivat voimassa päätöksessä mainitun voimassaoloajan loppuun. Kaikki tähän mennessä myönnetty poikkeuslupapäätökset on myönnetty määräaikaisina.

Erikoissairaanhoidon työnjakoa koskevat säännösten toimeenpano käytäntöön edellyttää siirtymäaika. Terveys- ja hyvinvointilain 45 §:ssä on säädetty valtakunnallisen ja alueellisen keskittämisen rakenteista. Tarkemmat säännökset siitä, mitä tehtäviä ja hoitoja keskitetään, on tarkoitus antaa valtioneuvoston asetuksella.

Uudistus edellyttää merkittäviä rakenteellisia ja toiminnallisia muutoksia sairaaloissa ja sosiaalipäivystyksissä sekä uutta ohjeistusta väestölle sekä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon toimijoille, joten säännösten toimeenpanoon tarvitaan noin vuoden siirtymäaika. Sen vuoksi terveydenhuoltolain 45 ja 50 §:iä ja sosiaalipäivystyksen järjestämistä terveydenhuollon yhteispäivystyksen yhteydessä koskevaa 50 a §:n 3 momenttia alettaisiin soveltaa uudessa muodossaan viimeistään vuoden 2018 alusta. Siihen asti kunnes 45 ja 50 §:iä aletaan soveltaa uudessa muodossaan, niitä sovelletaan tämän lain voimaan tullessa voimassa olleessa muodossaan.

Sosiaalihuoltolakiin ehdotettujen muutosten ehdotetaan tulevan voimaan 1 päivänä tammikuuta 2017. Sosiaalipäivystyksen ja terveydenhuollon yhteistyötä koskevaa 29 a §:n 1 momenttia on sovellettava viimeistään 1 päivästä tammikuuta 2018 lukien.

4 Suhde perustuslakiin ja säätämisjärjestys

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 ihmisoikeustoimielinten 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 kieltö (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 terveyspalvelujen turvaamisvelvollisuus on täytettävä. Sosiaali- ja terveyspalvelujen osalta asiakkaiden ja potilaiden yhdenvertaisuus tulee arvioitavaksi niin riittävien palvelujen turvaamisen, palvelujen alueellisten erojen kuin palvelujen käyttäjiltä perittävien maksujen kannalta. Perustuslakivaliokunta ei ole esimerkiksi pitänyt pelkkää maantieteellistä kriteeriä hyväksyttävänä erotte-luperusteena 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 terveyspalveluja. Perustuslain 19 §:n 3 momentissa on julkiselle vallalle säädetty velvoite turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistää väestön terveyttä. Perustuslain 19 §:n 3 momenttia täydentävät sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädännön, kuten sosiaalihuoltolain (1301/2014), vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista 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 palvelut. Palvelujen riittävyyttä arvioitaessa lähtökohtana pidetään sellaista palvelujen tasoa, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä. Riittävät palvelut 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 terveyspalvelut pystytään toteuttamaan koko maassa. Sosiaalihuollon palvelujen laatua ja riittävyyttä 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 asukkailleen 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 edellyt-

tämä rahoitus ja voimavarat toteutetaan nyt pääosin valtion kunnille myöntämällä valtionosuuksilla ja kuntien verotusoikeudella.

Perustuslain 17 §:n mukaan suomi ja ruotsi ovat maamme kansalliskieliä. Perustuslain 17 §:n 1 momentin mukaan jokaisen oikeus käyttää tuomioistuimessa ja muussa viranomaisessa asiassa omaa kieltään, joko suomea tai ruotsia, sekä saada toimituskirjansa tällä kielellä turvataan lailla. 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. Tärkein kansalliskielten käyttöä koskeva laki on kielilaki mutta kielellisistä oikeuksista säädetään myös sektorilaissa, terveydenhuoltolaissa, potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa sekä sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa.

Perustuslain 17 §:n 3 momentin mukaan saamelaisilla alkuperäiskansana sekä romaneilla ja muilla ryhmillä on oikeus ylläpitää ja kehittää omaa kieltään ja kulttuuriaan. Saamelaisten oikeudesta käyttää saamen kieltä viranomaisessa säädetään lailla. Viittomakieltä käyttävien sekä vammaisuuden vuoksi tulkitsemis- ja käännösapua tarvitsevien oikeudet turvataan lailla. Saamen kielilain tarkoituksena on osaltaan turvata saamelaisten oikeus ylläpitää ja kehittää omaa kieltään ja kulttuuriaan. Saamen kielilain mukaan saamelaisilla on saamen kotiseutualueella oikeus käyttää viranomaisessa asioidessaan valintansa mukaan suomen tai saamen kieltä.

Ehdotetut säännökset eivät muuta kielellisiä oikeuksia koskevaa sääntelyä. 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 aluejaotuksiin, joissa turvataan suomen- ja ruotsinkielisen väestön mahdollisuudet saada palveluja omalla kielellään samanlaisten perusteiden mukaan. Perustuslakiesityksestä antamassaan mietinnössä perustuslakivaliokunta totesi perustuslain 122 §:ää arvioidessaan, että kielelliset olosuhteet voivat merkitä myös sellaisia erityisiä syitä, joiden vuoksi sinänsä yhteensopivista aluejaotuksista voidaan poiketa (PeVM 10/1998 vp, s.35). Perustuslakivaliokunta on aluehallinnon uudistamista koskevaa lainsäädäntöä arvioidessaan katsonut, että jos hallinnollisesti toimiva aluejako on mahdollista määritellä useilla vaihtoehdoilla, perusoikeuksien turvaamisvelvollisuus edellyttää, että niistä valitaan vaihtoehto, joka parhaiten toteuttaa kielelliset perusoikeudet (PeVL 21/2009 vp, s. 3/II). Lisäksi valiokunta on pitänyt lähtökohtaisesti ongelmallisena, jos kielivähemmistö jää vähäiseksi. Kielivähemmistön palveluyksikön perustamisen valiokunta ei katsonut käytännössä turvaavan kielivähemmistöön kuuluvien tosiasiallisia mahdollisuuksia saada palveluja enemmistön kanssa samojen perusteiden mukaan.

