

# Terveyspalvelujen keskittäminen

Erikoissairaanhoidon  
työnjaon ja  
yhteispäivystyksen  
toimeenpano



---

VALTIONTALouden TARKASTUSVIRASTON  
TARKASTUSKERTOMUKSET

6/2024



Tuloksellisuustarkastuskertomus

## Terveyspalvelujen keskittäminen

Erikoissairaanhoidon työnjaon ja  
yhteispäivystyksen toimeenpano

Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 6/2024

# Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomus

D/63/04.07.02/2023

Valtiontalouden tarkastusvirasto on tehnyt tarkastussuunnitelmaansa sisältyneen tuloksellisuustarkastuksen Terveyspalvelujen keskittäminen: Erikoissairaanhoidon työnjaon ja yhteispäivystyksen toimeenpano. Tarkastus on tehty tarkastusviraston laillisuustarkastuksesta, tuloksellisuustarkastuksesta ja finanssipolitiikan tarkastuksesta antaman ohjeen mukaisesti.

Tarkastuksen perusteella tarkastusvirasto on antanut tarkastuskertomuksen, joka lähetetään sosiaali- ja terveysministeriölle, valtiovarainministeriölle, sisäministeriölle, Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviralle, hyvinvointialueille, Helsingin kaupungille ja HUS-yhtymälle sekä tiedoksi eduskunnan tarkastusvaliokunnalle, sosiaali- ja terveysvaliokunnalle ja valtiovarain controller -toiminnolle.

Ennen tarkastuskertomuksen antamista sosiaali- ja terveysministeriöllä, valtiovarainministeriöllä, sisäministeriöllä, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviralla on ollut mahdollisuus varmistaa, ettei kertomukseen sisälly asiavirheitä, sekä lausua näkemyksensä siinä esitetyistä tarkastusviraston kannanotoista.

Tarkastuksen jälkiseurannassa tarkastusvirasto tulee selvittämään, mihin toimiin tarkastuskertomuksessa esitettyjen kannanottojen perusteella on ryhdytty. Jälkiseuranta tehdään vuonna 2028.

Helsingissä 14. kesäkuuta 2024

**Jaakko Eskola**  
tarkastusyksikön johtaja

**Taina Rintala**  
tuloksellisuustarkastusneuvos

ISSN-L 1799-8093  
ISSN 1799-8107 (pdf)  
ISBN 978-952-499-552-8 (pdf)  
URN:ISBN:978-952-499-552-8  
<http://urn.fi/urn:isbn:978-952-499-552-8>  
Tarkastuskertomuksen valokuva  
GettyImages

# Tarkastusviraston kannanotot

Vuoden 2018 alusta tulivat voimaan terveydenhuoltolakiin (1516/2016) tehdyt muutokset ja niitä koskevat erikoissairaanhoidon työnjakoa ja eräiden tehtävien keskittämistä (582/2017) ja kiireellisen hoidon perusteita ja päivystyksen erikoisalakohtaisia edellytyksiä (583/2017) koskevat asetukset. Niiden perusteella anestesiaa vaativa leikkaustoiminta lopetettiin pienistä sairaaloista, tietyt leikkaukset keskitettiin yliopistosairaaloihin ja määriteltiin sairaalat, joiden on järjestettävä joko laaja ympärivuorokautinen päivystyksen yksikkö tai ympärivuorokautinen yhteispäivystysyksikkö keskussairaалansa yhteyteen. Keskittämis- ja päivystysuudistusten arvioitiin tuottavan kuntasektorille 350 miljoonan euron kustannussäästöt vuoteen 2020 mennessä. Hyvinvointialueuudistuksen myötä terveystalujen keskittämisen potentiaaliset taloudelliset hyödyt kohdistuvat suoraan valtiontalouteen.

Tarkastuksessa selvitettiin keskittämis- ja päivystysuudistusten valtakunnallista ja alueellista toimeenpanoa, uudistuksille asetettujen keskeisten tavoitteiden toteutumista sekä uudistusten seurauksia erityyppisissä sairaaloissa, laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköissä ja ympärivuorokautisissa yhteispäivystysyksiköissä. Tarkastus on ajankohtainen, koska parhaillaan valmistellaan hallituksen esitystä sairaala- ja päivystysverkon uudelleen järjestämiseksi.

## Kaavamainen sääntely ja sopimusperusteinen päätöksenteko ovat hidastaneet keskittämisasetuksen toimeenpanoa

Monimutkaisten lääketieteellisten hoitokokonaisuuksien ohjaaminen kaavamaisella sääntelyllä ei aina toimi. Toimenpidemääriin perustuvaa ohjausta on tulkittu sairaaloissa eri tavoin sen suhteen, mitkä toimet kuuluvat keskittämisen piiriin ja mitkä eivät. Joissakin tapauksissa lääkärit ovat kyseenalaistaneet säädösten toimivuutta, mikä on osaltaan hidastanut keskittämisasetuksen sujuvaa toimeenpanoa. Kaavamainen sääntely ei myöskään huomioi riittävästi sairaalatasolla eri erikoisalojen keskinäisiä riippuvuussuhteita, sairaaloiden olemassa olevia osaamisalueita ja hoitoketjujen toimivuutta.

Keskittämisasetuksen toimeenpano on edennyt eri alueilla vaihtelevasti. Etenkin erityisvastuualueiden mahdollisuudet ja kyky päätöksentekoon ovat olleet rajalliset. Puhtaasti yhteistyöhön perustunut johtamismalli ei ole aina toiminut sujuvasti. Erityisvastuualueilla kenelläkään ei ole ollut päätöksentekoon toimivaltaa, ja eri sairaanhoitopiirit ovat pyrkineet turvaamaan omaa etuaan ja pitämään kiinni olemassa olevista toiminnoista. Erikoissairaanhoidon järjestämissopimukset ovat jääneet yleisen tason yhteistyöpapereiksi, joiden sitovuus ja vaikutus alueiden väliseen työnjakoon on toteutunut vaihtelevasti.

Tällä hetkellä erikoissairaanhoidon keskittämistoimien toimeenpano tapahtuu hyvinvointialueilla ja niiden muodostamilla yhteistyöalueilla. Tarkastuksen havaintojen mukaan yhteistyöalueita koskevat samat toimivaltaongelmat, jotka ovat jarruttaneet toiminnan kehittämistä erityisvastuualueilla.

## Keskittämislle asetettujen tavoitteiden toteutumisesta ei ole tarkkaa tietoa

Eduskunta edellytti hyväksyessään keskittämiseen liittyvät lakimuutokset, että terveyspalvelujen keskittämisen toiminnallisia ja taloudellisia muutoksia tulee seurata tiiviisti. Tarkastuksen perusteella seuranta ei ole toteutunut alkuperäisten tavoitteiden mukaisesti. Käytettävissä oleva talous- ja tilastotieto ei ole tarjonnut riittävän tarkkaa tehtävä-, toimenpide- ja toimintayksikkötasoisia tietoa, jotta seurantaa olisi kyetty tekemään tarkasti. Keskittämisen vaikutuksia ei ole pystytty erottelemaan muista erikoissairaanhoidon toimintaan ja kustannuksiin vaikuttavista tekijöistä.

Seurantaa varten perustettiin sosiaali- ja terveysministeriön johtama poikkihallinnollinen koordinaatioryhmä, joka seurasi keskittämisen- ja päivystysasetusten toteutumista lähinnä toimenpiteiden lukumäärätavoitteiden kautta. Syväällisempää tietoa siitä, miten keskittämistoimet ovat vaikuttaneet eri alueilla hoidon yhtenäisiin perusteisiin, palveluiden tuottamisen kustannuksiin, saati keskittämisen kokonaistaloudellisiin vaikutuksiin, ei ole saatu. Samalla tieto osaamisen tai potilasturvallisuuden kehittymisen tilasta on jäänyt puuttumaan. Myöskään alueellisella tasolla ei tarkkaan tiedetä, millaisia vaikutuksia keskittämislle on ollut palveluiden kustannuksiin, laatuun ja potilasturvallisuuteen.

## Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystyksen yhdistäminen samaan yksikköön on lisännyt erikoissairaanhoidon kustannuksia

Päivystysuudistuksen valmistelun yhteydessä ei tehty erillisiä vaikutusarvioita uudistuksen vaikutuksista ympärivuorokautisesti järjestetyn perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystysyksikön toimintaan. Tarkastuksen perusteella uudistus on vaikuttanut yhteispäivystysten toimintaan ja lisännyt ympärivuorokautisesti järjestetyn päivystyksen kustannuksia. Laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköissä ja ympärivuorokautisissa yhteispäivystysyksiköissä tarjolla olevia runsaita erikoissairaanhoidon tutkimusmahdollisuuksia käytetään enenevässä määrin myös perusterveydenhuoltotasoisten potilaiden taudinmäärityksessä. Päivystyksiin on jouduttu lisäämään myös hoitohenkilökuntaa lisääntyneiden potilasmäärien vuoksi. Lisäksi yhteispäivystykset eivät ole helpottaneet yleislääketieteen päivystäjien saantia, vaan perusterveydenhuollon päivystyksen järjestämisessä joudutaan turvautumaan edelleen ostopalvelulääkäreihin. Jatkossa yhdistettäessä sosiaali- ja terveyspalveluja tai perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluja samaan yksikköön tulisi lainvalmistelussa kiinnittää enemmän huomiota uudistuksen viranomaisvaikutuksiin.

## Jatkohoidon ongelmat ruuhkauttavat yhteispäivystykset ja lisäävät erikoissairaanhoidon kustannuksia

Jatkohoidon ongelmat näkyvät myös yhteispäivystyksissä. Potilaita ei saada siirrettyä jatkohoitoon, koska jatkohoitopaikkoja ei ole riittävästi. Tämän seurauksena yhteispäivystyksissä hoidetaan potilaita, joilla ei ole hoidon vaan hoivan tarvetta. Osa yhteispäivystyksissä olevista potilaista odottaa puolestaan sairaalan vuodeosastoille, koska vuodeosastoilta ei saada siirrettyä potilaita jatkohoitoon. Yhteispäivystyksissä hoidetaan siten myös sairaalahoitoa tarvitsevia. Päivystyksissä potilaat saattavat joutua odottamaan jatkohoitoon pääsyä pahimmillaan useita päiviä.

Hyvinvointialueilla haetaan nyt säästöjä esimerkiksi lakkauttamalla terveystieteiden keskuksia tai karsimalla niiden toimintoja, keskittämällä päivystyksiä, supistamalla vanhusten ympärivuorokautisia hoitopaikkoja ja kiristämällä ympärivuorokautisen palveluasumisen ja kotihoidon piiriin pääsyn kriteereitä. Tämä voi tarkoittaa sitä, että potilaita ohjautuu jatkossa entistä enemmän yhteispäivystyksiin, mikä kasvattaa erikoissairaanhoidon kustannuksia.

## Työvoiman saatavuuden näkökulmasta erikoislääkäreiden osaamista ei tulisi kaventaa enää enempää

Keskittämisasiäsetuksen valmistelussa ei otettu lainkaan huomioon sitä, mitä potilaiden hoidettavuus merkitsee henkilöstöresurssien näkökulmasta. Tarkastuksen perusteella osaamisen keskittäminen on käytännössä merkinnyt sitä, että yliopistosairaaloissa hoidetaan nyt raskashoitoisimmat potilaat. Yliopistosairaalat ovat kehittäneet erityistoimia henkilöstön saatavuuden turvaamiseksi, mutta se ei ole ollut riittävää.

Tarkastus osoitti, että päivystyksissä osaamisen vaatimus on kasvanut, koska hoitohenkilökunnalla pitää olla sekä perusterveydenhuollon- että erikoissairaanhoidon osaamista. Lisäksi päivystysasetus edellyttää, että laajan päivystyksen yksikössä on oltava usean erikoissairaalan päivystys, mutta erikoislääkärikoulutus on mennyt suppeampaan suuntaan. Erikoissairaalojen suppeus lisää päivystyksissä tarvittavien päivystävien lääkäreiden määrää. Lääkäreiden saatavuuden näkökulmasta osaamisen ei tulisi siten enää kaventua entisestään.

## Terveyspalvelujen keskittäminen vaikuttaa palveluiden saavutettavuuteen, mikä lisää potilaiden kustannuksia ja Kelan maksamia korvauksia

Sairaala- ja päivystysverkko uudistusta valmisteltaessa matkakustannusten ja säästöjen arvioitiin olevan yhtä suuret. Matkan pituudella katsottiin olevan vaikutusta vain kiireellisissä tapauksissa. Tarkastuksen perusteella matkan pituudella on kuitenkin merkitystä myös useita käyntejä vaativissa hoidoissa. Toistuvat käynnit tutkimuksissa ja hoidoissa lisäävät potilaan matkakustannuksia ja Kelan maksamia matkakorvauksia. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluverkkoa uudistettaessa tulisikin arvioida myös palveluiden saavutettavuudesta aiheutuvat kustannukset kokonaisuutena (kaikki kulkuneuvot, matka-ajat ja Kela-korvaukset).

## Sairaala ei enää välttämättä ole oikea käsite kuvaamaan pieniä sairaaloita

Anestesiaa vaativien leikkausten keskittämisellä keskussairaaloihin pyrittiin lopettamaan leikkaustoiminta pienissä sairaaloissa ja tätä kautta saavuttamaan säästöjä. Tarkastuksen perusteella pienten sairaaloiden toiminta on kuitenkin kasvanut ja niiden erikoissairaanhoidon kustannukset ovat lisääntyneet. Sairaaloissa on tarjolla varsin monipuolisesti kirurgian poliklinikkatoimintaa, anestesiassa tehtävien leikkausten sijasta leikkauksia tehdään paikallispuudutuksessa ja erikoissairaanhoidon vuodeosastot on korvattu osin perusterveydenhuollon vuodeosastoilla ja osin otettu sosiaalihuollon käyttöön. Pienten sairaaloiden toimintaprofilissa tapahtunut muutos on ollut vuodeosastohoidon osalta tavoitellun suuntainen ja edistänyt sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistymistä. Hybridiyksikköä muistuttava rakenne ei enää kuitenkaan vastaa perinteistä sairaalaa.

## Tarkastusviraston suositukset

Tarkastuksen perusteella tarkastusvirasto suosittelee, että

1. jos terveydenhuollon keskittämiselle asetetaan sisällöllisiä tai taloudellisia tavoitteita, tulee ohjaavien ministeriöiden määrittellä niille sellaiset mittarit, että niiden seuraaminen on mahdollista. Vastuullisia viranomaisia ovat sosiaali- ja terveysministeriö ja valtiovarainministeriö.
2. sairaala- ja päivystysverkkoa uudistettaessa on varmistettava perusterveydenhuollon kiirevastaanottojen toimivuus, jotta potilaat eivät ohjaudu tarpeettomasti kalliiseen erikoissairaanhoidon. Vastuullisia viranomaisia ovat sosiaali- ja terveysministeriö, hyvinvointialueet, Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä.
3. yhteistyöalueilla tapahtuvaa päätöksentekoa ja päätöksiin sitoutumista tulisi vahvistaa ratkaisemalla toimivaltaan liittyvät epäselvyydet. Vastuullisia viranomaisia ovat sosiaali- ja terveysministeriö, valtiovarainministeriö, sisäministeriö, hyvinvointialueet, Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä.



# Sisällys

Tarkastusviraston kannanotot . . . . .	4
1 Mitä tarkastettiin . . . . .	10
2 Onko keskittämisen valtakunnallinen ohjaus onnistunut tavoitellusti? . . . . .	12
2.1 Keskittämisen ja päivystysasetusten toimeenpano ei ole sujunut alkuperäisten tavoitteiden mukaisesti . . . . .	12
2.2 Erikoissairaanhoidon keskittämisen seuranta ei ole toteutunut eduskunnan edellyttämällä tavalla . . . . .	18
2.3 Erikoissairaanhoidon keskittämistoimien kustannushyödyistä ei ole tietoa . . . . .	23
3 Onko keskittämisen alueellinen toimeenpano toteutettu tehokkaasti ja taloudellisesti? . . . . .	27
3.1 Erikoissairaanhoidon keskittämisen alueellinen toimeenpano ei ole edennyt kaikilta osin tavoitellusti . . . . .	27
3.2 Henkilöstövoimavarojen ja resurssien riittävyyden varmistaminen on jäänyt jokaisen sairaanhoitopiirin omalle vastuulle . . . . .	31
4 Ovatko keskittämisen ja päivystysuudistuksessa arvioitujen seuraukset viranomaisten toimintaan toteutuneet? . . . . .	37
4.1 Keskittämisen heikennetty yliopistosairaaloiden ja keskussairaaloiden edellytyksiä selviytyä kasvaneista potilasmääristä . . . . .	38
4.2 Pienistä sairaaloista on muodostunut polikliinistä kirurgiaa tekeviä erikoissairaanhoidon yksiköitä . . . . .	42
4.3 Yhteispäivystysten perustamisen seuraukset osoittavat, että päivystysuudistuksen viranomaisvaikutukset arvioitiin erittäin puutteellisesti . . . . .	47
5 Miten päivystys- ja keskittämisuudistukselle asetetut keskeiset tavoitteet ovat toteutuneet? . . . . .	56
5.1 Keskittämisen vaikutuksista potilasturvallisuuteen ei ole tietoa . . . . .	57
5.2 Päivystys- ja keskittämisen asetukset eivät ole yhtenäistäneet palvelujen sisältöjä . . . . .	59
5.3 Keskittäminen on edistänyt erityisosaamista sairaaloissa, mutta yhteispäivystyksessä tarvittaisiin yleisosaamista . . . . .	62
5.4 Pitkät välimatkat viivyttävät hoitoon hakeutumista sekä lisäävät potilaiden kustannuksia ja Kela-korvauksia . . . . .	65
Liite 1: Miten tarkastettiin . . . . .	70
Liite 2: Tarkastuksen haastattelut . . . . .	74
Liite 3: Keskittämisen ja päivystysuudistusta ohjaavat keskeisimmät lait ja asetukset . . . . .	76
Viitteet . . . . .	78



# 1 Mitä tarkastettiin

Suomessa toteutettiin pääministeri Juha Sipilän hallituskaudella (2015–2019) sairaala- ja päivystysverkkoa koskeva uudistus, joka lopetti anestesiaa vaativan leikkaustoiminnan pienistä sairaaloista. Sairaala- ja päivystysverkon tiivistämisellä tavoiteltiin palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden, riittävän osaamisen, laadun sekä asiakas- ja potilasturvallisuuden varmistamista. Uudistuksen odotettiin tuottavan säästöjä julkiselle taloudelle. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kustannusten kasvun arvioitiin supistuvan 350 miljoonalla eurolla vuosina 2017–2020. Tarkkaa tietoa päivystys- ja keskittämisuudistuksen toimeenpanon onnistumisesta ja tavoitteiden toteutumisesta on kuitenkin vähän.

Suomessa väestö ikääntyy syntyvyyden vähenemisen, elinajanodotteen pitenemisen ja riittämättömän maahanmuuton takia nopeasti. Väestön ikääntymisen myötä terveystieteiden tutkimuskeskuksen kysyntä kasvaa, mutta työikäisten määrä vähenee. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kysyntä kasvaa, koska terveydenhuollon työvoimapula ja erityisesti terveydenhuollon ammattihenkilöiden työvoimapula on vaikeutunut nopeasti. Työvoima myös keskittyy kasvukeskuksiin, minkä seurauksena erityisosajia ei enää riitä kaikkiin yksiköihin.<sup>1</sup>

Valtiovarainministeriön virkamiespuheenvuorossa joulukuussa 2022 esitettiin, että Suomen julkista taloutta pitäisi seuraavan kahden hallituskauden aikana sopeuttaa yhdeksällä miljardilla eurolla<sup>2</sup>. Koska erikoissairaanhoidon tehostamisessa keskittäminen on nähty keinoksi, jolla voidaan vähentää erikoissairaanhoidon kustannuksia ja ratkaista pulaa osaavasta työvoimasta<sup>3</sup>, sairaala- ja päivystysverkkoston tiivistäminen ja sairaaloiden toimintaprofilien selkeyttäminen jatkuvat myös 2020-luvulla. Syksyllä 2024 eduskunta saa käsiteltäväkseen hallituksen esityksen sairaala- ja päivystysverkkoston uudelleen järjestämisestä<sup>4</sup>.

Erikoissairaanhoidon menot olivat vuonna 2022 yhteensä 8,3 miljardia euroa, joista ympärivuorokautisten päivystyspalvelujen osuus oli 0,9 prosenttia (76,8 miljoonaa euroa)<sup>5</sup>. Tarkastuksessa ei ole kuitenkaan kyetty arvioimaan säästötavoitteiden toteutumista euromääräisesti. Tämä johtuu palvelujen kustannuksia koskevissa tilastoissa olevista puutteista. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen toimintaympäristössä on myös viime vuosina tapahtunut runsaasti muutoksia. Tämän seurauksena ei voida sanoa, onko jokin muutos johtunut nimenomaan keskittämisen tai päivystysasetuksesta vai jostain muusta.

Sairaala- ja päivystysverkon uudistus toteutettiin terveydenhuoltolain (1326/2010), erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä annetun valtioneuvoston asetuksen (582/2017, jatkossa keskittämisasetus) ja kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä (583/2017, jatkossa päivystysasetus) annetun asetuksen yhdistelmällä. Keskittämisasetuksella tietyt tutkimukset, toimenpiteet ja hoidot on keskitetty joko viiteen tai alle viiteen yliopistosairaalan. Tietyt leikkaukset on keskitetty ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä ylläpitäviin sairaaloihin. Terveidenhuoltolaisissa on määritelty hyvinvointialueet, joiden keskussairaalan yhteydessä toimii laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikkö ja ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystysyksikkö. Päivystysasetuksella on puolestaan määritelty yhteispäivystyksen tehtävät ja päivystyksen järjestämisen erikoisalakohtaiset edellytykset. Keskittämisasetusta lievennettiin asetuksella 8/2021, koska sen toimeenpano ei edennyt toivotulla tavalla. (Ks. Liite 3.)

Tarkastuksessa arvioitiin keskittämis- ja päivystysuudistusten valtakunnallisen ja alueellisen toimeenpanon sujuvuutta. Lisäksi arvioitiin uudistusten tavoitteiden toteutumista sekä niiden seurauksia erityyppisissä sairaaloissa, laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköissä ja ympärivuorokautisissa yhteispäivystysyksiköissä.

Tarkastuksessa vastattiin neljään pääkysymykseen:

1. Onko keskittämisen valtakunnallinen ohjaus onnistunut tavoitellusti?
2. Onko keskittämisen alueellinen toimeenpano toteutettu tehokkaasti ja taloudellisesti?
3. Ovatko keskittämis- ja päivystysuudistuksessa arvioidut seuraukset viranomaisten toimintaan toteutuneet?
4. Miten päivystys- ja keskittämisuudistukselle asetetut keskeiset tavoitteet ovat toteutuneet?

Tarkastuksen aineisto kerättiin valtaosin vuoden 2023 aikana. Aineisto sisälsi vuodet 2017–2023. Tarkastuksen tuottama aineisto palvelee paitsi eduskuntaa myös sairaala- ja päivystysverkon uudelleen järjestämisen valmistelusta vastaavaa sosiaali- ja terveysministeriötä ja muita valmisteluun osallistuvia tahoja. Tarkastus korostaa erityisesti sellaisen tiedon hyödyntämisen tärkeyttä lainvalmisteluprosesseissa, joka saadaan käytännön työtä tekeviltä asiantuntijoilta.

## 2 Onko keskittämisen valtakunnallinen ohjaus onnistunut tavoitellusti?

Erikoissairaanhoidon ja päivystyksen työnjaon ja toimintojen keskittämisen lainsäädännöllinen ohjaus on ollut viimeisen kymmenen vuoden aikana vaihtelevaa ja osittain jopa epäselvää ja tulkinnanvaraista. Monitahoisella sääntelyllä on pyritty ohjaamaan sairaanhoitopiirejä ja erityisvastuualueita (jatkossa erva-alueet) toimimaan tietyllä tavalla, mutta alueiden mahdollisuudet ja kyky päätöksentekoon ovat olleet rajalliset. Erva-alueiden tasolla eri sairaanhoitopiirit ovat useissa tapauksissa ajaneet omaa etuaan ja yrittäneet pitää kiinni toiminnoistaan. Yliopistosairaaloilla ei ole ollut keskittämisen toimeenpanoon suoranaista toimivaltaa.

Erikoissairaanhoidon järjestämissopimukset ovat jääneet yleensä yleisen tason yhteistyöpapereiksi, joiden vaikutus palveluiden tuottamiseen ja eri alueiden väliseen työnjakoon on toteutunut vaihtelevasti. Samoin monimutkaista ohjausta on voitu tulkita eri tavoin sen suhteen, mitkä toimet kuuluvat keskittämisen piiriin ja mitkä eivät. Kun säädöstasoinen ohjaus ei ole onnistunut, on alkuperäistä sääntelyä lievennetty. Tällöin alkuperäisestä tavoitteesta on ajautettu kauemmas. Monimutkaisen ohjauksen ongelmallisuutta on korostanut seurantatiedon heikkous ja seurannasta vastanneiden viranomaisten toiminnan puutteet.

### 2.1 Keskittämis- ja päivystysasetusten toimeenpano ei ole sujunut alkuperäisten tavoitteiden mukaisesti

Keskittämistä koskevat tavoitteet eivät ole uusi asia terveydenhuollon lainsäädännössä. Vuonna 1989 annettuun erikoissairaanhoidolakiin (1062/1989) oli jo kirjattu erityistason sairaanhoito, jolla viitattiin erityisen vaativan ja harvinaisen sairaanhoidon järjestämiseen ja porrastamiseen sairaanhoitopiirien sisällä ja sairaanhoitopiirien välillä harvempiin yksiköihin. Tämän jälkeen erikoissairaanhoidon operatiivista leikkaustoimintaa ja päivystystoiminnan järjestämistä on ohjattu lukuisilla erilaisilla säädöksiin kirjatulla tavoitteilla ja velvoitteilla, joissa on määritelty sairaaloiden toiminnan edellytyksistä. Vuonna 2021 voimaan tulleella keskittämisasetuksen muutoksella lievennettiin joiltain osin keskittämisen sisällöllisiä vaatimuksia ja mahdollistettiin tavoitteista poikkeaminen tietyin edellytyksin.

## Toimenpidemäärillä ohjaamisessa on periaatteellisia ongelmia

Erikoissairaanhoidon keskittämisen tavoitteet nähtiin keskittämissuudistuksen valmisteluvaiheen lausunnoissa ja myös tarkastuksen yhteydessä tehdyissä asiantuntijahaastatteluissa pääsääntöisesti ymmärrettävinä ja kannatettavina. Sen sijaan tavoitteisiin pääsemisen keinoissa ja ohjaustavassa koettiin olevan paljon puutteita.

Tarkastuksessa saatujen tietojen mukaan ohjauksen periaatteellisena ongelmana on, että kaavamaisella sääntelyllä pyritään ohjaamaan toimintaa, jonka käytännön tekemiseen ja tuloksiin vaikuttavat lääketieteen kehitys, yksiköiden erikoistuminen ja osajat sekä muun muassa se, miten kauan ja millä perusteilla toimintaa on tuotettu kullakin alueella<sup>6</sup>. Esimerkkinä kaavamaisen ohjauksen ongelmasta on se, että lukumäärätavoitteet eivät ole lääkäri- vaan sairaalakohtaisia. Esimerkiksi keskussairaalan leikkaavalle kirurgille saattaa toimenpiteitä kertyä vuositasolla huomattavasti enemmän kuin yliopistosairaalan kirurgeille, jotka jakavat potilasmäärät keskenään. Toisaalta yliopistosairaalan kirurgi voi puolestaan tulla osa-aikaisesti leikkaamaan keskussairaalaan, jolloin leikkaus laskeaan keskussairaalan toimenpidemäärään.<sup>7</sup> Osaamisen näkökulmasta yliopistosairaalan lääkärin osaaminen lisääntyy, ei osaaminen keskussairaalassa.<sup>8</sup>

Lääketieteellisten toimenpiteiden luonne saattaa muuttua myös ajan kuluessa – keskitetty toimenpide voi olla muutaman vuoden päästä rutiinia ja toisaalta voidaan kehittää uusia toimenpiteitä, joiden tulisi olla keskitettyjä<sup>9</sup>. Kaavamainen lukumäärillä ohjaaminen ei myöskään huomioi eri erikoisalojen keskinäisiä riippuvuussuhteita, jolloin esimerkiksi synnytysten loppuminen voi lopettaa anesthesiologian toimintaedellytykset, mikä puolestaan vaikuttaa laaja-alaisesti muiden erikoisalojen toimintamahdollisuuksiin. Vastaavalla tavalla ympärivuorokautinen päivystys ja riittävä päiväaikainen toiminta liittyvät kiinteästi yhteen lääkäriytyövoiman saatavuuden ja optimaalisen käytön takia.

Tarkastuksen haastatteluissa tuotiin esille, että toimenpidemääriin perustuvalla kategorisella ohjauksella on lakkautettu toimivia ja kustannustehokkaita yksiköitä, joiden tuottamien palveluiden laatukin on osoitettu hyväksi. Toimivien yksiköiden lakkauttaminen voi puolestaan aiheuttaa edelleen ruuhkia, leikkaussalikapasiteetin puutetta ja hoitajajoukon kasvua niissä yksiköissä, joiden pitää ottaa vastaan siirtyvät potilaat. Tämä heijastuu hoitoon pääsyyn ja voi aiheuttaa riskejä potilasturvallisuudelle. Vastaavasti toimintoja menettäviin yksiköihin jää helposti tyhjäkäyntiä, kun työvoimaa ja tiloja ei voida käyttää enää tehokkaasti.<sup>10</sup> Leikkaustoiminnasta luopuvien yksiköiden näkökulmasta keskittämisen kustannussäästöt eivät näytä toteutuvan, sillä keskus- ja yliopistosairaaloiden toimenpidekohtaiset kustannukset olivat haastattelutietojen mukaan lähes poikkeuksetta suurempia kuin omana toimintana tehdyissä toimenpiteissä (ks. tarkemmin luku 2.3).



Kaavamainen ohjaus ei huomioi taustoja, yksityiskohtia ja riippuvuussuhteita.



Kaavamainen ohjaus voi lakkauttaa alueen palveluverkon näkökulmasta hyvin toimivia yksiköitä.

Keskittämisen tarvetta on perusteltu riittävien toimenpidemäärien tuomilla laatu- ja potilasturvallisuushyödyillä sekä osaamisen varmistamisella. Tarkastuksen haastatteluissa kritisoitiin sitä, että keskittämisen keskeiset laatuun, turvallisuuteen ja osaamiseen liittyvät perustelut eivät koske samalla tavalla yksityisiä erikoissairaanhoidon palveluntuottajia kuin julkisia palveluntuottajia<sup>11</sup>. Vastaavaan asiaan on kiinnitetty huomiota myös keskittämisasiäsetuksen valmistelun asiantuntijalausunnoissa<sup>12</sup>.

## Toimenpidemäärien perusteet ovat epäselviä

Toimenpidemäärillä toteutettavaa erikoissairaanhoidon ohjausta kritisoitiin sen puutteellisista perusteluista. Pääosa haastatelluista lääkäreistä oli sitä mieltä, että lukumäärät eivät perustu tarkkaan ilmaistuihin faktoihin. Säädöksiin kirjattujen toimenpidemäärien nähtiin muodostuneen jopa siten, että niiden perusteella voidaan perustella tiettyjen yksiköiden olemassaolo. Jossain tapauksessa lukumäärien määrittely nähtiin olevan yliopistosairaaloiden lääkäreiden päättämä asia.<sup>13</sup> Haastatteluissa kritisoitiin sitä, ettei keskittämisasiäsetuksen lukumäärätavoitteille ole esitetty lääketieteellisiä tai laadullisia perusteita, jolloin leikkausvolyymeja koskevat tiedot ovat enemmän tai vähemmän arvioita<sup>14</sup>.

Asiassa nähtiin olevan jopa puutteellisen säädösvalmistelun piirteitä, kun lukumäärien perusteet ovat epätarkkoja eivätkä läpinäkyvästi perusteltuja<sup>15</sup>. Esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön erityistason järjestämistä koskevassa ohjeessa vuodelta 2001 lonkan ja polven tekonivelleikkaukset määriteltiin keskitettäväksi sairaaloihin, joissa tehtiin 200 leikkausta vuodessa<sup>16</sup>. Vuoden 2017 keskittämisasiäsetuksessa vastaavaksi määräksi määriteltiin 600 leikkausta vuodessa. Keskittämisen sääntelyn ja erityisesti siihen liittyvien toimenpidemäärien keskeisimpänä tausta-aineistona oli vuonna 2016 julkaistu Kirurgia Suomessa 2020-luvulla -julkaisu, jossa on ilmaistu erilaisille toimenpidemäärille erityyppisiä perusteluja. Varsinaiset lukumääräperusteet on ilmaistu julkaisussa kuitenkin hajanaisesti. Suurin osa lukumääräperusteista löytyy linjaavan julkaisun liitetiedostoina olevista artikkeleista.<sup>17</sup>

## Toimenpiteiden lukumäärätavoitteista ei ole pidetty kiinni

Toimenpidemäärillä ohjaamisen heikkoutena pidettiin yleisellä tasolla sitä, että lukumääräperusteista on tingitty ja poikkeamiin on annettu poikkeuslupia vuodesta toiseen. Tyypiesimerkkinä tästä ovat synnytykset. Sosiaali- ja terveysministeriön näkökulmasta poikkeuslupia on ollut vaikeaa olla myöntämättä, kun yksikön tarvetta on perusteltu alueen tarpeilla, erä-alueen muut sairaanhoitopiirit ovat puoltaneet yksiköiden tarvetta ja kun päätöksentekoon sisältyy usein vielä poliittista tarkoituksenmukaisuusharkintaa<sup>18</sup>.



Toimenpidemäärille ei ole esitetty selkeitä lääketieteellisiä tai laadullisia perusteita.