Esityksessä ehdotetaan että 12 sairaanhoitopiirille säädetään velvollisuus järjestää laajan ympärivuorokautisen päivystyksen palvelut. Myös laajan ympärivuorokautisen päivystyksen sairaalaverkon muodostamisessa on otettava huomioon kielelliset oikeudet. Kahdentoista laajan päivystyksen sairaalaverkon kokonaisarviointiin on vaikuttanut myös sairaaloissa käytettävissä oleva osaaminen ja voimavarat, väestöpohja, sairaalaverkon valtakunnallinen kattavuus ja päivystyssairaaloiden sijoittaminen siten, että otetaan huomioon väestön luontaiset kulku-

suunnat. Näillä perusteilla on arvioitu toimivan aluejaotuksen muodostumista ja syntyvien laajan päivystyksen yksiköiden kykyä tuottaa riittävät, laadukkaat ja saavutettavat palvelut yhdenvertaisesti ja kielelliset oikeudet huomioiden. Asiakas- ja potilasturvallisuuteen vaikuttaa edellä mainittujen lisäksi myös mahdollisuus saada palvelut omalla kielellään. Esityksen mukaan muissa keskussairaaloissa, kuin niissä, joille on lailla säädetty velvoite laajan ympärivuorokautisen päivystyksen ylläpitämiseen, on mahdollista ylläpitää ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystystä, jossa on eri erikoisalojen lääkäripäivystystä sen mukaan kuin sairaanhoitopiiri harkitsee tarpeelliseksi.

Tällä hetkellä vain Vaasan sairaanhoitopiirin alue on enemmistökieleltään (51 prosenttia) ruotsinkielinen. Keskeistä on tarkastella, turvataanko uudistuksella riittävästi ruotsinkielisiä palveluja eli onko olemassa vaihtoehtoja, joissa oikeus sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen saatavuuteen ja sitä koskevaan päätöksentekoon toteutuisivat lähes yhtäläisellä tavalla mutta kielelliset oikeudet toteutuisivat paremmin. Perustuslain 122 §:n tarkoituksena ei kuitenkaan ole ensisijaisesti varmistaa yksikielisten yksiköiden tai enemmistöltään ruotsinkielisen alueen muodostaminen, vaan ennen kaikkea turvata palvelut niin suomen kuin ruotsinkin kielellä. Perustuslaista ei siten suoraan voida johtaa tulkintaa, jossa kieliperusteella tulisi toteuttaa tietty aluejaotus kielellisistä syistä. Asiaa on arvioitava edellä mainitun perustuslakivaliokunnan tulkinnan mukaisesti erityisesti siitä näkökulmasta, muodostuisiko Vaasan alueen kieliperusteisesta laajan ympärivuorokautisen päivystyksen alueesta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kannalta toimiva kokonaisuus. Palvelurakenteen uudistuksen tavoitteena on kuitenkin vähentää tehotonta päällekkäisyyttä ja kilpavarustelua. Perustuslakivaliokunnan kielellisiä oikeuksia koskevan tulkintakäytännön perusteella on keskeistä, miten kaikissa tilanteissa voidaan turvata ruotsinkielisten yhdenvertaiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut.

Terveydenhuoltolain 6 §:ssä säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja järjestettäessä käytettävistä kielistä. Säännöksen lähtökohtana ovat perustuslain ja kielilain (423/2003) säännökset kansalliskielistä, suomen ja ruotsin kielestä, henkilöiden oikeudesta käyttää niitä, sekä hallinnon kielestä. Käsite kansalliskieli on ymmärrettävä suomen ja ruotsin kielten yhdenvertaisuussäännökseksi. Säännös vahvistaa virallisen kaksikielisyyden Suomessa (HE 309/1993, 65). Terveydenhuoltolain 6 §:ssä säädetään myös pohjoismaiden kansalaisten, saamelaisten ja vammaisten henkilöiden kielellisistä oikeuksista. Terveydenhuoltolakiin sisältyy lisäksi viittaus oikeudesta käyttää saamen kieltä saamen kielilain mukaisesti saamelaisten kotiseutualueella. Perustuslain 17 §:n 3 momentti asettaa lainsäädännöllisen toimeksiannon ja se mahdollistaa säännöksessä mainittujen ryhmien ns. positiivisen erityiskohtelun.

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (1992/785) sekä sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000/812) annetussa laissa olevat säännökset täsmentävät velvollisuutta järjestää sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluja. Edellä mainituissa laeissa on myös säännös asiakkaan ja potilaan oikeudesta käyttää suomen tai ruotsin kieltä. Myös asiakkaan ja potilaan äidinkieli ja kulttuuritausta on otettava huomioon sosiaali- ja terveydenhuoltoa toteutettaessa. Viittomakieltä käyttävien sekä vammaisuuden vuoksi tulkitsemis- ja käännösapua tarvitsevien oikeudet on turvattu lailla.

Kielellisten oikeuksien toteutumista on turvattu käytännössä sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädännöllä. Kielellisten oikeuksien toteutumista voidaan turvata käytännössä hallinnon sisäisillä ja toiminnan johtamisen ratkaisuilla, joihin ehdotettu uudistus mahdollistaa jatkossakin useita alueellisesti sovittavia jousto- ja yhteistyömekanismia. Terveydenhuoltolain 44 §:ssä on erillinen säännös, jolla turvataan kielellisten oikeuksien toteutumista käytännössä. Säännöksen mukaan eri erityisvastuualueeseen kuuluvat sairaanhoitopiirin kuntayhtymät voivat tehdä erikoissairaanhoidon yhteistoiminnasta sopimuksen, jos se on tarpeen suomen-, ruotsin- tai saamenkielisen potilaan kielellisten oikeuksien turvaamiseksi tai terveydenhuollon

HE 224/2016 vp

palvelujen työnjaon toteuttamiseksi. Lisäksi potilaalla on terveydenhuoltolain mukaan mahdollisuus valita kiireettömässä hoidossa muu kuin kotikuntansa mukainen sairaala ja kiireellistä hoitoa tulee aina antaa potilaan kotikunnasta riippumatta. Muita hallinnon sisäisiä ratkaisuja, joilla turvataan kielellisten oikeuksien toteutumista, ovat esimerkiksi vähemmistökielen lautakunnat.

Hallituksen arvion mukaan nykyiseen hallituksen esitykseen esitetyt säännökset turvaavat perustuslaissa turvatut kielelliset oikeudet.

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 päätöksentekojärjestelmän 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 määrätymisen 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 sairaanhoitopiirin 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.