Keskittämisasiasetuksen lukumäärätavoitteiden noudattamisessa on ollut myös alueiden välistä vaihtelua, ja asioita on tulkittu eri tavoin. Lukumäärätavoitteita on sovellettu muun muassa siten, että toimenpiteitä on laskettu eri sairaaloiden välillä yhteen ja toimenpidemääriä on pyritty maksimoimaan vuositasolla. Lisäksi toimintaa on jatkettu lukumäärätavoitteista huolimatta muuttamalla toimenpiteen toteuttamistapaa esimerkiksi nukutuksesta paikallisuudutukseen.<sup>19</sup> Tarkastushavainnot osoittivat myös sen, että erikoissairaanhoidon työnjaosta sopimisessa on ollut hankaluuksia<sup>20</sup>. Valvontaviranomaiset ovat joutuneet antamaan määräyksiä ja tekemään päätöksiä, jotka ovat liittyneet keskittämisen ja päivystysasetusten vastaiseen toimintaan<sup>21</sup>. Ratkaisua on haettu myös korkeimmalta hallinto-oikeudelta<sup>22</sup>.

Tarkastushavaintojen perusteella toimenpidemääriin perustuvan ohjauksen toimivuutta on heikentänyt alkuperäisten keskittämisen ja päivystysasetusten ristiriitaiset tavoitteet sen suhteen, mitä rajoituksia tiettyjen sairaaloiden päiväaikaiselle toiminnalle asetetaan ja mitä edellytyksiä yöaikaiselta päivystystoiminnalta vaaditaan. Keskittämisen ja päivystysasetusten kuvattiin muodostaneen rakenteen, jossa laajan päivystyksen myötä tuleva ympärivuorokautinen päivystysvalmius edellytti laaja-alaisia kirurgisia valmiuksia, mutta samanaikaisesti keskittämisasiasetus pyrki rajaamaan päiväaikaisia toimenpiteitä, mikäli pykälä 7:n mukaiset toimenpidemäärätavoitteet eivät ole toteutuneet. Terveystieteiden tutkimusten mukaan päivystystä koskevat linjaukset koettiin keskittämisasiasetusta tärkeämpinä ja palveluita pyrittiin kehittämään päivystykselle annettujen vaatimusten mukaisesti. Osa sairaaloista pyrki jopa laajentamaan ympärivuorokautisesti järjestämänsä yhteispäivystyksen erikoisalojen määrää, jotta sairaalan toiminnan perusta saataisiin vahvemmaksi ja laaja-alainen lääkäri työvoima pysymään sairaalassa.<sup>23</sup>

Myös valtakunnallisesti vähempään kuin viiteen sairaalaan keskittävien palveluiden ohjauksessa nähtiin puutteita sen suhteen, miten säädös toimii käytännössä yliopistosairaaloiden työnjaon ohjaajana. Tarkastuksen haastatteluissa tuotiin laajasti esiin, että keskittäminen olisi tarpeellisinta kaikkein harvinaisempien ja vaativimpien leikkausten ja hoitojen osalta, mutta näissä tavoitteet ovat toteutuneet huonosti ja yliopistosairaaloiden välisessä työnjaossa on vielä paljon tekemistä. Yliopistosairaaloiden välistä työnjakoa pidettiin jopa keskittämisen yhtenä isoimmista ongelma-alueista tällä hetkellä, johon lainsäädännöllä tai keskushallinnon muulla ohjauksella ei ole erityisesti puututtu.<sup>24</sup> Epäselvää on myös se, miten valtakunnallinen keskittäminen on toteutunut, koska jos sovittuja keskittämistoimia ei ole kirjattu yhdenmukaisesti minnekään. Tarkastushaastattelujen aikaan yliopistosairaaloiden johtajaylilääkärit kartoittivat tätä asiaa<sup>25</sup>. Toisaalta joillakin erikoisaloilla yliopistosairaaloiden välinen yhteistyö ja työnjaosta sopiminen on toiminut hyvin. Kaikkein harvinaisimmissa ja vaikeimmissa operaatioissa valtakunnallinen keskittäminen on onnistunut hyvin.<sup>26</sup>



Keskittämistä koskevaa sääntelyä on noudatettu vaihtelevasti.



Säädöksen ongelmia on ratkaistu alkuperäisiä tavoitetasoja laskemalla.



Toimenpidemääriin perustuvaa ohjausta myös puolustettiin. Sitä pidettiin yksinkertaisena ja toteuttamiskelpoisena sairaaloiden työnjaon jaottelutapana, jossa tulee huomioitua yleisemminkin yksiköiden kokoon liittyviä vaatimuksia, kuten moniammatillisten tiimien osaamista tai lääketieteellisen teknologian tarpeita<sup>27</sup>. Haastateltujen asiantuntijoiden mukaan parhaimpana mallina toimintojen keskittämisen ohjaukselle pidettiin yksimielisesti hoidon laadun, tulosten ja kustannusten mittaamiseen perustuvaa sairaalakohtaista vertailua, jonka perusteella voitaisiin arvioida ja arvottaa eri yksiköiden kykyä tehdä toimenpiteitä<sup>28</sup>. Nykyinen terveydenhuollon toiminnan ja talouden tietopohja ei kuitenkaan mahdollista vielä tällaista järjestelmää.

## Yhteispäivystyksen ohjauksessa on epäselviä elementtejä

Erityyppisiä päivystyksen yksiköitä on ohjattu eri tavoilla. Laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköiden sisällölliset vaatimukset on ilmaistu tarkkaan säädöstatasolla<sup>29</sup>. Vastaavasti ympärivuorokautisten yhteispäivystysyksiköiden toiminnan laajuudesta on pitänyt sopia erityisvastuualueen erikoissairaanhoidon järjestämispimuksessa<sup>30</sup>. (Ks. Liite 3.)

Tarkastushavainnot osoittivat, että laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköiden ja ympärivuorokautisten yhteispäivystysyksiköiden erot ovat kaventuneet. Ympärivuorokautisten yhteispäivystysyksiköiden omaavien sairaaloiden motiivina on ollut pitää toiminta mahdollisimman laaja-alaisena ja vetovoimaisena, koska samat osajat sekä leikkaavat että päivystävät<sup>31</sup>. Jos leikkaukset rajoittuvat vain päivystysleikkauksiin, ei se riitä ylläpitämään osaamista ja lääkärit voivat lähteä sairaalasta<sup>32</sup>. Äärimmillään laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikön sairaalassa voi olla suppeampi palveluvalikoima kuin lähialueen ympärivuorokautisen yhteispäivystysyksikön sairaalassa. Tällöin päivystyksellisiä potilaita on jouduttu jopa lähettämään laajan ympärivuorokautisen päivystyksen sairaalasta hoitoon ympärivuorokautisen yhteispäivystyksen sairaalaan.<sup>33</sup> Tältä osin päivystyksellisten sairaaloiden käytännön työnjako ei ole aina sellainen, johon terveydenhuoltolailla sekä päivystys- ja keskittämisasiasetuksilla on pyritty. (Ks. Liite 3.)

Hallituksen esityksessä HE 224/2016 arvioitiin, että keskittämis- ja päivystysuudistuksen yhdistämisellä saadaan merkittäviä säästöjä. Säästötavoitteiden toteutumista kuitenkin kyseenalaistettiin keskittämis- ja päivystysuudistuksen lainvalmisteluun annetuissa lausunnoissa ja sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen esittämässä tutkimuksessa. Hallituksen esitysluonnoksessa esitettyjen kustannussäästöjen todettiin perustuvan pelkkiin arvioihin sekä olevan optimistisia ja epävarmoja.<sup>34</sup> Tätä perusteltiin muun muassa sillä, että päivystysasetuksella lisätään yhteispäivystysten velvoitteita, joka taas johtaa suurella osalla keskussairaالاتasoisissa ympärivuorokautisen yhteispäivystyksen sairaaloissa kustannusten kasvuun ja palveluvarustuksen lisäämiseen ilman välttämätöntä tarvetta.



Ympärivuorokautiset yhteispäivystysyksiköt ovat laajentaneet palveluvalikoimaansa.

Lisäksi katsottiin, että kustannuksia nostaa vaatimus siitä, että päivystyksyksikössä on oltava ympärivuorokautisesti saatavilla kuvantamis- ja laboratoriopalvelut potilaan tutkimusta, hoidon tarpeen arviointia ja hoitoa varten.<sup>35</sup>

## Monimutkaisten asioiden yksityiskohtainen säädösohjaus vie pohjaa ohjauksen toimivuudelta

Monimutkaisten asioiden ja kokonaisuuksien ohjaaminen tiukoilla lukumääräperusteilla ei välttämättä toteudu tehokkaasti alueellisella toimeenpanon tasolla. Tarkastuksen haastatteluissa kerrottiin, että esimerkiksi vatsaelinkirurgiassa on hankala toisinaan määrittellä, miten leikkaus luokitellaan ja määritellään toimenpidekoodien tasolla. Koska eri toimenpiteiden luokittelua voidaan tehdä monella tavalla, muuttuu samalla myös tehtyjen toimenpiteiden lukumäärätason seuraaminen vaikeaksi.<sup>36</sup> Tilanteet voivat olla monitulkintaisia ja jossain tapauksissa hoitoketjun toimivuuden tai jatkohoidon turvaamiseksi toimenpiteitä voidaan tehdä esimerkiksi sairaaloiden välisillä sopimuksilla, jotka eivät kuitenkaan tiukasti tulkiten täytä keskittämisasiäsetuksen mukaisia toimenpidemäärävaatimuksia<sup>37</sup>.

Tarkastusahavainnot osoittivat, että paikallinen tieto ja erityistarpeet ajavat toisinaan kömpelöinä pidettyjen säädösten ohi, jos käytännön hoitotyötä tekevät ammattilaiset näkevät asioille yksinkertaisempia ratkaisuja<sup>38</sup>. Esimerkiksi tilanne, jossa sekä potilaan että lääkärin on pitänyt siirtyä pitkän välimatkan päähän tekemään tietty toimenpide, on nähty perusteettomana ja tällöin toimintaa on sopimuksella siirretty takaisin keskussairaalaan ja asiaa on varmistettu esimerkiksi konsultaatiokäytännöllä. Jossain tapauksissa taas konsultaatio- ja yhteistyöratkaisuihin on päädytty, kun erwa-alueella ei ole päästy asiasta muuten yhteisymmärrykseen.<sup>39</sup> Muutoinkin ortopedistä leikkaustoimintaa on siirretty sopimuksilla takaisin keskussairaaloihin tai pieniin sairaaloihin, kun keskittämisestä ja myös muista syistä aiheutuneiden leikkausjonojen purkua ei ole muuten kyetty tekemään<sup>40</sup>.

Erikoissairaanhoidon keskittämisen ja työnjaon ohjauksen ongelmana on myös se, että erwa-alueet eivät ole selkeitä ja toimivaltaisia organisaatioita, joille voidaan osoittaa lainsäädännöllisiä toimeenpanotehtäviä. Erwa-alueiden kykyä hoitaa niille osoitettuja tehtäviä on haitannut se, että ne ovat pääasiassa sairaanhoitopiirien yhteistyöorganisaatioita, joilla ei ole selkeää ja sitovaa toimivaltaa toimia alueellisena päätöksenteko- ja toimeenpanoelimenä.<sup>41</sup> Tätä asiaa korostaa se, että lainsäädännön tausta-aineistoissakin yhtenä lähtökohdana oli se, että operatiivisten erikoisalojen keskittäminen ja työnjako edellyttää viiden yliopistollisen sairaanhoitopiirin vahvaa ohjausvelvoitetta ja vastuuta<sup>42</sup>. Käytännössä keskittämis- ja päivystysasetuksessa yliopistosairaaloille ei ole kuitenkaan annettu erityistä roolia tai toimivaltaa oman erityisvastuualueen palveluiden ja työnjaon ohjaukseen.



Yksityiskohtainen sääntely ei aina toteudu käytännön työssä.



Erytisvastuualueilla ei ole riittävää toimivaltaa päättää alueen erikoissairaanhoidon palveluiden työnjaosta ja keskittämisestä.

Keskittämisen alueelliseen sopimiseen perustuva toimintamalli onkin jäänyt useimmiten kunkin sairaanhoitopiirin omien etujen optimoinnin jalkoihin.<sup>43</sup>

Vaikka osalla alueista on tehty erilaisia lainsäädännön tulkintaan tai alueelliseen sopimiseen perustuvia toimia toimenpidemääriin pääsemisessä, niin toisilla alueilla on noudatettu tiukasti lukumääräperusteita ja toimintoja on sairaaloissa lopetettu<sup>44</sup>. Keskittämisen toimeenpano on siis edennyt hyvin eritahtisesti eri sairaanhoitopiireissä ja erä-alueilla, ja nyttemmin siis hyvinvointialueilla (ml. Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä, jatkossa hyvinvointialueet) ja yhteistyöalueilla (jatkossa YTA-alueet).

## 2.2 Erikoissairaanhoidon keskittämisen seuranta ei ole toteutunut eduskunnan edellyttämällä tavalla

Erikoissairaanhoidon ja päivystyksen keskittämistä ohjanneiden säädösten valmistelussa korostettiin, että keskittämisen toiminnallisten muutosten ja säästöjen toteutumisen varmistamiseksi keskittämistoimien toimeenpanoa pitää seurata<sup>45</sup>. Myös eduskunta edellytti, että erikoissairaanhoidon työnjaon uudistusta tulee seurata tiiviisti. Eduskunnan antamaan lausumaan onkin kirjattu, että jos joillakin alueilla ilmenee toiminnallisia ongelmia, potilasturvallisuus heikenee tai jos tavoiteltua kustannustehokkuutta ei saavuteta, hallituksen on ryhdyttävä välittömästi toimiin tilanteen korjaamiseksi.<sup>46</sup>

### Seurannan päävastuu osoitettiin koordinaatioryhmälle

Keskittämisen- ja päivystysasetusten valmistelussa painotettiin, että päivystyksen ja erikoissairaanhoidon rakenteiden uudistuksen toimeenpano tulee seurata ja valvoa valtiovarainministeriön, sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön sekä valvovien viranomaisten yhteistyönä. Tällä pyrittiin varmistamaan asetusten edellyttämien toiminnallisten muutosten ja säästöjen toteutuminen suunnitellussa aikataulussa.<sup>47</sup>

Keskittämisen- ja päivystysasetuksissa säädettiin myös seurannan toteutustavasta. Asetukset velvoittivat sairaanhoitopiirit, joissa on yliopistollinen sairaala, laatimaan kahdesti vuodessa selvityksen siitä, miten valtakunnallinen ja alueellinen kokonaisuuksien suunnittelu ja yhteen sovittaminen, tavoitellut taloudelliset vaikutukset sekä sitoutuminen yhtenäisiin hoidon perusteisiin ovat toteutuneet kullakin erityisvastuualueella ja yliopistollisten sairaanhoitopiirien kesken. Selvitykset velvoitettiin toimittamaan kunkin vuoden huh-tikuun ja lokakuun loppuun mennessä.<sup>48</sup>



Keskittämisen valmistelussa painotettiin seurannan tärkeyttä.

Sosiaali- ja terveysministeriö kokosi koordinaatioryhmän, jonka päätehtävänä oli asetusten mukaan vastaanottaa yliopistollisten sairaanhoitopiirien kaksi kertaa vuodessa toimittamat selvitykset sekä arvioida niiden sisällöt. Koordinaatioryhmän toimivalta perustui kunkin viranomaisen omaan asemaan ja tätä kautta ryhmällä oli välillinen mahdollisuus valvontatoimiin. Kansallisessa koordinaatioryhmässä oli sosiaali- ja terveysministeriön, valtiovarainministeriön, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviran, aluehallintovirastojen ja erityisvastuualueiden edustus sekä riittävä lääketieteen erikoisalojen edustus.<sup>49</sup>

## Koordinaatioryhmän seuranta hiipui asetuksen toimeenpanon ensimmäisten vuosien jälkeen

Keskittämisen- ja päivystysasetuksen toimeenpanon seuranta varten perustettu koordinaatioryhmä toimi kahdella toimikaudella: 29.9.2017–30.9.2019 ja 2.11.2020–31.12.2024. Koordinaatioryhmän kokouskäytäntöjen aktiivisuudessa oli selkeää eroa toimikausien välillä ja käytännössä toiminta päättyi seurantaan koskevien asetusten pykälien kumoamisen myötä vuoden 2023 alussa<sup>50</sup>. Ensimmäisellä toimikaudella koordinaatioryhmä kokoontui kahdeksan kertaa. Tämän jälkeen toimikausien väliin jäi 13 kuukauden tauko. Jälkimmäisellä toimikaudella koordinaatioryhmä kokoontui kolme kertaa. Kaksi kokouksista järjestettiin vuonna 2021 ja yksi 15 kuukauden tauon jälkeen vuonna 2022. Tämän jälkeen koordinaatioryhmä ei ole kokoontunut. Jälkimmäisellä toimikaudella koordinaatioryhmän seuranta-alueeseen vaikuttivat COVID-19-pandemian lisäksi keskittämisasiäasetukseen tehdyt muutokset. Erityisesti viimeksi mainittu seikka käytännössä lopetti koordinaatioryhmän toiminnan.<sup>51</sup> Tarkastuksen sairaalakohtaisissa haastatteluissa ilmeni, että ministeriön ja koordinaatioryhmän näkyvyys käytännön operatiivista työtä tekeville terveydenhuollon asiantuntijoille on jäänyt etäiseksi. Lähinnä muistettiin se, että seurantatietoja lähetettiin kaksi kertaa vuodessa.<sup>52</sup>

Tarkastuksessa sosiaali- ja terveysministeriöltä tiedusteltiin keskittämisasiäasetuksen pykälän 8 ja päivystysasetuksen pykälän 21 mukaisia erä-alueiden toimittamia selvityksiä. Ministeriön asianhallintajärjestelmästä ei kuitenkaan löytynyt kattavasti selvityksiä tai seurantaan siitä, miten tavoitellut taloudelliset vaikutukset ja sitoutuminen yhtenäisiin hoidon perusteisiin ovat toteutuneet eri erä-alueilla. Tarkastuksen havaintojen mukaan näyttääkin siltä, että seuranta on tehty ensisijaisesti excel-pohjaisilla kolmeen väriin perustuvalla ”liikennevaloseurannoilla”, joita on täytetty alueilla manuaalisesti.<sup>53</sup>



Koordinaatioryhmän toiminta oli katkonaista.