Kansanterveyslaissa, erikoissairaanhoitolaissa ja terveydenhuoltolaissa säädetään kunnan velvollisuudesta järjestää terveystalvija. Terveydenhuoltolain 50 §:ssä säädetään kunnan ja sairaanhoitopiirin velvollisuudesta järjestää kiireellistä hoitoa. Ehdotetussa terveydenhuoltolain 50 §:n muutoksessa säädetään osalle sairaanhoitopiireistä velvoite ylläpitää laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikköä ja toisaalta rajataan muiden terveydenhuollon toimintayksiköiden mahdollisuuksia ylläpitää päivystysyksiköitä. Esitetty terveydenhuoltolain 50 § sisältää säännöksiä sosiaali- ja terveysministeriön toimivallasta myöntää hakemuksesta poikkeuslupia ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen päivystyksen järjestämiseen tai synnytystoimintaan laissa säädetyin edellytyksin. Tämäkin säädös rajaa kunnan mahdollisuutta ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen päivystysyksilön ylläpitämiseen, minkä vuoksi poikkeuslupaa koskevat säännökset on tarpeen siirtää asetuksesta lakiin.

Perustuslain 80 §:n 1 momentin mukaan tasavallan presidentti, valtioneuvosto ja ministeriö voivat antaa asetuksia perustuslaissa tai muussa laissa säädetyin 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 erikoisalakohtaisista edellytyksistä (50 §). Sosiaalihuoltolaissa mahdollistettaisiin valtioneuvoston asetuksella säädettäväksi tarkemmin sosiaalipäivystysyksiköiden tehtävistä ja sosiaalipäivystyksen järjestämisen tavoista ja yhteistyöstä muiden toimijoiden kesken sekä päivystysyksiköiden alueellisesta yhteistyöstä (29 a §). Lain 33 a §:n mukaan valtioneuvoston asetuksella säädettäisiin tarvittaessa valtakunnallisesti ja alueellisesti keskitettäviin palveluihin sisältyvistä toimenpiteistä sekä niiden määristä ja edellytyksistä. Toiminnan yhteen sovittamista varten asetuksella voitaisiin nimetä valtakunnalliset toimijat.

Ehdotetut asetuksenantovaltuudet ovat perustuslain edellyttämällä tavalla tarkkarajaisia. Ehdotettujen valtuutussäännösten voidaan tämän vuoksi katsoa täyttävän perustuslain vaatimukset.

Hallituksen käsityksen mukaan ehdotukset ovat perustuslain mukaisia. Asian merkittävyyden vuoksi olisi kuitenkin tarpeen pyytää perustuslakivaliokunnan lausunto. Hallituksen käsityksen mukaan lakiehdotukset voidaan säätää tavallisen lain säätämisyksityksessä.

Edellä esitetyn perusteella annetaan eduskunnan hyväksyttäväksi seuraavat lakiehdotukset:

1.

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 johdantokappale ja 1 kohta, 41, 45,
46 ja 50 § sekä
lisätään lakiin uusi 50 a ja 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 asiakkaan kotona annettavat päivystykselliset lähipalvelut yhdessä muodostavat alueellisesti toiminnallisen kokonaisuuden.

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä tekee ensihoidon palvelutasopäätöksen. Palvelutasopäätöksessä määritellään ensihoitopalvelun järjestämistapa, palvelun sisältö, ensihoitopalveluun osallistuvilta edellytetty koulutus, erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen valmistelemaat tavoitteet ajasta, jossa väestö tavoitetaan, ja muut alueen ensihoitopalvelun järjestämisen kannalta tarpeelliset seikat. Palvelutasopäätöksessä on määriteltävä ensihoitopalvelun sisältö siten, että palvelu toteutetaan tehokkaasti ja tarkoituksenmukaisesti ja siinä otetaan huomioon ensihoidon ruuhkatilanteet sekä erityisvastuualueen resurssit.

40 §

Ensihoitopalvelun sisältö

Ensihoitopalveluun sisältyvät:

1) äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan hoidon tarpeen arviointi ja kiireellinen hoito ensisijaisesti terveydenhuollon hoitolaitoksen ulkopuolella, eivät kuitenkaan meripelas-tuslaissa (1145/2001) tarkoitetut tehtävät, tarvittaessa potilaan kuljettaminen lääketieteellisesti arvioiden tarkoituksenmukaisimpaan hoitoyksikköön ja äkillisesti sairastuneen tai vammautu-neen potilaan jatkohoitoon liittyvät siirrot, silloin kun potilas tarvitsee siirron aikana vaativaa ja jatkuvaa hoitoa tai seurantaa;

41 §

Asetuksenantovaltuus

Ensihoitopalvelun tehtävistä, ensihoidon palvelutasopäätöksen määrittelyn perusteista ja rakenteesta, ensihoitopalvelun johtamisjärjestelmästä, ensihoitopalveluun osallistuvan henkilös-

tön tehtävien määrittelyn perusteista ja koulutusvaatimuksista, ensihoitopalvelun yksiköistä, ensihoitopalvelun perus- ja hoitotason määritelmistä sekä ensivastetoiminnasta säädetään sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella.

45 §

Erikoissairaanhoidon työnjako ja eräiden tehtävien keskittäminen

Osa sellaisista tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidoista, jotka harvoin esiintyvinä tai vaativina edellyttävät toistettavuutta tai usean alan erityisosaamista riittävän taidon ja osaamisen saavuttamiseksi ja sen ylläpitämiseksi tai merkittäviä investointeja laitteistoihin ja välineisiin terveydenhuollon laadun ja potilasturvallisuuden, vaikuttavuuden, tuottavuuden ja tehokkuuden takaamiseksi, kootaan suurempiin yksiköihin. Valtakunnallisesti keskitettävä erikoissairaanhoito on koottava vähempään kuin viiteen yliopistolliseen sairaalaan. Valtioneuvoston asetuksella voidaan säätää, mitkä valtakunnallisen kokonaisuuden suunnittelua ja yhteen sovittamista koskevat tehtävät säädetään yhden tai useamman valtakunnallisen toimijan hoidettaviksi.

Alueellisesti keskitettävä erikoissairaanhoito kootaan viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai erityisistä syistä muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan. Lisäksi sairaaloiden tarkoituksenmukaista työnjakoa varten erikoissairaanhoitoa kootaan 50 §:n 3 momentissa tarkoitettuihin laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköihin. Valtioneuvoston asetuksella voidaan toiminnan yhteen sovittamista varten nimetä ja valtuuttaa alueellisia toimijoita.