Koordinaatioryhmän seuranta painottui toimenpidemäärien seurantaan.

Käytännössä koordinaatioryhmän toteuttama seuranta keskittyi siihen, mitä toimintoja on keskitetty, mitkä ovat kesken ja mitä ei ole keskitetty. Saatujen tietojen mukaan alkuvaiheessa koordinaatioryhmässä ratkottiin aktiivisesti keskittämiseen liittyviä käytännön asioita ja paine ohjasi alueita toimimaan. Sittemmin keskittämistoimet rauhoittuivat ja jossain tapauksissa pysähtyivät. Osa asioista jäi odottamaan esimerkiksi infrastruktuurin rakentamista tai järjestämissopimukseen pääsemistä.<sup>54</sup>

Vuoden 2019 alussa julkaistussa erikoissairaanhoidon työnjaon ja päivystyksen toteutumista arvioineessa raportissa tuotiin esille, että erityisesti keskittämisasiäsetuksen pykälän 7 mukaisissa asioissa osa asioista ei ollut enää aktiivisen valmistelun piirissä. Raportin mukaan tietyt kirurgiaan liittyvät lääketieteelliset ja sairaaloiden profiiliin liittyvät alueelliset näkemyserot antavat aiheen tulkita osan keltaisiksi koodatuista vastauksista tosiasiallisiksi.<sup>55</sup> Koordinaatioryhmän muistioissa oli myös tulkinnanvaraiseksi luonnehdittavia arvioita keskittämisasiäsetuksen lukumääräperusteiden toteutumisen tilanteesta. Esimerkiksi eräissä tapauksissa erä-alueen raportoinnin mukaan toimenpidemäärien toteutumisen punaisen värin arvioitiin vaihtuvan säädöksen joustoa ja yksikön osaamista tarkastelemalla vihreäksi.<sup>56</sup>

Kokonaisuudessaan koordinaatioryhmän toteuttamassa seurannassa korostui tietopohjan puutteet. Esimerkiksi keskitettäviä toimintoja kuvaavissa rekisteritiedoissa todettiin olevan seurannan kannalta ongelmia.<sup>57</sup> Myös sosiaali- ja terveysministeriöstä saadun tiedon perusteella koordinaatioryhmä käsitteli useasti seurantaan ja analysointiin vaadittavan tietopohjan puutteita. Joitakin toiminnallisia lukuja saatiin osittain Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselta, mutta sellaista aktiivisesti seurattavaa tietopohjaa, josta olisi ilmennyt eri toimenpiteiden lukumäärät yksikkökohtaisesti, ei ollut saatavilla. Samoin vertailukelpoisia ja riittävän tarkalle tehtävä- ja yksikkökohtaiselle tasolle ulottuvia taloudellisia lukuja ei koordinaatioryhmä saanut mistään.<sup>58</sup>

Hyvinvointialueiden aloittaessa vuoden 2023 alussa muuttui myös keskittämisi- ja päivystysasetusten seurannan toteutustapa. Kummankin asetuksen niin sanotut seurantapykälät kumottiin terveydenhuoltolain muutosten yhteydessä. Seuranta toteutetaan uudessa mallissa osana sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaissa (612/2021) mainitun sote-neuvottelukunnan ja sen jaosten toimintaa. Toiminnan arvioinnissa tukeudutaan myös muihin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain 4. luvun menettelyihin (esim. ministeriön ja hyvinvointialueiden neuvottelut). Seurannan menettelyt ovat vielä keskeneräisiä ja suunnittelun kohteena, vaikka itse toiminta on jo käynnistynyt.<sup>59</sup> Tämä on riski toiminnan arvioinnin näkökulmasta.



Koordinaatioryhmän toteuttama seuranta kärsi talous- ja tilastotiedon puutteista.

## Valvontaviranomaisten valvontatyö vaikeutui keskittämisasiasetuksen vuoden 2021 muutosten myötä

Tarkastuksessa ilmeni, että Valviran ja aluehallintovirastojen työnjako ei ole ollut täysin yksiselitteinen keskittämisi- ja päivystysasetusten toteutumisen valvonnassa. Yksi aluehallintovirastoista totesi, että keskittämisasiasetuksen toteutumisen valvonta kuuluu Valviran valvontavastuulle, ei aluehallintovirastolle<sup>60</sup>. Valvirasta saadun näkemyksen mukaan keskittämisi- ja päivystysasetuksen toimeenpanon valvonnan tehtävät ovat kuuluneet Valviralle, aluehallintovirastolle sekä koordinaatioryhmän kautta myös sosiaali- ja terveystieteiden ministeriölle<sup>61</sup>. Keskittämisi- ja päivystysasetusten suunnitelmallinen valvonta oli Valviran ja aluehallintovirastojen valtakunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaohjelman painopisteenä vuosina 2018 ja 2019. Valviran ja aluehallintovirastojen välisestä työnjaosta oli sovittu valvontaohjelmassa ja sen jälkeen yhteisissä työkokouksissa.<sup>62</sup>

Valvirasta saadun tiedon mukaan vuosien 2011–2022 välisenä aikana keskittämisi- ja päivystysasetuksen toimeenpanoon liittyviä päätöksiä oli tehty noin 20. Niistä määräyksiä tai velvoitteita oli annettu neljässä päätöksessä. Valviran toimittamissa valvontapäätöksissä ja tarkastuksen haastatteluissa esille tulleiden keskittämisasiasetuksen noudattamisen puutteiden välillä havaittiin eroja<sup>63</sup>. Näyttääkin siltä, ettei Valvira ole puuttanut keskittämisi- ja päivystysasetuksen toimeenpanon puutteisiin täysin yhdenmukaisesti. Valviran mukaan keskittämistoimien etenemisen seurannassa on jouduttu tukeutumaan erä-alueiden koordinaatioryhmälle toimittamiin seurantatietoihin sekä erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksiin, jolloin keskittämisen etenemiseen on voitu puuttua vain tilanteissa, joissa toimeenpanon puutteista on saatu näyttöä. Myös keskittämisasiasetuksen pykälään 7 vuonna 2021 tehdyt muutokset vaikuttivat valvontaviranomaisten valvonnan toteuttamiseen.<sup>64</sup> Säädosmuutoksen myötä valvontaviranomainen joutui tarkastelemaan toimenpidemääriä aiemmasta poiketen ja ottamaan huomioon, miten järjestämissopimukseen oli kirjattu mahdollisuudet alittaa vaaditut toimenpidemäärät<sup>65</sup>.

Aluehallintovirastot esittivät erilaisia näkemyksiä siitä, miltä osin valvonnassa havaitut puutteet ovat liittyneet päivystys- tai keskittämisasiasetuksen toimeenpanoon. Osa aluehallintovirastoista ilmoitti vain alle viiden valvonta-asian liittyneen päivystys- tai keskittämisasiasetuksen toimeenpanoon tai siitä aiheutuneisiin seikkoihin. Toisaalta osa aluehallintovirastoista puolestaan arvioi, että palveluiden keskittämisen toimet ovat liittyneet kymmeneen tai jopa satoihin valvonta-asioihin. Erot arvioissa johtuvat siitä, että valvonta-asioiden seuranta- ja raportointitiedoista ei suoraan ilmene, liittyykö käsitelty asia päivystys- tai keskittämisasiasetuksen toimeenpanoon.<sup>66</sup>



Keskittämisasiasetuksen vuoden 2021 lievennys vaikeutti asetuksen toimeenpanon valvontaa.

Keskittämisen toimeenpanosta vastanneet lääkärit ja hoitotyön asiantuntijat (esimerkiksi sairaanhoitajat ja ylihoitajat) arvioivat valvontaviranomaisten roolia vaihtelevasti tarkastuksen haastatteluissa. Joissain tapauksissa todettiin, että Valvira ja myös aluehallintovirastot ovat olleet aktiivisia keskittämisen etenemisen seurannassa<sup>67</sup>. Erityisesti asetusten voimaantulon jälkeen valvonnan koettiin olleen aktiivisempaa ja joitakin selvityspyyntöjä keskittämisen toimista oli tullut vastuulääkäreille. Valtaosa haastatelluista arvioi kuitenkin, että valvontaviranomaisten näkyvyys on ollut vähäistä keskittämistoimien valvonnassa. Valvonnan on koettu liittyneen enemmänkin yksittäisiin epäkohtiin sekä hoitoon pääsyn ja päivystyksen toiminnan arviointiin.<sup>68</sup>

Kokonaisuudessaan valvontaviranomaisten toiminta keskittämis- ja päivystysasetusten toimeenpanon seurannassa ei ole ollut niin suunnitelmallista ja yhdenmukaista, mitä asetusten valmistelussa tavoiteltiin. Valvonta oli aktiivisempaa noin kaksi vuotta keskittämisasetusten voimaantulon jälkeen, mutta vuoden 2019 lopusta alkaen valvontatoiminta on vähentynyt<sup>69</sup>. Asia ilmenee myös Valviran vuotta 2020 koskevasta tilinpäätös- ja toimintakertomuksesta. Kertomukseen on kirjattu, että Valvira on aloittanut erikoissairaanhoidon keskittämis- ja päivystysasetuksen toteutumisen valvonnan yhteistyössä aluehallintovirastojen kanssa vuonna 2019, mutta asetuksissa edellytetty koordinaatioryhmä ei ole toiminut tavoitellusti, minkä takia myös asetusten toteutumisen valvonnan todettiin olevan vielä kesken.<sup>70</sup> Myös sosiaali- ja terveysministeriön kannanottoihin Valviran tilinpäätöksestä ja toimintakertomuksesta vuodelta 2020 on kirjattu, ettei keskittämis- ja päivystysasetuksen valvonta ole edennyt suunnitellusti<sup>71</sup>.

Tilinpäätös- ja toimintakertomukset vahvistavat haastatteluissa saatua kuvaa siitä, että valvontaviranomaisten toteuttama keskittämis- ja päivystysasetusten valvonta on ollut viime vuosina enemmänkin tapauskohtaista kuin valtakunnallisesti suunniteltua ja systemaattisesti toteutettua toimintaa. Viimeisen kahden vuoden aikana valvontaviranomaisten valvonnan kehittämisen painopisteenä on ollut enemmänkin hyvinvointialueuudistukseen valmistautuminen sekä siihen liittyvän järjestämistehtävän valvonnan ja omavalvonnan tuen suunnittelu<sup>72</sup>.



Valvontaviranomaisten toiminta väheni selkeästi vuoden 2020 jälkeen.

## 2.3 Erikoissairaanhoidon keskittämistoimien kustannushyödyistä ei ole tietoa

Päivystys- ja keskittämisesetuksien valmistelussa erikoissairaanhoidon keskittämistoimien taloudelliset vaikutukset arvioitiin erittäin merkittäviksi. Sairaalaverkon tiivistämisen ja toiminnallisen profiiloinnin arvioitiin leikkaavan kuntasektorin järjestämisvastuulla olevien palveluiden kustannuksia vuoteen 2020 mennessä yhteensä 350 miljoonalla eurolla (taulukko 1). Säästöarviot perustuivat VNTEAS -hankkeessa toteutettuihin Nordic Healthcare Groupin sote-palveluiden säästöjä koskeviin arvioihin ja laskelmiin<sup>73</sup>.

Taulukko 1: Yhteenveto päivistyksen ja erikoissairaanhoidon rakenteiden muutosten kustannusvaikutuksista julkiseen talouteen vuoteen 2020 mennessä<sup>74</sup>.

Muutos	Vuonna 2020
Terveydenhuollon päivystystoiminnan uudistus	-35 milj. euroa
Perustason kiireellinen viikonloppu ja iltavastaanotto	+5 milj. euroa
Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon vähentyminen	-100 milj. euroa
Hoitokäytäntöjen ja toimintaprosessien standardointi sekä hoitajakson keston lyheneminen	-185 milj. euroa
Ensihoidon uudistaminen	-5 milj. euroa
Sosiaalipäivistyksen uudistaminen	0 euroa (säästöt ja lisäkustannukset yhtä suuret)
Vanhentuneista menetelmistä luopuminen ja uuden teknologian hallittu käyttöönotto sosiaali- ja terveydenhuollossa	-30 milj. euroa
Vaikutukset matkakustannuksiin	0 euroa (säästöt ja lisäkustannukset yhtä suuret)
<b>Yhteensä</b>	<b>-350 milj. euroa</b>



## Erikoissairaanhoidon keskittämistoimien taloudellisia vaikutuksia ei ole onnistuttu seuraamaan

Erikoissairaanhoidon keskittämiseen tähtäviä uudistuksia perusteltiin saavutettavilla taloudellisilla hyödyillä, joita koordinaatioryhmän tuli seurata. Koordinaatioryhmän kokousaineistoista ilmenee, että taloudellisten vaikutusten arviointi oli useita kertoja kokousten asialistalla. Koordinaatioryhmässä eritysvastuualueiden edustajat totesivat säästöjen todentamisen erikoissairaanhoidon kokonaisuudesta olevan hankalaa, koska tehostamistoimien ohella on tapahtunut kustannusten kasvua lisääviä asioita. Esimerkiksi toiminnan volyymit ovat kasvaneet ja uusia lääkkeitä ja hoitoja on otettu käyttöön. Keskittämisen vaikutuksista sairaaloiden toimintaan annettiinkin pääsääntöisesti vain laadullisia arvioita. Useilla alueilla todettiin, että raskasta toimintaa on siirtynyt erityisesti yliopistosairaaloille. Tämä on puolestaan lisännyt niissä toiminnan vaatimuksia ja kustannuksia. Vaikutuksista pienempiin sairaaloihin ei ollut tarkkaa kuvaa, mutta osastotoiminnan lakkauttamisen ei katsottu aina näkyvän talousluvuissa. Sen sijaan päivystysrinkien vähentämisen todettiin vähentävän selkeästi kustannuksia.<sup>75</sup>

Taloudellisten vaikutusarviointien tärkeyttä korostettiin koordinaatioryhmän työssä noin vuosi asetuksen voimaantulon jälkeen. Käytännössä tämän jälkeenkin keskittämiseen liittyvien taloudellisten vaikutusten konkreettisia arvioita kyettiin antamaan vain harvassa tapauksessa ja silloinkin karkealla tasolla. Esimerkiksi Helsingin yliopistollisen keskussairaalan eritysvastuualueen osalta todettiin, että leikkauksia on siirretty yliopistollisen sairaalan hoitettavaksi. Tämä on aiheuttanut miljoonan euron lisäkustannukset. Samassa yhteenvedossa todetaan, ettei eritysvastuualueella ole kuitenkaan suljettu yhtään yksikköä tai osastoa asetuksen toimeenpanon vuoksi. Turun yliopistollisen keskussairaalan eritysvastuualueella asetuksen arvioitiin tuoneen 10,8 miljoonan euron säästön, mutta samaan aikaan uutta toimintaa on pitänyt perustaa ja toimintakäytäntöjä muuttaa. Lopullisen nettosäästön arvioitiin olevan alle kaksi miljoonaa euroa. Näiden kahden suuren eritysvastuualueen yleistasoisen talousvaikutusten arvioinnin perusteella keskittämistoimien taloudelliset kustannussäästöt eivät ole sillä tasolla, johon valmistelussa pyrittiin.<sup>76</sup> Valmisteluasiakirjojen mukaan alun perin neljälle vuodelle jakautuva 350 miljoonan euron kustannushyöty olisi ollut kullekin eritysvastuualueelle jaettuna vähintään useita miljoonia tai kymmeniä miljoonia euroja vuotta kohden.



Keskittämistoimien taloudellisista vaikutuksista saatiin lähinnä karkeaa sairaanhoitopiiritason tietoa.