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

Sairaanhoitopiirien kuntayhtymien, joissa on yliopistollinen sairaala, on sovittava yhdessä valtakunnallisesti keskitettävää erikoissairaanhoitoa antavista yksiköistä. Jos kuntayhtymät, joissa on yliopistollinen sairaala, eivät pääse sopimukseen siitä, mihin sairaaloihin tai yksiköihin toiminto kootaan 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 määrätään 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 tavoitteet ajasta, jossa väestö sen erityisvastuualueella tavoitetaan, ottaen huomioon 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 korkean varautumisen viestintä- ja tietojärjestelmien aluepääkäyttötoiminnoista sekä osaltaan järjestelmien 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 yhteistyöstä sosiaalipäivystyksen kanssa säädetään sosiaalihuoltolain 29 a §:ssä. Ensihoitokeskuksen tehtävistä voidaan antaa tarkempia säännöksiä tarvittaessa sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella.

50 §

Kiireellinen hoito

Kiireellinen sairaanhoito, mukaan lukien kiireellinen suun terveydenhuolto, mielenterveys-hoito, päihdehoito ja psykososiaalinen tuki on annettava sitä tarvitsevalle 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 vastaanotto toiminta siten, että potilas saa arkipäivisin ilmoitettuna aikana välittömästi terveydenhuollon ammattihenkilön arvion ja hoidon kiireellisissä tapauksissa lähellä asuinpaikkaansa, ellei potilasturvallisuuden ja palveluiden laadun turvaaminen edellytä 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 keskussairaalsana 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. Sairaanhoitopiirit, joissa on yliopistollinen sairaala, voivat väestön palvelutarpeen niin edellyttäessä perustaa useamman kuin yhden ympärivuorokautisesti päivystävän yhteispäivystysyksikön sairaaloidensa yhteyteen.

Muiden kuin 3 momentissa tarkoitettujen sairaanhoitopiirien tulee ylläpitää ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä, jossa on valmius väestön tavanomaisten kiireellisten terveysongelmien hoitoon, keskussairaalan yhteydessä. Yhteispäivystyksessä tulee olla riittävä osaaminen tarvittavilta erikoisaloilta väestön tavanomaisten kiireellisten terveysongelmien hoitoon. Sen lisäksi, mitä 3 momentissa laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköistä säädetään, sairaanhoitopiirin erityisvastuualueella tulee aina olla oikeus järjestämissopimuksen nojalla sopia, että sen alueella toimivan sairaanhoitopiirin keskussairaalan yhteydessä toimivalle yhteispäivystyksen yksikölle voidaan muodostaa sen laajuinen ja toiminnallisesti monipuolinen päivystyksen yksikkö, jota palvelujen saavutettavuus, päivystyspisteiden väliset etäisyydet ja sairaanhoitopiirin väestön kielellisten oikeuksien toteuttaminen edellyttävät.

Sosiaali- ja terveysministeriö voi myöntää kunnalle tai sairaanhoitopiirille luvan ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen päivystyksen järjestämiseen, jos palvelujen saavutettavuus ja päivystyspisteiden väliset etäisyydet sitä edellyttävät eikä väestön tarvitsemia palveluja voida riittävästi turvata ensihoitopalvelun avulla.

Päivystävissä 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.

Päivystyksen järjestämisen erikoisalakohtaisista edellytyksistä säädetään tarkemmin valtioneuvoston asetuksella. Valtioneuvoston asetuksella säädetään synnytystoiminnan määrää koskevista edellytyksistä. Sosiaali- ja terveysministeriö voi myöntää luvan poiketa kyseisistä edellytyksistä, jos se on tarpeen palvelun saavutettavuuden tai potilasturvallisuuden vuoksi. Kiireellisen hoidon perusteista ja kiireellisen vastaanotto toiminnan, laajan ympärivuorokautisen päivystysyksikön, ympärivuorokautisesti päivystävän yhteispäivystysyksikön sekä ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen päivystysyksikön tehtävistä ja laatuvaatimuksista, poikkeuslupien myöntämisen tarkemmista edellytyksistä sekä päivystysyksiköiden alueellisesta yhteistyöstä voidaan säätää tarkemmin valtioneuvoston asetuksella.

50 a §

Terveydenhuollon ja sosiaalipäivystyksen yhteistyö

Kiireellisen hoidon edellyttämän arvion yhteydessä terveydenhuollon ammattihenkilön on arvioitava sosiaalihuoltolain 35 §:ssä säädetyn mukaisesti, onko potilaalla ilmeinen sosiaalihuollon tarve. Jos tarve on ilmeinen, hänen on ohjattava potilas hakemaan sosiaalipalveluja tai, jos tämä antaa siihen suostumuksensa, otettava yhteyttä kunnallisesta sosiaalihuollosta vastaavaan viranomaiseen, jotta tuen tarve arvioitaisiin.

Jos suostumusta ei voida saada ja potilas on ilmeisen kykenemätön vastaamaan omasta huolenpidostaan, terveydestään tai turvallisuudestaan tai lapsen etu sitä välttämättä vaatii, terveydenhuollon ammattihenkilön on tehtävä ilmoitus sosiaalihuollosta vastaavalle viranomaiselle lastensuojelun tai muun sosiaalihuollon tarpeesta salassapitosäännösten estämättä viipymättä. Myös muu henkilö voi tehdä ilmoituksen salassapitosäännösten estämättä.

Kiireellisessä tilanteessa terveydenhuollon ammattihenkilön on otettava yhteyttä sosiaalipäivystykseen. Edellä 50 §:n 3 momentissa tarkoitetuissa laajoissa ympärivuorokautisissa päivystysyksiköissä ja 4 momentissa tarkoitetuissa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystyksissä sosiaalipäivystystä on toteutettava terveydenhuollon päivystyksen yhteydessä.

Sosiaalipäivystyksessä potilaalle on tarvittaessa annettava sosiaalihuoltolain 29 §:ssä tarkoitettu kiireellinen ja välttämätön apu ja sosiaalipäivystyksen on tarvittaessa osallistuttava psykososiaalisen tuen antamiseen kiireellisissä tilanteissa.

Jatkohoidon turvaamiseksi osana terveydenhuollon päivystystä ja sosiaalipäivystystä on järjestettävä mielenterveys- ja päihdetyön päivystys.

53 a §

Sosiaalihuollon tarpeen arviointi

Terveydenhuollon ammattihenkilön on arvioitava, onko potilaalla ilmeinen sosiaalihuollon tarve myös tässä luvussa säädetyn kiireettömän hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä. Ohjaa-

HE 224/2016 vp

misesta ja yhteyden ottamisesta sosiaaliinvaltoon säädetään 50 a §:ssä. Henkilön oikeudesta saada palvelutarpeen arviointi säädetään sosiaaliinvaltolain 36 §:ssä.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

Lain 45, 50 ja 50 a §:n 3 momenttia on sovellettava viimeistään 1 päivästä tammikuuta 2018 lukien. Siihen asti, että 45 ja 50 §:ää aletaan soveltaa sellaisina kuin ne ovat tässä laissa, niitä sovelletaan sellaisina kuin ne olivat tämän lain voimaan tullessa.

Tämän lain voimaan tullessa vireillä olevaan synnytystoimintaa tai perusterveydenhuollon päivystystä koskevaan poikkeuslupahakemukseen sovelletaan tämän lain voimaan tullessa voimassa olleita säännöksiä. Tämän lain voimaan tullessa voimassa olevat perusterveydenhuollon päivystystä ja synnytystoimintaa koskevat poikkeuslupapäätökset ovat voimassa niissä mainitun ajan.

2.

Laki

sosiaalihuoltolain muuttamisesta

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

3 luku

Sosiaalipalvelut

29 §

Sosiaalipäivystys

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

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

29 a §

Sosiaalipäivystyksen ja terveydenhuollon yhteistyö

Sosiaalipäivystystä on järjestettävä terveydenhuoltolain 50 §:n 3 momentissa tarkoitetun laajan ympärivuorokautisen päivystysyksikön yhteydessä ja 4 momentissa tarkoitetun perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystyksen yhteydessä. Sosiaalipäivystyksen järjestämisestä vastaavat yhteistyössä sairaanhoitopiirien kanssa ne kunnat, joiden alueella tässä momentissa tarkoitetut terveydenhuollon yksiköt sijaitsevat.

Sosiaalipäivystys osallistuu tarvittaessa psykososiaalisen tuen antamiseen kiireellisissä tilanteissa.

Jatkohoidon turvaamiseksi toteutetaan osana terveydenhuollon päivystystä ja sosiaalipäivystystä mielenterveys- ja päihdetyön päivystystä.

Alueen sosiaalipäivystyksen tehtävänä on yhteistyössä terveydenhuoltolain 46 §:ssä tarkoitettujen ensihoitokeskuksen kanssa:

1) sovittaa yhteen Hätäkeskuslaitokselle annettavat paikalliset ja alueelliset sosiaalitoimen hälytysohjeet ottaen huomioon terveystoimen hälytysohjeet;

2) osallistua alueellaan varautumis- ja valmiussuunnitelmien laatimiseen häiriötilanteiden ja suuronnettomuuksien varalle yhdessä muiden viranomaisten, toimijoiden ja erityisvastuualueiden kanssa siten, että suunnitelmat muodostavat kansallisen kokonaisuuden.

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

33 a §

Sosiaalipalvelujen kokoaminen alueellisesti muiden palvelujen yhteyteen

Sosiaalipalveluja voidaan koota valtakunnallisesti ja alueellisesti muiden palvelujen yhteyteen, jos se on tarpeen erityisosaamisen ja siten asiakasturvallisuuden ja palvelujen laadun varmistamiseksi. Palvelujen yhteen kokoaminen on tarpeellista, jos sosiaalipalvelu vaativana ja harvoin tarvittavana edellyttää toistettavuutta ja usean alan erityisosaamista riittävän taidon ja osaamisen saavuttamiseksi ja sen ylläpitämiseksi. Palveluja toteutettaessa on otettava huomioon asiakkaan etu siten kuin 4 ja 5 §:ssä säädetään.

Edellä 1 momentissa tarkoitettujen edellytysten täytyessä voidaan koota yhteen yksittäisiä mielenterveys- ja päihdetyön palveluja, vammaisten henkilöiden palveluja, lastensuojelun palveluja sekä väkivalta- ja seksuaalirikosten uhrien palveluja. Myös muita palveluja voidaan koota yhteen, jos palveluja on mahdollista antaa asiakkaan edun mukaisesti.

Valtioneuvoston asetuksella säädetään tarvittaessa valtakunnallisesti ja alueellisesti keskitettäviin palveluihin sisältyvistä toimenpiteistä ja niiden määristä ja edellytyksistä. Valtioneuvoston asetuksella voidaan edellä tässä pykälässä tarkoitettua toiminnan yhteen sovittamista varten nimetä valtakunnallisia toimijoita.

Erikoissairaanhoidon työnjaosta ja keskittämisestä säädetään terveydenhuoltolaissa.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

Sosiaalipäivystyksen ja terveydenhuollon yhteistyötä koskevaa 29 a §:n 1 momenttia on sovellettava viimeistään 1 päivästä tammikuuta 2018.

Helsingissä 27 päivänä lokakuuta 2016

Pääministeri

Juha Sipilä

Perhe- ja peruspalveluministeri Juha Rehula

1.

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 johdantokappale ja 1 kohta, 41, 45,
46 ja 50 § sekä
lisätään lakiin uusi 50 a ja 53 a § seuraavasti:

Voimassa oleva laki

Ehdotus

39 §

39 §

Ensihoitopalvelun järjestäminen

Ensihoitopalvelun järjestäminen

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

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä tekee ensihoidon palvelutasopäätöksen. Palvelutasopäätöksessä määritellään ensihoitopalvelun järjestämistapa, palvelun sisältö, ensihoitopalveluun osallistuvan henkilöstön koulutus, tavoitteet potilaan tavoittamisajasta 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.

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä alueensa ensihoitopalvelu. Ensihoitopalvelu on suunniteltava ja toteutettava yhteistyössä päivystävien terveydenhuollon toimipisteiden kanssa siten, että nämä ja muut sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan kotona annettavat päivystykselliset lähipalvelut yhdessä muodostavat alueellisesti toiminnallisen kokonaisuuden.