Alkuperäisistä säästötavoitteista on ajauduttu kauemmas myös keskittämisasiasetuksen vuonna 2021 tehtyjen toimenpidemääriä koskevien lievennysten myötä. Asetusmuutoksen valmistelumuistiossa todettiin, että säädösmuutos ei aiheuta lisäkustannuksia nykyiseen toimintaan verrattuna, mutta samalla leikkaustoiminnan jatkaminen säädösmuutoksen perusteella vähentäisi vuoden 2017 keskittämis- ja päivystisasiasetuksessa arvoituja kumulatiivisesti kertyviä säästöjä vuoden 2020 tasossa tavoitellusta 350 miljoonasta eurosta. Keskittämisasetuksen lievennyksen mittakaavaa tai euromääriä ei tämän tarkemmin selvennetty tai yksilöity.<sup>77</sup>

Tarkastuksen haastatteluissa myös sosiaali- ja terveysministeriön edustajat toivat esille, että keskittämistoimien taloudellisia vaikutuksia tai edes keskittämisen välittömiä taloudellisia hyötyjä ei ole kyetty arvioimaan riittävästi. Lähtökohtana on ollut, että yksiköiden olemassa olevan työvoiman ja tilojen käyttöaste sekä päivystysrunkien tehokkuus nousevat, kun potilasmäärät lisääntyvät. Kustannushyötyjen saavuttamisen kannalta arvioinnissa ei kuitenkaan ole kyetty huomioimaan, millaisia palveluita keskittämisen myötä tarvitaan lisää ja mitä olemassa olevia rakenteita ja toimintoja jää edelleen alueille. Samoin siirtyneiden toimenpiteiden laskutus sairaaloiden ja hyvinvointialueiden välillä pitäisi olla sellainen, että keskitettävien toimenpiteiden kustannukset eivät nouse lähtötilanteeseen verrattuna.<sup>78</sup>

## Erikoissairaanhoidon keskittämisen taloudellisista vaikutuksista ei ole tarkkaa tietoa myöskään alueilla

Tarkastuksen haastatteluissa erikoissairaanhoidon lääkärit ja hoitotyön asiantuntijat arvioivat, että erä-alueiden tai sairaanhoitopiirin alueilla ei ole tehty tarkkoja arviointeja keskittämistoimien taloudellisista vaikutuksista. Asian selvittäminen vaatisi perusteellisen tutkimuksen, jos mukaan haluttaisiin ottaa laaja-alaisesti kokonaiskustannuksiin vaikuttavat tekijät, kuten komplikaatioiden ehkäisy.<sup>79</sup> Keskittämisen kustannusvaikutuksista osattiin kuitenkin antaa erilaisia perusteltuja näkemyksiä. Eriytyneet sairaalat ja yhteispäivystykset arvioivat kustannuskysymyksiä kuitenkin eri tavalla.

Keskittämisen säästöjä on saatu selkeimmin hankinnoissa ja tukipalveluissa sekä kalliita laitteita vaativassa toiminnassa. Tosin näissä toiminnoissa on yhteistyötä tehty jo ennen päivystys- ja keskittämisasiaseksia.<sup>80</sup> Keskittämiseen ja päivystykseen liittyvän sääntelyn suurimmat kustannushyödyt nähtiin juuri vaikeammassa ja komplikaatioherkimmissä toimenpiteissä. Päivystystoiminnassa koettiin olevan eniten kustannuksiin liittyviä riskejä, jos toimintaa keskitetään liian paljon erikoissairaanhoidon yhteyteen. Keskittämistoimet ovat vaikuttaneet myös henkilöstön asemaan ja työvoiman saatavuuteen. Tämä on puolestaan voinut heijastua ostopalveluiden käyttöön. Näillä kaikilla tekijöillä on vaikutuksia kustannuksiin. Erittäisesti ostopalvelujen käyttö nähtiin haastatteluissa kustannuksia selkeästi lisäävänä tekijänä<sup>81</sup>.

Keskussairaaloiden tai pienten sairaaloiden haastatteluissa tuli lähes poikkeuksetta esiin, että yliopistosairaaloihin keskitetyt leikkaukset ovat omaa toimintaa kalliimpia.<sup>82</sup> Siten keskittämisen perusajatuksena ollut leikkaustoimenpiteiden kustannusten hillitseminen suurempien yksiköiden kautta ei näytä täysin toteutuneen. Keskitettyjen toimenpiteiden laskutukseen toivottiinkin nykyistä laajempaa läpinäkyvyyttä, jotta kaikille olisi selvää, mistä hinta muodostuu<sup>83</sup>. Kategorisella toimenpidemääriin perustuvalla keskittämällä voidaan tehdä huonoja ratkaisuja tehokkaasti toimivien yksikköjen näkökulmasta. Haastatteluissa tuli esille esimerkiksi tapaus, joissa alueella tehokkaasti ja edullisella toimenpidehinnalla toiminnut pienempi yksikkö joutui lopettamaan toimintansa keskittämisen ja päivystysasetuksen takia<sup>84</sup>. Tämä on puolestaan aiheuttanut toiminnallista painetta yliopistosairaalalle ja ongelmia hoitotakuussa pysymiseen<sup>85</sup>.

Sairaaloiden haastattelujen perusteella on mahdollista tehdä aukottomia johtopäätöksiä keskittämisen taloudellisista vaikutuksista. Sairaanhoidopiirien ja erityisesti erva-alueiden muodostamat kokonaisuudet ovat niin suuria, että muutosten arviointi on lähestulkoon mahdollista. Tämä johtuu siitä, että muutosten kustannushyödyt ja mahdolliset lisäkustannukset jakautuvat eri organisaatioille ja kustannuspaikoille sekä osittain myös Kelalle. Tarkastushavainnot osoittivat, että suurempi osa haastatteluun osallistuneista oli sitä mieltä, että keskittämistoimien myötä sairaaloiden kustannukset ovat pikemminkin kasvaneet kuin vähentyneet.

Tarkastuksen yhteydessä aluehallintovirastoille osoitetuissa tietopyynnöissä tiedusteltiin keskittämistoimien odottamattomista vaikutuksista. Vastauksissa sivuttiin myös kustannustavoitteisiin pääsemistä. Aluehallintovirastojen valvontahavaintojen yhteydessä on tullut esiin, että keskittämisasiasetuksen mukaisten toimien toimeenpano on tuonut kustannussäästöjen sijaan lisäkustannuksia. Syinä lisäkustannuksiin vastauksissa mainittiin muun muassa erikoissairaanhoidon käytön lisääntyminen päivystyksellisissä asioissa, hoidon viivästyminen, rekrytointien vaikeutuminen ja vuokratyövoiman käytön lisääntyminen.<sup>86</sup>



Keskitetty leikkaustoiminta näyttäytyy sairaaloille omaa toimintaa kalliimpana.

### **3 Onko keskittämisen alueellinen toimeenpano toteutettu tehokkaasti ja taloudellisesti?**

Erikoissairaanhoidon palvelujen keskittämisen toimeenpanosta ovat vastanneet sairaanhoitopiirit ja niiden muodostamat erva-alueet. Keskittämistoimien toimeenpano on sujunut parhaimmillaan hyvässä yhteistyössä. Joissakin tapauksissa eri sairaanhoitopiirit ja sairaalat ovat pyrkineet jatkamaan ja ylläpitämään omaa toimintaa, jolloin keskittäminen ei ole edennyt. Erva-alueiden sopimusperusteinen organisointitapa, erikoissairaanhoidon järjestämissopimusten heikko sitovuustaso ja alueellisen toimivallan puutteet ovatkin tarkoittaneet sitä, että erva-tason päätöksenteko ei ole aina toiminut. Tällä hetkellä erikoissairaanhoidon keskittämistoimien toimeenpano tapahtuu hyvinvointialueilla ja niiden muodostamilla yhteistyöalueilla. Tarkastuksen havaintojen mukaan yhteistyöalueita koskevat jatkossa samat toimivaltaongelmat, jotka ovat jarruttaneet toiminnan kehittämistä erva-alueilla.

Keskittämisasetuksen perustelumuistion mukaan erikoissairaanhoidon keskittämisessä on varmistettava, että hoitoa antavassa toimintayksikössä on riittävät taloudelliset resurssit ja henkilöstövoimavarat<sup>87</sup>. Tarkastushavainnot osoittivat kuitenkin, että yliopistosairaaloiden tuki sairaanhoitopiireille henkilöstöresurssien turvaamisessa ei ole ollut riittävää. Henkilöstövoimavarojen tai resurssien riittävyden varmistaminen on jäänyt jokaisen sairaanhoitopiirin omalle vastuulle.

#### **3.1 Erikoissairaanhoidon keskittämisen alueellinen toimeenpano ei ole edennyt kaikilta osin tavoitellusti**

Erikoissairaanhoidon ja päivystyksen keskittämistoimien alueellinen toimeenpano tapahtuu alueilla terveydenhuollon järjestämisestä vastaavien toimijoiden yhteistyönä. Ennen nykyistä hyvinvointialuemallia erikoissairaanhoidon yhteistyöstä ja siihen liittyvästä sopimusmenettelystä säädettiin terveydenhuoltolaissa (ks. Liite 3). Tällä hetkellä vastaavat sopimusmenettelyt koskevat myös hyvinvointialueita ja niiden muodostamia YTA-alueita.

## Erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksien sisällöt vaihtelevat, ja niitä on laadittu erilaisilla tavoitetasoilla

Tarkastushavainnot vuosina 2018 ja 2022 laadituista erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksista osoittivat, että eri alueiden sopimukset poikkeavat sisällöltään toisistaan. Lisäksi ne ovat muuttuneet ajan kuluessa. Järjestämissopimusten sisällölliset vaatimukset ja niiden merkitys ovat lisääntyneet, kun alueille on osoitettu päivystystä ja erikoissairaanhoidon tehtäviä koskevia uusia velvoitteita.

Vuonna 2004 erikoissairaanhoidon lain muuttamisesta annetussa laissa (1227/2004) yliopistollisen sairaalan omaavan sairaanhoitopiirin tehtäväksi osoitettiin erityistason sairaanhoidon järjestäminen ja saman vastuualueen sairaanhoitopiirien ohjaus ja neuvonta<sup>88</sup>. Tätä ennen erityistason erikoissairaanhoidon ohjausta oli tehty ministeriön ohjeella, mutta se oli osoittautunut teholtaan riittämättömäksi, eivätkä alueet olleet saaneet sovittua keskitettävistä tutkimuksista, hoidoista ja toimenpiteistä<sup>89</sup>. Vuonna 2011 voimaan tulleessa terveydenhuoltolaissa erityisvastuualueen palveluiden suunnittelun yhteisvastuullisuutta korostettiin aiempaa enemmän. Lain lähtökohtana oli se, että erikoissairaanhoidon palvelut suunnitellaan ja järjestetään eri sairaanhoitopiirien yhteistyönä. Terveydenhuoltolakia koskevaan hallituksen esitykseen HE 90/2010 onkin kirjattu, että erityisvastuualueiden sairaanhoitopiirien on toimittava konserniajattelulla ja tiiviisti yhteistyössä<sup>90</sup>.

Järjestämissopimuksen laadintaa koskevan terveydenhuoltolain pykälän 43 perusteluihin on kirjattu, että sairaanhoitopiirit sopivat keskenään järjestämissopimuksen laatimisen tavoista ja että erityisvastuualueella yliopistollinen sairaala voi olla neuvottelujen kokoonkutsuja. Vaikka ministeriöllä on mahdollisuus antaa sitovia asetuksen taseisia säädöksiä, niin lainsäädännön esitöiden mukaan ohjauksen lähtökohtana on se, että järjestämissopimuksen avulla voidaan vahvistaa alueellista yhteistyötä ja palveluiden yhteensovittamista. Hallituksen esityksen mukaan järjestämissopimuksella voidaan ohjata alueen toimintaa tehokkaasti, kuten poistaa päällekkäisiä palveluja ja porrastaa alueellisia toimintoja sairaanhoitopiirin alueella sijaitsevien sairaaloiden, terveyskeskusten ja muiden terveydenhuollon toimintayksikköjen kesken.<sup>91</sup> Lainsäädännössä erityisvastuualueille onkin annettu konkreettisia tehtäviä palveluiden ohjaamisessa ja kehittämisessä, mutta samalla erityisvastuualueella ei ole juridista kykyä päätöksentekoon. Erityisvastuualue on ainoastaan yhteistyöelin, jonka päätöksenteko perustuu asioista sopimiseen ja jaettuun vastuuseen. Viimesijainen toimivalta erityisvastuualueiden toimintaan liittyvästä ohjauksesta onkin valtioneuvostolla, joka voi määrätä erityisvastuualueen yhteistyösopimuksen sisällöstä, jos osapuolet eivät pääse sopimukseen tai jos sopimus ei täyty sille asetettuja edellytyksiä<sup>92</sup>.



Terveydenhuoltolaissa korostettiin erä-alueen yhteisvastuullisuutta ja asioista sopimista.

Erityisvastuualueiden yhteistyösopimuksissa on pääsääntöisesti tuotu esille niiden sisällölle asetetut vaatimukset. Eri alueiden sopimukset poikkeavat kuitenkin rakenteeltaan ja tarkkuustasoltaan toisistaan. Asiat on ilmaistu yleensä kuvailevalla tasolla. Yksityiskohdaisemmalla tasolla ilmaistuja, esimerkiksi työnjakoihin ja toimintojen keskittämiseen liittyviä seikkoja, on tuotu esille sopimusten liitetaulukoissa. Sopimuksia on laadittu erilaisilla tavoitetasoilla. Joissakin tapauksissa sopimuksia on käytetty aktiivisemmin toiminnan suunnittelussa ja yhteistyömallien luomisessa. Joillakin alueilla sopimusta on lähinnä päivitetty vanhojen sopimuksien pohjalta. Joissakin sopimuksissa ei puolestaan ole huomioitu keskittämistä koskevia säädösmuutoksia lainkaan, vaikka ne olivat tulleet voimaan yli vuosi ennen sopimuksen voimaantuloa. Muiden alueiden sopimuksissa säädösmuutokset oli tuotu esiin. Esimerkiksi KYS-ervan sopimuksessa muutosten kuvattiin aiheuttaneen erityisiä muutostarpeita järjestämissopimuksen laadintaan<sup>93</sup>.

Yhteistyösopimuksista näkyy, että asioita on kuvattu niin sanotusti parhain päin, lainsäädännön tavoitteita mukailen. Tarkastuksen haastatteluissa tuli esille kuitenkin selkeitä ristiriitoja eri sairaanhoitopiirien välillä. Yhteistyön ja sopimisen vaikeuksia tuotiin esille useimmissa haastatteluissa, mutta samalla neuvottelujen ja sopimisen kuvattiin lisänneen tarpeellista vuoropuhelua vaikeistakin asioista.<sup>94</sup> Jos toimintojen keskittäminen ei ole edennyt säädöksen mukaisesti, niin siitä on tarkastusaineistojen mukaan seurannut alueellisten neuvottelujen pitkittymistä ja ministeriön ja valvovien viranomaisten työtä<sup>95</sup>. Jossain tapauksissa toiminnan yksityiskohdainen ohjaaminen sääntelyllä on herättänyt tietyn erikoisalalan lääkäreissä laaja-alaisempaakin vastustusta, jolloin sääntelyn oikeutus on nähty puutteellisenä<sup>96</sup>. Tämä on osaltaan lisännyt sitä, että sääntelyä ei noudateta ja sen valvomiseen ja asioiden perusteluun on kulunut keskushallinnon työpanosta.

Pienten sairaaloiden sekä keskussairaaloiden haastateltujen mukaan vaikutusmahdollisuudet järjestämissopimusten sisältöihin ovat olleet rajallisia. Lainsäädännön koettiin asettavan tietyt reunaehdot toiminnalle, mutta toisaalta yliopistosairaalat ja tietyt erikoisalalat koettiin niin vahvoina toimijoina, että käytännössä asiat päätetään korkealla tasolla ja kirjataan sellaisenaan sopimuksiin.<sup>97</sup> Tarkastushavainnot viittaavat siihen, että yhteistyösopimuksen merkitys erityisvastuualueen toiminnan ohjauksessa on vähäinen. Periaatteessa sopimuksen laadinnan ja valmistelun yhteydessä tehdään yhteistyötä ja keskustellaan asioista, mutta käytännössä lakisääteisen sopimuksen merkitys käytännön toiminnan ohjauksessa on vähäinen<sup>98</sup>.



Yhteistyösopimusten merkitys toiminnan ohjaajana arvioitiin melko vähäiseksi.

## Sopimusperusteinen organisointitapa on hidastanut erikoissairaanhoidon keskittämisen toimeenpanoa

Haastatteluissa tuotiin laaja-alaisesti esille, että erikoissairaanhoidon alueellisen toiminnan tehokkaan suunnittelun ja toimeenpanon näkökulmasta keskeisin ongelma on erityisvastuualueiden sopimusperusteisuuteen liittyvä organisointitapa. Sopimuksia on tehty, mutta niiden sisällöt ovat jääneet yleiselle tasolle. Lisäksi sopimusten toteutumista ei ole seurattu, eikä niiden noudattamatta jättämisestä ole tullut seurauksia.<sup>99</sup> Olemassa olevasta sopimusmekanismista huolimatta erityisvastuualueiden järjestämissopimuksista ei ole pitkälläkään aikavälillä syntynyt merkittäviä alueellisen työnjaon edistäjiä<sup>100</sup>.