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä tekee ensihoidon palvelutasopäätöksen. Palvelutasopäätöksessä määritellään ensihoitopalvelun järjestämistapa, palvelun sisältö, ensihoitopalveluun osallistuvilta edellytetty koulutus, erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen valmistelemat tavoitteet ajasta, jossa väestö tavoitetaan, ja muut alueen ensihoitopalvelun järjestämisen kannalta tarpeelliset seikat. Palvelutasopäätöksessä on määriteltävä ensihoitopalvelun sisältö siten, että palvelu toteutetaan tehokkaasti ja tarkoituksenmukaisesti ja siinä otetaan huomioon ensihoidon ruuhkatilanteet sekä erityisvastuualueen resurssit.

Voimassa oleva laki

Ehdotus

40 §

40 §

*Ensihoitopalvelun sisältö**Ensihoitopalvelun sisältö*

Ensihoitopalveluun sisältyy:

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

Ensihoitopalveluun *sisältyvät*:

1) äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan *hoidon tarpeen arviointi ja kiireellinen hoito ensisijaisesti terveydenhuollon hoitolaitoksen ulkopuolella, eivät kuitenkaan meripelastuslaissa (1145/2001) tarkoitettuja tehtäviä*, tarvittaessa potilaan kuljettaminen lääketieteellisesti arvioiden tarkoituksenmukaisimpaan hoitoyksikköön *ja äkillisesti sairastuneen tai vammautuneen potilaan jatkohoitoon liittyvät siirrot, silloin kun potilas tarvitsee siirron aikana vaativaa ja jatkuvaa hoitoa tai seurantaa*;

41 §

41 §

*Asetuksenantovaltuus**Asetuksenantovaltuus*

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

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

45 §

45 §

*Erikoissairaanhoidon keskittäminen**Erikoissairaanhoidon **työnjako ja eräiden tehtävien** keskittäminen*

Osa erityistason sairaanhoitoon kuuluvista toimenpiteistä ja hoidosta voidaan keskittää valtakunnallisesti joillekin erityisvastuualueille. Valtioneuvoston asetuksella säädetään siitä, mitkä tutkimukset, toimenpiteet ja hoidot kuuluvat erityistason sairaanhoitoon. Valtioneuvoston asetuksella säädetään lisäksi valtakunnallisesta ja alueellisesta erityistason sairaanhoidon keskittämisestä ja niistä kun-

Osa sellaisista tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidoista, jotka harvoin esiintyvänä tai vaativina edellyttävät toistettavuutta tai usean alan erityisosaamista riittävän taidon ja osaamisen saavuttamiseksi ja sen ylläpitämiseksi tai merkittäviä investointeja laitteistoihin ja välineisiin terveydenhuollon laadun ja potilasturvallisuuden, vaikuttavuuden, tuottavuuden ja tehokkuuden takaamiseksi, koo-

Voimassa oleva laki

nallisen terveydenhuollon toimintayksiköistä, joiden on vastattava keskitettävästä erityistason sairaanhoidosta. Jos valtakunnallisesti keskitettävät erityistason sairaanhoidon palvelut on tarkoituksenmukaisinta hankkia yksityiseltä palvelujen tuottajalta tai ulkomailta, voidaan valtioneuvoston asetuksella määritellä palvelujen tuottajan toiminnalle asetettavat laatuvaatimukset ja muut hoidon asianmukaisuuden varmistamiseksi asetettavat vaatimukset.

Ehdotus

taan suurempiin yksiköihin. Valtakunnallisesti keskitettävä erikoissairaanhoido on koottava vähempään kuin viiteen yliopistolliseen sairaalaan. Valtioneuvoston asetuksella voidaan säätää, mitkä valtakunnallisen kokonaisuuden suunnittelua ja yhteen sovittamista koskevat tehtävät säädetään yhden tai useamman valtakunnallisen toimijan hoidettaviksi.

Alueellisesti keskitettävä erikoissairaanhoido kootaan viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai erityisistä syistä muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan. Lisäksi sairaaloiden tarkoituksenmukaista työnjakoa varten erikoissairaanhoidoa kootaan 50 §:n 3 momentissa tarkoitettuihin laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköihin. Valtioneuvoston asetuksella voidaan toiminnan yhteen sovittamista varten nimetä ja valtuuttaa alueellisia toimijoita.

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

Sairaanhoidopiirien kuntayhtymien, joissa on yliopistollinen sairaala, on sovittava yhdessä valtakunnallisesti keskitettävää erikoissairaanhoidoa antavista yksiköistä. Jos kuntayhtymät, joissa on yliopistollinen sairaala, eivät pääse sopimukseen siitä, mihin sairaaloihin tai yksiköihin toiminto kootaan 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 määrätään 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.

Voimassa oleva laki

Ehdotus

46 §

Ensihoitokeskus

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

- 1) vastata alueensa ensihoitopalvelun lääkäritasoisesta päivystyksestä;
 - 2) suunnitella ja päättää lääkärihelikopteri-toiminnasta erityisvastuualueellaan;
 - 3) sovittaa yhteen alueensa hoitolaitosten väliset suunnitellut potilassiirrot;
 - 4) vastata sosiaali- ja terveystoimen viranomaisradioverkon aluepääkäyttötoiminnoista sekä osaltaan viranomaisten kenttätietojärjestelmän ylläpidosta; ja
 - 5) sovittaa yhteen Hätäkeskuslaitokselle annettavat terveystoimen hälytysohjeet.
- Ensihoitokeskuksen tehtävistä voidaan antaa tarkempia säännöksiä tarvittaessa sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella.

46 §

Ensihoitokeskus

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

- 1) valmistella ensihoidon palvelutasopäätökseen kuuluvat tavoitteet ajasta, jossa väestö sen erityisvastuualueella tavoitetaan, ottaen huomioon 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 lääkärihelikopteri-toiminnasta 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 korkean varautumisen viestintä- ja tietojärjestelmien aluepääkäyttötoiminnoista sekä osaltaan järjestelmien 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 yhteistyöstä sosiaalipäivystyksen kanssa säädetään sosiaalihuoltolain 29 a §:ssä. Ensihoitokeskuksen tehtävistä voidaan antaa tarkempia säännöksiä tarvittaessa sosiaali- ja terveysministeriön 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 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 määräytyvään 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.