Tarkastuksen haastatteluissa erityisvastuualueiden nähtiin olevan lähinnä yhteistyöelimiä, joissa voidaan keskustella asioista, mutta joiden kyky tehdä päätöksiä ja toimeenpanna niitä ovat huonot<sup>101</sup>. Erityisvastuualueen heikkoja päätöksentekomahdollisuuksia tuotiin esille myös seurannasta vastaavan koordinaatioryhmän toiminnassa<sup>102</sup>. Myös sopimuksiin liittyvien sanktiopykälien todettiin olleen turhia, koska ne lähinnä ohjasivat sopimuksia ympäripyöreään ilmaisutapaan, ja toisaalta sopimusrikkomuksista valittamista ei kukaan halunnut lähteä kokeilemaan<sup>103</sup>. Kaikkiin järjestämissopimuksiin ei sopimusrikkomusta koskevaa kohtaa ole edes kirjattu, vaikka sopimuksen laadinnasta annetussa säädöksessä tämä on mainittu pakollisena kohtana<sup>104</sup>.

Tarkastushavainnot osoittivat, että erityisvastuualueiden päätöksenteon ongelmat ovat johtaneet ratkaisuihin, joissa esimerkiksi tietyn erikoisalalan leikkaustoiminta on ulkoistettu oman erva-alueen ulkopuoliselle yhtiölle. Tällöin toimintaa on keskitetty, mutta eri tavalla ja eri alueelle kuin mitä keskittämisen sääntelyssä on tavoiteltu.<sup>105</sup> Tarkastushaastatteluissa ilmeni myös, että eri erikoisalojen johtavat lääkärit arvioivat itsenäisesti sitä, millä perusteilla mitään potilaita lähetetään minnekin sairaalaan. Tältä osin keskussairaalat ja niissä toimivat ylilääkärit voivat toimia varsin itsenäisesti. Tällöinkään ei toimita suoraan keskittämisasiä mukaisesti, mutta asiaa on vaikeaa seurata tai kontrolloida, koska päätökset liittyvät yksittäisten potilaiden hoitoon.<sup>106</sup> Myös terveydenhuoltolain pykälän 48 mukainen erikoissairaanhoidon hoitopaikan valinnanvapaus tuo lisäelementin siihen, miten potilaita käytännössä ohjataan ja miten he hakeutuvat eri sairaaloihin hoitoon. Valinnanvapauden käyttäminen ei aina noudata keskittämisasiä mukaisesti alueellisesta keskittämisestä.



Yhteistyösopimusten noudattamista ei ole seurattu eikä niiden noudattamatta jättämisestä ole tullut seurauksia.

## Yhteistyöalueiden päätöksentekoon sisältyy samat riskit kuin aiempaan malliin

Hyvinvointialueiden muodostamia yhteistyöalueita koskevat samat toimivaltaan liittyvät ongelmat kuin tarkastuksessa kuvattuja erityisvastuualueita on koskenut. Riskinä on, että samat sopimisen vaikeudet koskevat jatkossa myös hyvinvointi- ja yhteistyöalueilla sairaaloiden työnjakoa ja tehtäviä koskevia päätöksiä<sup>107</sup>. Tavoite konsernimaisesti toimivasta yhteistyöalueesta ei välttämättä toimi, koska käytännössä hyvinvointialueet toimivat yleensä omien etujensa ja tavoitteidensa mukaan. Erityisvastuu- ja yhteistyöalueet toimivat juridisesta ja organisatorisesta näkökulmasta samalla tavalla. Ne eivät ole itsenäisiä oikeushenkilöitä, niillä ei ole omaa organisaatiota eikä niillä ole toimivaltaa tehdä päätöksiä<sup>108</sup>. Yhteistyösopimusten laatiminen on useimpien YTA-alueiden osalta vielä kesken. Tarkastuksen haastatteluissa lääkärit arvioivat yleisellä tasolla, että YTA-alueita koskevat pääsääntöisesti samat ongelmat kuin aikaisempia erva-alueita<sup>109</sup>. YTA-alueiden päätöksentekokyvyn vahvistaminen tulee ottaa huomioon tulevassa säädösvalmistelussa.

### 3.2 Henkilöstövoimavarojen ja resurssien riittävyyden varmistaminen on jäänyt jokaisen sairaanhoitopiirin omalle vastuulle

Tarkastuksen suunnitteluvaiheen haastatteluissa tuotiin esille riski siitä, ettei henkilöstö siirry keskitettävien tehtävien mukana<sup>110</sup>. Tarkastushaastatteluissa tuotiin esille, että vain pieni osa pienten sairaaloiden leikkaus- ja anestesiahoitajista on siirtynyt keskitettävien tehtävien mukana keskussairaaloihin ja yliopistollisiin sairaaloihin<sup>111</sup>. Tarkastushavaintojen mukaan henkilöstövoimavaroihin liittyvät riskit näyttävät toteutuneen<sup>112</sup>.

Erikoissairaanhoidossa oli vuonna 2022 täyttämättä noin 740 lääkärin tehtävää. Eniten erikoislääkäreistä on pulaa psykiatrian, akuuttilääketieteen sekä anestesiologian ja tehohoidon erikoisaloilla<sup>113</sup>. Tämän katsottiin johtuvan muun muassa erikoislääkäriskoulutuksen muutoksesta, mutta myös siitä, että lääkäreiden osaamisprofiilit ovat kaventuneet ja päivityksiä on keskitetty.<sup>114</sup> Erikoislääkäreitä tarvitaan yliopistollisiin sairaaloihin yhä enemmän. Yleisosaajia kaivataan taas enemmän keskussairaaloiden päivityksiin.<sup>115</sup>

Lääkärivaje on kasvanut jatkuvasti viime vuosina ja vaikuttaa eri tavoin eri hyvinvointialueilla. Vaikka lääkäreistä on pulaa kaikilla hyvinvointialueilla, täyttämättömiä virkoja on ollut eniten viime vuosina Pirkanmaan-, Varsinais-Suomen-, Pohjois-Savon ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiireissä.<sup>116</sup>

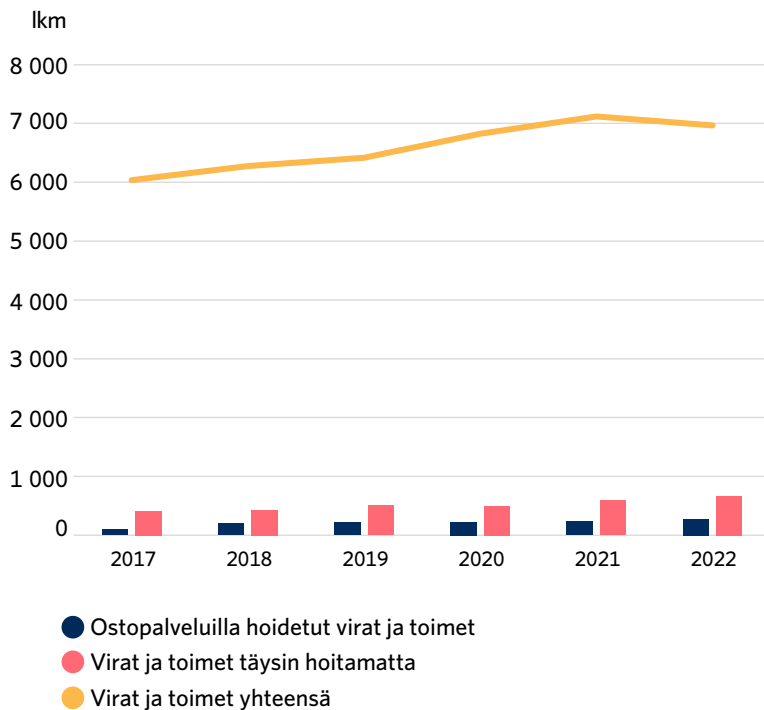


Henkilöstöä ei ole siirtynyt keskitettävien tehtävien mukana keskussairaaloihin tai yliopistollisiin sairaaloihin.



Tietoa siitä, kuinka paljon sairaanhoitopiireissä on sairaanhoitajien virkoja täyttämättä, ei ole saatavissa. Kevan uusimman työvoimaennusteen mukaan vuonna 2022 Uudellamaalla oli 6 000 sairaanhoitajan vaje ja koko maan tasolla kaivattiin jo yli 16 000 sairaanhoitajaa<sup>117</sup>. Eniten pulaa on sairaanhoitajista, niin sanotuista yleisosaaajista, jotka toimivat erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla<sup>118</sup>.

Ostopalvelujen käyttö on vuosina 2017–2022 kasvanut kolminkertaiseksi (kuvio 1). Osa sairaaloista paikkaa erikoislääkäripulaa täyttämällä virkoja erikoistuvilla lääkäreillä. Tarkastuksen piiriin kuuluneissa sairaanhoitopiireissä suurin pula ortopedian erikoisalanylääkäreistä ennen keskittämissetusta oli Pirkanmaan, Päijät-Hämeen, Pohjois-Savon ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiireissä. Vuonna 2022 ongelmia lääkäri työvoiman saatavuudessa ortopedian erikoissalalla oli eniten Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä.<sup>119</sup>



Kuvio 1: Erikoissairaanhoidon lääkäri työvoimatilanne vuosina 2017–2022. (Lähde: Kunta- ja hyvinvointialueyönantajat KT.)

Tarkastushavainnot osoittivat, että luotettavaa valtakunnallista tilastoa siitä, paljonko erikoissairaanhoidossa on erikoislääkäreitä ja hoitohenkilöstöä, ei ole saatavilla. Tiedot ovat hajautuneet eri organisaatioiden tietolähteisiin<sup>120</sup>, ja tietoja saadaan nyt vain hyvinvointialueittain, ei sairaaloittain.

Tilastotietojen ongelma on ollut tiedossa, ja sitä on yritetty ratkaista. Sosiaali- ja terveysministeriössä käynnistyi vuonna 2023 sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyuden ja saatavuuden turvaamista koskeva hanke. Suunnitteilla on perustaa vuoden 2024 aikana sosiaali- ja terveysministeriön ja THL:n sekä muiden keskeisten tahojen kanssa arviointitoiminto. Kansallisen arviointitoiminnon tehtävänä on muun muassa koota tietoa sote-henkilöstön koulutus- ja työvoimatarpeesta ja analysoida vuosittain tilastoviranomaisten ja muiden tuottamaa tietoa.<sup>121</sup> Perustettava toiminto ei kuitenkaan ratkaise tarkastuksessa esiin tullutta ongelmaa. Mikään taho ei esimerkiksi kerää sairaalakohtaisesti tietoa sairaanhoitajien määrästä erikoisosaamisen mukaan.

Tällä hetkellä tarkkaa tietoa siitä, paljonko henkilöstöä siirtyy keskitettävien tehtävien mukana sairaalasta toiseen tai toiselle hyvinvointialueelle, ei ole. Riskinä on, että kokonaiskuvan puuttuminen hoitohenkilöstön ja lääkäreiden määrästä johtaa siihen, että henkilöstövoimavarojen riittävyteen liittyvät keskittämispäätökset tehdään ilman riittäviä seurantatietoja.

### Yliopistosairaaloiden apu resurssien ja henkilöstövoimavarojen turvaamisessa erityisvastuualueilla ei ole ollut riittävää

Erikoissairaanhoidon järjestämissopimukseen on kirjattava, miten erityisvastuualueeseen kuuluvassa sairaanhoitopiirissä arvioidaan ja seurataan työvoimatarvetta<sup>122</sup>. Henkilöstövoimavarojen varmistamisesta vastaavat sairaanhoitopiirien johtajaylilääkärit<sup>123</sup>. Vähenvät henkilöstöresurssit ja tiukkeneva taloudellinen tilanne ovat pakottaneet erva-alueita kehittämään keinoja henkilöstövoimavarojen turvaamiseksi ja varmistamiseksi.

Erikoislääkäreiden haastatteluissa tuotiin esiin, että yliopistolliset sairaalat ovat huolehtineet erikoislääkärityön koulutuksen ja osaamisen kehittamisestä<sup>124</sup>. Yliopistosairaalan tehtävä on muun muassa koordinoita opetustehtävää erva-alueella.<sup>125</sup> Haastatellut yliopistosairaalan erikoislääkärit kertoivat opetustehtävän olevan eniten sairaalaa työllistävä tehtävä. Toisaalta tarkastushaastatteluissa tuotiin esille, että osaamisen kehittämisen varmistaminen on helpompia tehtäviä kuin erva-alueen henkilöstövoimavaroista huolehtiminen.<sup>126</sup>



Valtakunnallista luotettavaa tilastotietoa sairaaloiden henkilöstövoimavaroista ei ole saatavilla.

Yhdessä haastattelussa keskussairaalan erikoislääkärit totesivat, että yliopistosairaaloihin uppoaa nyt paljon resursseja, eikä resursseja ole riittänyt muille sairaanhoitopiireille<sup>127</sup>. Kirurgian erikoisalan laskennalliset kustannukset osoittavat, että sairaanhoitopiireissä, joissa on yliopistosairaala, kustannukset ovat pääasiassa syntyneet oman sairaanhoitopiirin palveluista. Tarkastushavainnot viittaavat siihen, että yliopistosairaalat näyttäisivät pärjäävän pienempiä sairaanhoitopiirejä paremmin oman sairaanhoitopiirin palvelutuotannossa. Pienemmät sairaanhoitopiirit joutuvat ostamaan 10–20 prosenttia kirurgian palveluista muilta palveluntuottajilta.<sup>128</sup>

Tarkastushavainnot osoittivat, että osa keskussairaaloista oli saanut apua yliopistosairaalta henkilöstöresursseihin esimerkiksi hätätilanteissa. Apua ei ollut kuitenkaan saatu niin paljon kuin sitä olisi tarvittu. Haastateltujen mukaan nykyiset YTA-alueet eivät tue tällä hetkellä riittävästi alueensa sairaaloita.<sup>129</sup> Ongelma on ollut tiedossa, ja tähän kaivattiin vahvempaa ohjausta. Haastateltavat katsoivat, että tulevaisuudessa sairaaloiden harvinaisemmat erikoisalajat tulisi miettiä YTA-alueitasoisesti, ei vain hyvinvointialueittain.<sup>130</sup>

### Vaikutuksia hoitohenkilöstöresursseihin ei huomioitu keskittämisesetuksen perusteluissa

Vaikka hallituksen esityksessä HE 224/2016 todettiin, että koko tiimin osaaminen ja kokemus vaikuttavat hoitoprosessin onnistumiseen, ei esitykseen annetuissa lausunnoissa huomioitu vaikutuksia hoitohenkilöstöresursseihin<sup>131</sup>. Tarkastuksessa haastatellut hoitotyön asiantuntijat kertoivat, että hoitotyön henkilöstövoimavarojen ja taloudellisten resurssien varmistamista ei ole koordinoitu sairaanhoitopiireissä millään tavalla. Keskustelua on käyty vain yleisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien tarpeista. Henkilöstövoimavarojen varmistaminen on ollut jokaisen sairaalan omaa toimintaa, josta on täytynyt itse pitää huolta.<sup>132</sup>

Haastateltavien mukaan yliopistollisen sairaalan erityisvastuualue ei voi pakottaa ketään töihin keskussairaalaan. Erikoislääkärikoulutuksen aikana edellytetään työskentelyjaksoja sekä yliopistollisessa että keskussairaalassa. Haastateltujen mukaan yhtenä keinona on pitää opiskelijoista mahdollisimman hyvää huolta ja sitouttaa heidät keskussairaaloihin, jotta he valmistumisen jälkeen palaisivat takaisin keskussairaalaan.<sup>133</sup>

Tarkastushavaintojen mukaan yliopistosairaalat ja keskussairaalat kilpailevat osaavista hoitotyöntekijöistä<sup>134</sup>. Hoitotyön asiantuntijoiden mukaan monilla on perheet, lasten koulut ja asunnot järjestetty siten, ettei pendelöinti sairaalasta toiseen ole mahdollista. Myös työmatkakustannukset olisivat monille liian suuret.<sup>135</sup>



Yliopistosairaalat pärjäävät pienempiä sairaanhoitopiirejä paremmin oman sairaanhoitopiirin palvelutuotannossa.

## Yliopistolliset sairaalat ovat kehittäneet keinoja henkilöstöresurssien turvaamiseen, mutta eivät riittävästi

Sairaanhoitopiirien henkilöstösuunnittelu perustuu strategian lisäksi sairaanhoitopiirien omiin tulostavoitteisiin ja taloudellisiin resursseihin. Näiden lisäksi erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa on sovittava sairaanhoitopiirien välisestä yhteistyöstä ja toimintakäytännöistä erikoissairaanhoidon henkilöstön saatavuuden turvaamiseksi.<sup>136</sup>

Jo keskittämisasiäsetuksen perustelumuietiossa tuotiin esille, ettei sairaanhoitopiirien järjestämissopimuksissa ole kuvattu riittävästi toiminnan keskittämistä, vaan niissä kuvataan usein toiminnan nykytilannetta<sup>137</sup>. Liitteitä on paljon, ja niillä pyritään täydentämään jo olemassa olevaa sopimusta. Esimerkiksi hoitotyön henkilöstövoimavaroista tai resursseista ei ole mainintoja, vaikka liitteenä olisi oma hoitotyön yhteistyösuunnitelma.<sup>138</sup>

Osa yliopistosairaaloiden ja keskussairaaloiden erikoislääkäreistä toi haastattelussa esiin, että järjestämissuunnitelmien olisi pitänyt toimia velvoittavammin henkilöstösuunnittelun tukena<sup>139</sup>. Niihin pitää dokumentoida sairaanhoitopiirin erilaiset toimintatavat henkilöstövoimavarojen turvaamiseksi ja varmistamiseksi<sup>140</sup>.

Yliopistosairaaloilla on ollut ongelmia sairaanhoitopiirien hoitohenkilöstöresurssien tukemisessa kaikilla erä-alueilla. Muutokset henkilöstövoimavaroissa voivat olla ajoittain ennakoimattomia. Jatkuva vajuus ja vaihtelu henkilöstövoimavaroissa aiheuttaa hallinnollista taakkaa ja kustannuksia.<sup>141</sup> Tarkastushavainnot osoittivat, että yliopistosairaalat tukevat alueidensa sairaanhoitopiirejä henkilöstövoimavarojen puuttuessa erilaisilla maksullisilla konsultaatioilla ja etäyhteyksien avulla.<sup>142</sup> Esimerkiksi Oulun yliopistosairaala tarjoaa teleradiologista konsultaatioapua alueensa sairaaloille sekä virka-aikana että päivystysaikana.<sup>143</sup>

Erä-alueilla on otettu käyttöön erilaisia keinoja, joilla sairaaloiden henkilöstöpulaa yritetään ratkaista. Erä-alueilla rakennetaan henkilöstön saatavuuden turvaamiseksi myös erityistoimia, jotka turvaavat sekä perussaatavuuden että mahdollisuuden välittömiin toimenpiteisiin henkilöstövoimavarojen turvaamiseksi. Esimerkiksi Kuopion yliopistollisessa sairaalassa pyritään selvittämään ensisijaisesti erä-alueen toisen sairaalan mahdollisuutta tarjota täydentäviä palveluja, mikäli niiltä tilapäisesti puuttuu tarvittavia resursseja esimerkiksi kiireettömässä leikkaustoiminnassa<sup>144</sup>.

Kahdelle yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueelle on perustettu erillinen yhtiö tai osuuskunta. Tampereen yliopistollisen sairaalan erva-alueella toimii in-house yhtiö Tähtisairaala yhteistyössä Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen ja Pohjanmaan sairaanhoitopiirien kanssa.<sup>145</sup> Oulun yliopistollisen sairaalan erva-alueella toimii puolestaan osuuskunta Tervia. Terviassa on useita osajapoo- leja eri ammattiryhmille. Pooleista hyvinvointialueet voivat hankkia palveluja, joita ne eivät pysty itse tuottamaan. Tervia aloitti toimintansa keskittämisasiäsetuksen voimaantulon jälkeen, vasta vuoden 2020 alkupuolella.<sup>146</sup>

Vaikka tällä hetkellä yliopistosairaalat eivät kykene tukemaan edes alueensa sairaaloita, tulisi niiden jatkossa auttaa myös muiden hyvinvointialueiden sairaaloita. Marraskuussa 2023 julkaistun sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön virkamiestyöryhmän raportin mukaan tulevaisuudessa yliopistosairaalat voisivat tukea paremmin myös muita hyvinvointialueita<sup>147</sup>.



Osaajapoo- leista on apua YTA-alueen henkilöstöpulaan.

## 4 Ovatko keskittämisen- ja päivystysuudistuksessa arvioidut seuraukset viranomaisten toimintaan toteutuneet?

Keskittämisen- ja päivystysuudistuksen ennalta arvioidut seuraukset viranomaisten toimintaan ovat osin toteutuneet. Kiireettömien leikkausten keskittäminen on tuonut sairaaloihin lisää potilaita, mutta tarkastuksen perusteella valtaosa yliopistosairaaloista ja keskussairaaloista on joutunut vastaamaan kasvaneeseen kysyntään ilman lisäresursseja. Käytännössä tämä on merkinnyt sitä, että leikkaussaliakoja jaettaessa syöpä- ja päivystysleikkaukset ovat leikkauslistan kärjessä ja muut potilasryhmät joutuvat väistämään.

Tunnistettu riski siitä, että pienissä sairaaloissa toiminta ei kokonaan lopu, on toteutunut. Pienissä sairaaloissa toiminta on kasvanut ja erikoissairaanhoidon kustannukset lisääntyneet. Pienet sairaalat ovat muuttuneet hybridiyksiköiksi, joissa tarjotaan perusterveydenhuollon laitoshoidon, erikoissairaanhoidon poliklinikkatoimintaa ja sosiaalihuollon avopalveluja.

Yhteispäivystysten resurssit eivät kohdennu tarkoituksenmukaisesti. Yhteispäivystyksissä hoidetaan potilaita, joilla ei ole hoidon vaan hoivan tarvetta. Yhteispäivystykset ruuhkautuvat, koska sairaaloiden vuodeosastoilta ja yhteispäivystyksestä potilaita ei saada siirrettyä jatkohoitoon. Yhteispäivystyksissä tarjolla olevia runsaita erikoissairaanhoidon tutkimusmahdollisuuksia käytetään myös perusterveydenhuoltotasoisten potilaiden tutkimisessa. Yhteispäivystyksillä ei ole kyetty ratkaisemaan terveyskeskuspäivystyksissä ollutta työvoimaongelmaa.

## 4.1 Keskittämisellä on heikennetty yliopistosairaaloiden ja keskussairaaloiden edellytyksiä selviytyä kasvaneista potilasmääristä

### Keskittämisellä on rikottu vakiintuneita hoitoketjuja

Tarkastushaastatteluissa todettiin, että tuki- ja liikuntaelinsairauksien ja syöpäsairauksien hoito ovat hoitoketjuihin perustuvaa työtä. Keskittämisasetuksessa keskitytään lähinnä leikkaukseen, joka on kuitenkin vain yksi vaihe ketjussa. Leikkauksen ohella hoitoketjuun sisältyy kaikki se, mitä tapahtuu poliklinikoilla potilaan ympärillä ennen ja jälkeen leikkauksen. Siihen sisältyy leikkauksen tarpeen arviointi, diagnostiikka, potilaan ohjaus, leikkauksen jälkiseuranta sekä jatkohoitoon sisältyvät toimenpiteet.<sup>148</sup> Erikoissairaanhoidon tehtävien keskittäminen vaikuttaa siten myös sairaaloiden poliklinikatoimintaan<sup>149</sup>. Vaikka keskittämisuudistuksen valmisteluvaiheessa tuotiin esiin, että tehtävien siirto katkaisee ja rikkoo vakiintuneet hoitoketjut<sup>150</sup> eli vaikuttaa organisaation toimivuuteen, hallituksen esityksessä HE 224/2016 asiaan ei kiinnitetty mitään huomiota.

Keskussairaaloiden hoitotyön asiantuntijat mainitsivat haastatteluissa hoitopolkujen pirstoutumiseen liittyvänä ongelmana muun muassa tiedonkulun viiveet ja potilaita koskevien tietojen hajanaisuuden. Tietojen hajanaisuuden seurauksena hoitoon osallistuvat henkilöt eivät saa helposti kokonaisnäkemystä siitä, mitä potilaalle on tehty leikkaavassa sairaalassa.<sup>151</sup> Keskussairaaloiden lääkärit ja hoitotyön asiantuntijat mainitsivat ongelmaksi myös sairaaloiden erilaiset potilastietojärjestelmät, jotka eivät keskustele keskenään<sup>152</sup>. Keskussairaaloiden hoitotyön asiantuntijat mainitsivat ongelmaksi myös sen, että kun potilas siirtyy eri potilastietojärjestelmän piiriin, tietoja jää puuttumaan ja vajavaisiksi<sup>153</sup>. Hallituksen esityksessä HE 224/2016 keskittämisuudistuksen ei kuitenkaan katsottu edellyttävän merkittäviä muutoksia tietojärjestelmiin.

Tarkastushavainnot viittaavat siihen, että potilaan lähettäminen leikattavaksi keskussairaalaan yliopistosairaalan ei välttämättä ole vähentänyt poliklinikoilla toimivien hoitotyön asiantuntijoiden työmäärää. Esimerkiksi avannepotilas käy yhtä monta kertaa avannehoitajalla riippumatta siitä, leikataanko potilas keskussairaalassa vai yliopistosairaalassa. Lisäksi jos leikkauksen tehnyt sairaala ei ole antanut potilaalle leikkaukseen valmistavaa ohjausta, joudutaan jatkohoidon toteuttavan sairaalan poliklinikalla tekemään potilaalle kartoituksia ja antamaan ohjausta.<sup>154</sup>



Kiireettömien leikkausten keskittäminen koskee myös poliklinikoilla tapahtuvaa toimintaa.



Leikkauksen keskittäminen yliopistosairaalaan ei välttämättä vähennä potilaan hoitoon liittyvää työmäärää keskussairaalassa.

## Yhdenvertainen hoitoon pääsy pidentää hoitoon pääsyn odotusaikaa

Yliopistosairaaloiden ja keskussairaaloiden lääkäreiden ja hoitotyön asiantuntijoiden haastatteluissa keskittämisen todettiin tuovan sairaalaan lisää potilaita, hidastavan hoitoon pääsyä ja kasvattavan hoitojonoja<sup>155</sup>. Kiireettömien leikkausten keskittämisen ei kuitenkaan katsottu olevan nykyisten hoitojonojen juurisyy<sup>156</sup>. Haastatteluissa mainittiin juurisyyksi COVID-19-pandemia, sosiaali-, terveys- ja kasvatusalan ammattijärjestö Tehyn ja Suomen lähi- ja perushoitajaliiton Superin työtaistelutoimiin valmistautuminen ja pula hoitohenkilöstöstä<sup>157</sup>. Hoitoon pääsyä heikentäviksi ja hoitojonoja pidentäviksi syiksi mainittiin myös väestön ikääntyminen<sup>158</sup> ja syöpäsairauksien lisääntyminen<sup>159</sup>, pula jatkohoitopaikoista<sup>160</sup>, leikkausten kestoajkojen huomattava pidentyminen ja potilaiden hoitoisuuden kasvu<sup>161</sup>. Myös sairaaloiden laajennushankkeiden<sup>162</sup> ja epätarkoituksenmukaisten väistötilojen<sup>163</sup> katsottiin heikentäneen hoitoon pääsyä.

Valviran erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyä koskevista valvontapäätöksistä vuosilta 2019–2022 ilmeni, että jatkohoidon toimimattomuus oli heikentänyt hoitoon pääsyä<sup>164</sup>. Koska erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyä koskevia tilastoja ei julkaista sairaalakohtaisesti, ei voida arvioida, mikä merkitys keskittämisellä on ollut hoidon saatavuuteen erikoissairaanhoidossa.

Tarkastushavainnot osoittivat, että keskitettyjen leikkausten potilaat vaikuttavat sairaaloissa oman potilasryhmänsä hoitoon pääsyn ohella myös muiden potilasryhmien hoitoon pääsyyn. Esimerkiksi gastrokirurgiset syöpäleikkaukset vaativat enemmän leikkaussaliaikaa ja useampia saleja kuin kevyemmät leikkaukset<sup>165</sup>. Koska leikkauksien kapasiteetti on rajallinen, joutuvat muut potilaat odottamaan kiireettömiin leikkauksiin pääsyä yhä kauemmin<sup>166</sup>. Yliopistosairaaloiden lääkäreiden ja hoitotyön asiantuntijoiden haastatteluissa todettiin, että elämää säästävät syöpä- ja päivystysleikkaukset menevät elämänlaatua parantavien leikkausten edelle. Tämän seurauksena esimerkiksi sappi-, tyrä-, jalkaterä-, vaivaisenluu- ja lihavuusleikkauksiin pääsyä odottavien potilaiden hoitoon pääsy on venynyt<sup>167</sup>.



Kiireettömien leikkausten keskittäminen ei ole juurisyy nykyisiin hoitojonoihin.



Keskitetyt potilaat vaikuttavat sairaaloissa oman potilasryhmänsä hoitoon pääsyn ohella myös muiden potilasryhmien hoitoon pääsyyn.



## Sairaaloista toiseen siirtyvistä potilasmääristä ei ole tarkkaa tietoa

Hallituksen esityksessä HE 224/2016 ei käsitellä lainkaan sairaaloista toiseen siirtyviä potilasmääriä. Asiaa ei ole myöskään tarkastuksessa onnistuttu selvittämään olemassa olevista tietokannoista ja tilastoraporteista tilastoissa olevien puutteellisuuksien takia. Jonkinlaisen karkean kuvan voi saada Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tilinpäätöksestä vuodelta 2018, jolloin Raahen sairaalan operatiivinen tulosalue siirtyi Oulun yliopistolliseen keskussairaalaan (OYS). Siirron seurauksena OYS:n operatiivisella tulosalueella leikkausten määrä kasvoi 12 prosenttia. Tilinpäätöksen mukaan ilman Raahen sairaalan leikkaustoimintaa leikkausten määrä olisi kasvanut vain kaksi prosenttia.<sup>168</sup> Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri totesi Valviralle antamassaan hoitotakuun määräaajoissa pysymistä koskevassa selvityksessään, että Raahen sairaalan anestesiaa vaativan leikkaustoiminnan loppuminen oli aiheuttanut lisähaasteita hoitoon pääsyn määräaajoissa pysymisessä<sup>169</sup>. Etelä-Suomen aluehallintoviraston valvontapäätökseen sisältyneessä vastineessa vuodelta 2018 puolestaan arvioitiin, että vuonna 2017 voimaan tullut keskittämisasietus oli tuonut HUSin tehtäväksi yli tuhat vaativaa leikkausta vuosittain<sup>170</sup>.

Tarkastuksen piiriin kuuluneita sairaaloita koskevat tarkastushavainnot viittaavat siihen, että vuoden 2017 keskittämisasietus vaikutti tarkastuksessa tarkastelluista erikoisaloista gastrokirurgisiin potilasryhmiin. Siirtyneet potilasmäärät ovat olleet kuitenkin hyvin pieniä. Esimerkiksi Lapin keskussairaalassa peräsuoli- ja munuais- syöpäpotilaita oli leikattu vain yksi joka toinen viikko<sup>171</sup>. Seinäjoen keskussairaalassa oli tehty vuosittain taas noin kymmenen haima- ja ventrikkelikirurgista leikkausta<sup>172</sup>. Satasairaalassa oli puolestaan leikattu vuosittain yhteensä 25 ruokatorvi-, haima- ja mahalaukukusyöpää<sup>173</sup>.

Ortopedisten leikkausten osalta siirtyneet potilasmäärät ovat olleet suurempia, mutta koskeneet tarkastelluista sairaaloista vain kahta yliopistosairaala. Tarkastushaastattelujen mukaan ortopedisten leikkausten loppuminen Varkauden ja Iisalmen sairaaloista siirsi Kuopion yliopistolliseen keskussairaalan yhteensä noin 300 leikkausta per vuosi. Helsingin yliopistollinen keskussairaala puolestaan siirsi keskittämisasietuksen mukaisia ortopedisiä leikkauksia Porvoon sairaalaan ja vastineeksi Porvoon sairaalasta siirrettiin Helsingin yliopistolliseen keskussairaalaan muuta leikkaustoimintaa.<sup>174</sup>

## Keskittäminen ei juurikaan ole tuonut lisäresursseja sairaaloihin vaan kasvaneista potilasmääristä on pyritty selviytymään muilla keinoin

Säädösehdotusten vaikutusten arviointiohjeen mukaan viranomaisvaikutusten yhteydessä on selvitettävä, aiheutuuko muutoksesta mahdollisesti muun muassa toimitila- ja laitehankintoja<sup>175</sup>. Keskittämisasiasetuksen perustelumuistiossa ja hallituksen esityksessä HE 224/2026 näitä asioita ei käsitelty lainkaan tai niitä käsiteltiin erittäin puutteellisesti. Perustelumuistiossa todetaan, että suurissa yksiköissä eri erikoisalajat voivat käyttää samoja laitteita ja resursseja yhdessä, jolloin niiden yhteiskäyttö mahdollistaa tehokkuuden<sup>176</sup>. Hallituksen esityksessä HE 224/2016 puolestaan sanottiin, että vaativien leikkausten määrän kasvuun voidaan vastata leikkaussaliaikaa pidentämällä<sup>177</sup>.

Tarkastushavainnot osoittivat, että kahdessa tarkastuksen piiriin kuuluneessa yliopistosairaалassa keskittämistä on käytetty yhtenä argumenttina, jolla on perusteltu sairaaloissa suunniteltuja rakennushankkeita<sup>178</sup>. Vain kahdessa yliopistosairaалassa leikkausaleja oli lisätty keskittämisen takia<sup>179</sup>. Yhdessä yliopistosairaалassa leikkaussali oli puolestaan varattu vain tietyn keskitetyn potilasryhmän leikkauksille<sup>180</sup>. Vuodeosastopaikkoja oli lisätty vain yhdessä tarkastuksen piiriin kuuluneista yhdestätoista sairaalasta<sup>181</sup>.