50 §

Kiireellinen hoito

Kiireellinen sairaanhoito, mukaan lukien kiireellinen suun terveydenhuolto, mielenterveyshoito, päihdehoito ja psykososiaalinen tuki on annettava sitä tarvitsevalle 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 vastaanotto toiminta siten, että potilas saa arkipäivisin ilmoitettuna aikana välittömästi terveydenhuollon ammattihenkilön arvion ja hoidon kiireellisissä tapauksissa lähellä asuinpaikkaansa, ellei potilasturvallisuuden ja palveluiden laadun turvaaminen edellytä arvion ja hoidon keskittämistä päivystysyksikköön. Kunnan tai tarvittaessa kuntayhtymän on järjestettävä terveydenhuollon iltajan ja viikonlopun päiväkainainen 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 keskussairaalsensa yhteyteen. Laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköllä tarkoitetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä, joka pystyy tarjoamaan laajasti palveluita usealla lääketieteellä erikoisalalla ympärivuorokautisesti välittömästi ja jolla on voimavarat terveydenhuollossa tarvittavan valmiuden ylläpitämiseen ja erityistilanteiden hoitamiseen. Laajan ympärivuorokautisen päivystysyksikön tulee tukea muita päivystysyksiköitä. Sairaanhoitopiirit, joissa on yliopistollinen sairaala, voivat väestön palvelutarpeen niin edellyttäessä perustaa useamman kuin yhden

Voimassa oleva laki

Ehdotus

ympärivuorokautisesti päivystävän yhteispäivystyksikön sairaaloidensa yhteyteen.

Muiden kuin 3 momentissa tarkoitettujen sairaanhoitopiirien tulee ylläpitää ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä, jossa on valmius väestön tavanomaisten kiireellisten terveysongelmien hoitoon, keskussairaalan yhteydessä. Yhteispäivystyksessä tulee olla riittävä osaaminen tarvittavilta erikoisaloilta väestön tavanomaisten kiireellisten terveysongelmien hoitoon. Sen lisäksi, mitä 3 momentissa laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköistä säädetään, sairaanhoitopiirin erityisvastuualueella tulee aina olla oikeus järjestämissopimuksen nojalla sopia, että sen alueella toimivan sairaanhoitopiirin keskussairaalan yhteydessä toimivalle yhteispäivystyksen yksikölle voidaan muodostaa sen laajuinen ja toiminnallisesti monipuolinen päivystyksen yksikkö, jota palvelujen saavutettavuus, päivystyspisteiden väliset etäisyydet ja sairaanhoitopiirin väestön kielellisten oikeuksien toteuttaminen edellyttävät.

Sosiaali- ja terveysministeriö voi myöntää kunnalle tai sairaanhoitopiirille luvan ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen päivystyksen järjestämiseen, jos palvelujen saavutettavuus ja päivystyspisteiden väliset etäisyydet sitä edellyttävät eikä väestön tarvitsemia palveluja voida riittävästi turvata ensihoitopalvelun avulla.

Päivystävissä 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.

Päivystyksen järjestämisen erikoisalakohtaisista edellytyksistä säädetään tarkemmin valtioneuvoston asetuksella. Valtioneuvoston asetuksella säädetään synnytystoiminnan määrää koskevista edellytyksistä. Sosiaali- ja terveysministeriö voi myöntää luvan poiketa kyseisistä edellytyksistä, jos se on tarpeen palvelun saavutettavuuden tai potilasturvallisuuden vuoksi. Kiireellisen hoidon perusteista ja kiireellisen vastaanotto toiminnan, laa-

Voimassa oleva laki

Ehdotus

jan ympärivuorokautisen päivystysyksikön, ympärivuorokautisesti päivystävän yhteispäivystysyksikön sekä ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen päivystysyksikön tehtävistä ja laatuvaatimuksista, poikkeuslupien myöntämisen tarkemmista edellytyksistä sekä päivystysyksiköiden alueellisesta yhteistyöstä voidaan säätää tarkemmin valtioneuvoston asetuksella.

50 a §

Terveydenhuollon ja sosiaalipäivystyksen yhteistyö

Kiireellisen hoidon edellyttämän arvion yhteydessä terveydenhuollon ammattihenkilön on arvioitava sosiaalihuoltolain 35 §:ssä säädetyn mukaisesti, onko potilaalla ilmeinen sosiaalihuollon tarve. Jos tarve on ilmeinen, hänen on ohjattava potilas hakemaan sosiaalipalveluja tai, jos tämä antaa siihen suostumuksensa, otettava yhteyttä kunnallisesta sosiaalihuollosta vastaavaan viranomaiseen, jotta tuen tarve arvioitaisiin.

Jos suostumusta ei voida saada ja potilas on ilmeisen kykenemätön vastaamaan omasta huolenpidostaan, terveydestään tai turvallisuudestaan tai lapsen etu sitä välttämättä vaatii, terveydenhuollon ammattihenkilön on tehtävä ilmoitus sosiaalihuollosta vastaavalle viranomaiselle lastensuojelun tai muun sosiaalihuollon tarpeesta salassapitosäännösten estämättä viipymättä. Myös muu henkilö voi tehdä ilmoituksen salassapitosäännösten estämättä.

Kiireellisessä tilanteessa terveydenhuollon ammattihenkilön on otettava yhteyttä sosiaalipäivystykseen. Edellä 50 §:n 3 momentissa tarkoitetuissa laajoissa ympärivuorokautisissa päivystysyksiköissä ja 4 momentissa tarkoitetuissa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystyksissä sosiaalipäivystystä on toteutettava terveydenhuollon päivystyksen yhteydessä.

Sosiaalipäivystyksessä potilaalle on tarvittaessa annettava sosiaalihuoltolain 29 §:ssä tarkoitettu kiireellinen ja välttämätön apu ja sosiaalipäivystyksen on tarvittaessa osallistuttava psykososiaalisen tuen antamiseen kii-

Voimassa oleva laki

Ehdotus

reellisissä tilanteissa.

Jatkohoidon turvaamiseksi osana terveydenhuollon päivystystä ja sosiaalipäivystystä on järjestettävä mielenterveys- ja päihdetyön päivystys.

53 a §

Sosiaalihuollon tarpeen arviointi

Terveystieteiden ammattihenkilön on arvioitava, onko potilaalla ilmeinen sosiaalihuollon tarve myös tässä luvussa säädetyn kiireettömän hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä. Ohjaamisesta ja yhteyden ottamisesta sosiaalihuoltoon säädetään 50 a §:ssä. Henkilön oikeudesta saada palvelutarpeen arviointi säädetään sosiaalihuoltolain 36 §:ssä.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuu-
ta 20 .

Lain 45, 50 ja 50 a §:n 3 momenttia on sovellettava viimeistään 1 päivästä tammikuuta 2018 lukien. Siihen asti, että 45 ja 50 §:ää aletaan soveltaa sellaisina kuin ne ovat tässä laissa, niitä sovelletaan sellaisina kuin ne olivat tämän lain voimaan tullessa.

Tämän lain voimaan tullessa vireillä olevaan synnytystoimintaa tai perusterveydenhuollon päivystystä koskevaan poikkeuslupahakemukseen sovelletaan tämän lain voimaan tullessa voimassa olleita säännöksiä. Tämän lain voimaan tullessa voimassa olevat perusterveydenhuollon päivystystä ja synnytystoimintaa koskevat poikkeuslupapäätökset ovat voimassa niissä mainitun ajan.

2.

Laki**sosiaalihuoltolain muuttamisesta**

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

Voimassa oleva laki

3 luku
Sosiaalipalvelut
 29 §
Sosiaalipäivystys

Sosiaalipäivystys on järjestettävä ympäri-
 vuorokautisesti 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 toimit-
 tava yhteistyössä terveydenhuollon päivys-
 tyksen, pelastustoimen, poliisin, hätäkeskuk-
 sen ja tarpeen mukaan muiden toimijoiden
 kanssa.

Ehdotus

3 luku
Sosiaalipalvelut
 29 §
Sosiaalipäivystys

Sosiaalipäivystys on järjestettävä ympäri-
 vuorokautisesti kiireellisen ja välttämättömän
 avun turvaamiseksi *kaiken ikäisille*. Päivys-
 tys on toteutettava siten, että palveluun voi
 saada yhteyden ympäri vuorokauden ja kii-
 reelliset sosiaalipalvelut voidaan antaa siten
 kuin tässä tai muussa laissa säädetään. *Päi-
 vystävissä yksiköissä on oltava riittävät voi-
 mavarat ja osaaminen, jotta palvelun laatu ja
 asiakasturvallisuus toteutuvat.*

Sosiaalipäivystystä toteutettaessa on toimit-
 tava yhteistyössä *ensihoitopalvelun*, tervey-
 denhuollon päivystyksen, pelastustoimen, po-
 liisin, hätäkeskuksen ja tarpeen mukaan mui-
 den toimijoiden kanssa.

29 a §

***Sosiaalipäivystyksen ja terveydenhuollon
 yhteistyö***

*Sosiaalipäivystystä on järjestettävä tervey-
 denhuoltolain 50 §:n 3 momentissa tarkoite-
 tun laajan ympärivuorokautisen päivystysy-
 sikön yhteydessä ja 4 momentissa tarkoitetun*

perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystyksen yhteydessä. Sosiaalipäivystyksen järjestämisestä vastaavat yhteistyössä sairaanhoitopiirien kanssa ne kunnat, joiden alueella tässä momentissa tarkoitettujen terveydenhuollon yksiköt sijaitsevat.

Sosiaalipäivystys osallistuu tarvittaessa psykososiaalisen tuen antamiseen kiireellisissä tilanteissa.

Jatkohoidon turvaamiseksi toteutetaan osana terveydenhuollon päivystystä ja sosiaalipäivystystä mielenterveys- ja päihdetyön päivystystä.

Alueen sosiaalipäivystyksen tehtävänä on yhteistyössä terveydenhuoltolain 46 §:ssä tarkoitetun ensihoitokeskuksen kanssa:

1) sovittaa yhteen Hätäkeskuslaitokselle annettavat paikalliset ja alueelliset sosiaalitoimen hälytysohjeet ottaen huomioon terveystoimen hälytysohjeet;

2) osallistua alueellaan varautumis- ja valmiussuunnitelmien laatimiseen häiriötilanteiden ja suuronnettomuuksien varalle yhdessä muiden viranomaisten, toimijoiden ja erityisvastuualueiden kanssa siten, että suunnitelmat muodostavat kansallisen kokonaisuuden.

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

33 a §

Sosiaalipalvelujen kokoaminen alueellisesti muiden palvelujen yhteyteen

Sosiaalipalveluja voidaan koota valtakunnallisesti ja alueellisesti muiden palvelujen yhteyteen, jos se on tarpeen erityisosaamisen ja siten asiakasturvallisuuden ja palvelujen laadun varmistamiseksi. Palvelujen yhteen kokoaminen on tarpeellista, jos sosiaalipalvelu vaativana ja harvoin tarvittavana edellyttää toistettavuutta ja usean alan erityisosaamista riittävän taidon ja osaamisen saavuttamiseksi ja sen ylläpitämiseksi. Palveluja toteutettaessa on otettava huomioon asiakkaan etu siten kuin 4 ja 5 §:ssä säädetään.

Voimassa oleva laki

Ehdotus

Edellä 1 momentissa tarkoitettujen edellytysten täyttyessä voidaan koota yhteen yksittäisiä mielenterveys- ja päihdetyön palveluja, vammaisten henkilöiden palveluja, lastensuojelun palveluja sekä väkivalta- ja seksuaalirikosten uhrien palveluja. Myös muita palveluja voidaan koota yhteen, jos palveluja on mahdollista antaa asiakkaan edun mukaisesti.

Valtioneuvoston asetuksella säädetään tarvittaessa valtakunnallisesti ja alueellisesti keskitettäviin palveluihin sisältyvistä toimenpiteistä ja niiden määräistä ja edellytyksistä. Valtioneuvoston asetuksella voidaan edellä tässä pykälässä tarkoitettua toiminnan yhteen sovittamista varten nimetä valtakunnallisia toimijoita.

Erikoissairaanhoidon työnjaosta ja keskitämisestä säädetään terveydenhuoltolaissa.

*Tämä laki tulee voimaan päivänä kuu-
ta 20 .*

*Sosiaalipäivystyksen ja terveydenhuollon yhteistyötä koskevaa 29 a §:n 1 momenttia on sovellettava viimeistään 1 päivästä tammi-
kuuta 2018.*