Tarkastushavaintojen mukaan keskitettäviä potilaita vastaanottavat sairaalat eivät ole saaneet juurikaan lisäresursseja, vaan ne ovat pyrkinet selviytymään lisääntyvistä potilasvirroista muilla keinoilla ja hyvin eri tavoin. Yliopistosairaalat ovat siirtäneet kevyempiä leikkauksia muihin sairaalakonserniinsa kuuluviin sairaaloihin<sup>182</sup> tai siirtäneet potilaita leikattavaksi yhteistyöalueellaan toiseen hyvinvointialueen sairaalaan<sup>183</sup>. Leikkauksia on ostettu myös muista yliopistosairaaloista<sup>184</sup>, asiakkaille on annettu palveluseteleitä<sup>185</sup> tai leikkaussaliaikaa on lisätty<sup>186</sup>. Yksi selviytymiskeino näyttäisi olevan myös keskittämisasiasetuksen noudattamatta jättäminen. Koska yliopistosairaалalla ei ole mahdollisuuksia ottaa keskitettäväksi määritellyn potilasryhmän hoitoa itselleen, potilasryhmän hoito keskussairaалassa jatkuu edelleen<sup>187</sup>. Sairaalan sisällä keskitettäville potilasryhmille on kuitenkin kohdennettu enemmän leikkaussaliaikaa<sup>188</sup>.

## Keskittäminen on muuttanut yliopistosairaaloissa hoitotyön asiantuntijoiden työnkuvia ja työtehtäviä

Tarkastushavainnot osoittivat, että valtaosa tarkastuksen piiriin kuuluneista yliopistosairaaloista ja keskussairaaloista ei ole saanut keskittämisen takia uusia henkilöresursseja<sup>189</sup>. Sen sijaan niiden on täytynyt selviytyä kasvaneista potilasmääristä olemassa olevilla henkilöstöresursseilla.



Keskittämisen seuraukset leikkaussali- ja vuodeosastopaikkojen määrään ovat olleet erittäin vähäisiä.

Tarkastushaastattelujen perusteella ei pystytä tarkasti arvioimaan, kuinka paljon hoitotyön asiantuntijoita on siirtynyt keskitettävien potilasryhmien mukana vastaanottavaan sairaalaan. Havainnot viittaavat kuitenkin siihen, että siirtyneiden hoitotyön asiantuntijoiden määrä on ollut vähäinen<sup>190</sup>. Lisäksi vain osa heistä työskentelee vastaavanlaisissa tehtävissä kuin aikaisemmin<sup>191</sup>.

Hoitotyön asiantuntijoiden siirtymistä koskevat tarkastushavainnot osoittivat myös sen, että osalla siirtyneistä hoitotyön asiantuntijoista työnkuva ja työtehtävät ovat muuttuneet. Tarkastushavainnot viittaavat myös siihen, että keskittäminen on muuttanut myös keskitettyjä leikkauksia vastaanottavissa sairaaloissa työskentelevien hoitotyön asiantuntijoiden työnkuva. Yliopistosairaalan hoitotyön asiantuntijoiden haastattelussa kerrottiin, että keskittämisen myötä sairaanhoitajien työstä on tullut raskaampaa, vaativampaa ja kiireellisempää. Haastateltavat totesivat, että vaativia toimenpiteitä keskitettäessä ei ole ymmärretty kiinnittää huomiota erikoissairaanhoidon hoitotyön kuormittavuuteen.<sup>192</sup>



Vaativia toimenpiteitä keskitettäessä ei ole kiinnitetty huomiota erikoissairaanhoidon hoitotyön kuormittavuuteen.

## 4.2 Pienistä sairaaloista on muodostunut polikliinistä kirurgiaa tekeviä erikoissairaanhoidon yksiköitä

Sosiaali- ja terveystieteiden valtiokunta totesi hallituksen esityksestä HE 224/2016 antamassaan mietinnössä, että keskittäminen vaikuttaa erityisesti pienempien sairaaloiden toimintaan<sup>193</sup>. Keskittämisasetuksen perustelumuiustion mukaan tämä ei kuitenkaan johda sairaaloiden sulkemiseen, mutta joidenkin sairaaloiden toiminta muuttuu<sup>194</sup>. Pienemmissä sairaaloissa voidaan edelleen tehdä muita kirurgisia toimenpiteitä ja pitää kirurgian erikoisalana poliklinikkaa<sup>195</sup>. Ne voivat myös toimia toimenpiteiden jälkeisinä kuntoutusta antavina jatkohoitopaikkoina. Henkilöstölle toiminnan muuttumisen arvioitiin merkitsevän työnkuvien, työtehtävien tai työpaikan muuttumista.<sup>196</sup>

Pienten sairaaloiden erikoislääkäreiden ja hoitotyön asiantuntijoiden haastattelut osoittivat, että arviot keskittämisen seurauksista ovat toteutuneet. Samoin hallituksen esityksessä HE 224/2016 esitetty riski siitä, että kustannukset voivat jopa lisääntyä, jos pieniin sairaaloihin jäljelle jääneet henkilöstöresurssit tuottavat lisää palveluja, on toteutunut.

## Pienissä sairaaloissa kirurgian erikoisalojen poliklinikoita on tarjolla varsin monipuolisesti

Tarkastushaastattelujen perusteella sairaaloiden toiminnan muuttamisella kohti perusterveydenhuollon yksikköä on ollut suuri merkitys sairaalan imagolle. Vaikka sairaaloissa on edelleen jäljellä erikoissairaanhoitoa, kokivat haastateltavat erikoissairaanhoidon supistuneen sairaalassa.<sup>197</sup>

Haastatteluissa anestesiaa vaativien leikkausten lakkauttamisella miellettiin kuitenkin olleen myös myönteisiä seurauksia. Anestesiaa vaativien toimenpiteiden lakkauttaminen on kannustanut kirurgeja löytämään uudenlaisia keinoja tehdä toimenpiteitä ilman, että potilaita tarvitsee nukuttaa<sup>198</sup>.

Pienissä sairaaloissa onkin tarjolla varsin monipuolisesti kirurgian erikoisalojen vastaanotto toimintaa (taulukko 2). Paikallisuuduksella voidaan tehdä paljon erilaisia pienempiä leikkauksia, kuten jalkaterän ja vaivaisenluun, rasvapattien, nivus- ja napatyrän leikkauksia ja suonikohjujen laserhoitoja sekä laskimovaahdotuksia<sup>199</sup>.



Anestesiaa vaativien leikkausten lakkauttamisella mielletään olleen myös myönteisiä seurauksia.

Taulukko 2: Kirurgian poliklinikoiden tarjonta pienissä sairaaloissa.

● kyllä    — ei

Kirurgian poliklinikat	Sairaala 1	Sairaala 2	Sairaala 3	Sairaala 4	Sairaala 5
gastrokirurgia	●	—	●	—	—
gynekologia	●	●	—	—	●
kaihikirurgia	—	—	—	—	●
korva-, nenä- ja kurkkutaudit	—	—	—	—	●
lastenkirurgia	—	—	—	●	—
lastentaudit	—	—	●	—	—
neurokirurgia	—	—	●	—	—
ortopedia ja/tai traumakirurgia	●	●	●	●	●
plastiikkakirurgia	●	●	—	●	●
silmätaudit	●	—	—	—	—
suolistokirurgia	—	●	—	—	—
urologia	●	●	●	●	—
vatsaelinkirurgia	—	—	—	●	—
verisuonikirurgia	●	—	●	●	●
yleiskirurgia	—	●	●	●	—

Haastatteluisissa myönteiseksi seuraukseksi mainittiin myös poliklinikkatoiminnan tason nousu. Sairaala pystyy tarjoamaan nyt useammalta erikoisalalta yliopistosairaalatason erikoislääkärin vastaanottopalveluja verrattuna aikaan ennen keskittämistä.<sup>200</sup>

Tilastot osoittavat, että keskittämisasiäsetuksen voimaantumisen jälkeen pienten sairaaloiden toiminta on kasvanut ja erikoissairaanhoidon kustannukset lisääntyneet. Sairaaloiden tuottavuustilastot osoittavat, että muissa sairaaloissa<sup>201</sup> (aluesairaalat) ajanvarauskäynnit ovat lisääntyneet 3 783 käynnillä (+2,2 prosenttia), ja somaattisten erikoisalojen kustannukset ovat lisääntyneet runsaalla 4,2 miljoonalla (+7,9 prosenttia) vuodesta 2018 vuoteen 2021.<sup>202</sup>

### Pienistä sairaaloista erikoislääkärien kokoaikaiset virat ovat vähentyneet, minkä seurauksena sairaaloiden poliklinikkatoiminta perustuu lähinnä ulkopuolelta tulevaan erikoislääkäriyövoimaan

Tarkastushavainnot<sup>203</sup> osoittivat, että leikkaustoiminnan lopettaminen vaikutti pienissä sairaaloissa eniten kirurgeihin ja anestesiaalääkäreihin. Esimerkiksi yhdessä tarkastuksen piiriin kuuluneessa pienessä sairaalassa oli vielä vuoden 2018 alussa virkalääkäreitä usealla kirurgian erikoisalalla. Tällä hetkellä sairaalassa on enää vain yksi virkalääkäri. Muiden erikoislääkäreiden osalta sairaala on riippuvainen ulkopuolelta tulevasta erikoislääkäreistä, joita on hankittu virkamääräyksillä ja yliopistosairaalan kanssa tehdyillä niin sanotuilla kumppanuussopimuksilla. Yhdestä tarkastuksen piiriin kuuluneesta pienestä sairaalasta lähtivät pois kaikki gastrokirurgit (5 kpl) ja anestesiaalääkäri. Sairaalassa on enää vain muutamia erikoislääkäreitä kokoaikaisissa viroissa.

Erikoislääkäreiden virkoja on hävinnyt myös eläköitymisen myötä. Eläkkeelle siirtyvien tilalle ovat tulleet lääkärit, jotka ovat yhteisiä yhteistyöalueen yliopistollisen sairaalan kanssa. Tarkastushavainnot tarkoittavat käytännössä sitä, että pienet sairaalat ovat entistä riippuvaisempia yliopisto- tai keskussairaaloiden erikoislääkäriyövoimasta.

Yhdessä tarkastuksen piiriin kuuluneessa pienessä sairaalassa keskittäminen ei lakkauttanut leikkaustoimintaa sairaalassa, mutta muutti erikoislääkäreiden työnkuvia. Vatsaelinkirurgeilta ja urologeilta lähtivät pois esimerkiksi munuaissyöpäleikkaukset, yleiskirurgeilta rintasyöpäleikkaukset ja gynekologeilta naistentautien kirurgiset leikkaukset.<sup>204</sup>



Keskittämisasiäsetuksen voimaantumisen jälkeen pienten sairaaloiden toiminta on kasvanut ja kustannukset lisääntyneet.



Pienet sairaalat ovat entistä riippuvaisempia yliopisto- tai keskussairaaloiden erikoislääkäriyövoimasta.

## Erikoissairaanhoidon on menettänyt osaavia ja kokeneita leikkaussali- ja vuodeosastosairaanhoidajia

Keskittämisen seuraukset sairaanhoitajiin ovat olleet pienissä sairaaloissa paljon suurempia kuin lääkäreihin. Tarkastushavainnot osoittivat, että keskittämisen myötä sairaalat ja myös alueet menettivät osaavaa ja kokenutta hoitohenkilökuntaa sote-sektorilta<sup>205</sup>. Sairaaloissa suurin menetys kohdistui leikkaussalihenkilöstöön eli erityisosaamista vaativiin anestesia- ja leikkaussalisairaanhoidajiin. Tarkastushaastattelujen perusteella vain pieni osa leikkaussaliohittajista siirtyi siirtyvien tehtävien mukana yliopistosairaalaan. Suuri osa siirtyi toisen sairaanhoitopiirin palvelukseen, kuntayhtymän muihin yksiköihin esimerkiksi kotihoitoon tai kuntayhtymän muihin sairaaloihin. Osa puolestaan vaihtoi kokonaan alaa. Ne leikkaussalisairaanhoidajat, jotka jäivät sairaalaan, löysivät töitä muualta sairaalasta kuten perusterveydenhuollon vuodeosastolta.

Leikkaustoiminnan lakkauttamisen myötä pienissä sairaaloissa on ajettu alas myös erikoissairaanhoidon vuodeosastotoiminta. Tarkastushavainnot<sup>206</sup> osoittivat, että vain yhdessä tarkastuksen piiriin kuuluneessa pienessä sairaalassa osa erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla työskennelleistä siirtyi työskentelemään perusterveydenhuollon vuodeosastoille. Yhdessä tarkastushaastattelussa todettiin, että esimerkiksi teho-osastohoitaja ei ikinä lähtisi muuhun työhön työn erityisyyden takia<sup>207</sup>. Sairaaloiden vuodeosastoilta siirryttiin työskentelemään myös sairaalan poliklinikoille, ensiapuun ja kotihoitoon. Osa lähti kokonaan pois sairaalasta. Hallituksen esityksessä HE 244/2016 esiin tuodut keskittämisen vaikutukset henkilöstön työn- ja tehtäväkuviin ovat siten toteutuneet.

Tarkastushavaintojen mukaan etenkin sairaalaan työskentelemään jääneille sairaanhoitajille työtehtävien ja työnkuvien muuttuminen on merkinnyt uusien asioiden opettelua<sup>208</sup>. Esimerkiksi kätilö tekee nyt ultraäänitutkimuksia ja leikkaussalissa toimineet sairaanhoitajat osallistuvat suuriin tähystyksiin. Sama hoitaja voi toimia osan päivästä kipupoliklinikalla ja osan dialyysiyksikössä.<sup>209</sup>

Vaikka tarkastushavainnot viittaavat siihen, että erityistason osaajista on muodostunut yleisosaajia<sup>210</sup> eli heidän työnkuvansa on laajentunut, erityistason osaamisen näkökulmasta tarkastushavainnot kertovat kuitenkin osaamisen supistumisesta. Esimerkiksi anestesia- ja leikkaussalisairaanhoidajat eivät pysty käyttämään enää erityistason osaamistaan työssään<sup>211</sup>. Tulokset viittaavat siihen, että kun keskittämällä pyrittiin lisäämään ja turvaamaan erikoislääkärien osaamista, sairaanhoitajien osalta keskittäminen näyttää merkinneen ainakin pienissä sairaaloissa erityistason osaamisen hukkaan heittämistä. Yhdessä tarkastushaastattelussa todettiin, että poliklinikoille ja ensiapuun siirtyneestä leikkaussalihenkilöstöstä olisi ollut paljon vaativampaankin työhön<sup>212</sup>.



Pienissä sairaaloissa sairaanhoitajien erityistason osaaminen on mennyt hukkaan keskittämisen seurauksena.

## Pienten sairaaloiden toimintaprofiili ei vastaa enää perinteistä käsitystä sairaalasta

Keskittämisuudistus on vaikuttanut pienten sairaaloiden toimitilojen käyttöön kahdella tavalla. Yhtäältä erikoissairaanhoidon käytössä olevia tiloja on vapautunut perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen käyttöön, toisaalta erikoissairaanhoidon toimitiloja on muokattu uudenaikaiseen käyttöön.

Anestesiaa ja leikkaussaliolosuhteita vaativien leikkausten keskittäminen yliopisto- ja keskussairaaloihin vaikutti siihen, että tarkastuksen piiriin kuuluneissa pienissä sairaaloissa, lukuun ottamatta Porvoon sairaalaa, ei enää tarvita leikkausosastoja. Porvoon sairaalassa leikkaussalien määrä on pysynyt ennallaan<sup>213</sup>, mutta leikkaussali-profiilit ovat muuttuneet<sup>214</sup>. Tarkastelluista sairaaloista ainoastaan yhdessä sairaalassa kaikki leikkaussalit on muutettu poliklinikoiden vastaanottotiloiksi, ja yhdessä sairaalassa kaikissa leikkaussaleissa tehdään toimenpiteitä paikallispuudutuksella. Yhdessä sairaalassa puolestaan osa leikkaussaleista on yksityisen palveluntuottajan käytössä, yhdessä salissa tehdään polikliinisen kirurgian toimenpiteitä ja yksi sali on vajaakäytössä. Yhdessä sairaalassa ei ole enää lainkaan leikkaussaleja, vaan sen sijaan on rakennettu toimenpidesaleja. Niitä on mahdollista tarvittaessa ottaa laajempaan operatiiviseen käyttöön.

Koska pienissä sairaaloissa voidaan tehdä enää vain polikliinistä kirurgiaa, ei sairaaloissa tarvita enää myöskään erikoissairaanhoidon vuodeosastoja. Tarkastushavainnot osoittivatkin, että sairaaloissa erikoissairaanhoidon vuodeosastoja on jo muutettu tai on tehty päätös niiden muuttamisesta perusterveydenhuollon vuodeosastoiksi. Osastoja on myös muutettu poliklinikoiden vastaanottotiloiksi, päiväsairaaloiksi, korvaushoidon poliklinikoiksi ja toimistotiloiksi, joissa toimii esimerkiksi kotihoidon toimisto. Lisäksi joillakin osastoilla on myös sosiaalihuollon toimintaa.<sup>215</sup>

Vaikka sairaala käsitteenä viittaa erikoissairaanhoidon, osoittavat tarkastushavainnot, että pienistä sairaaloista on muodostunut hybridiyksiköitä. Niissä tuotetaan avo- ja laitoshoidon, sosiaali- ja terveyspalveluja sekä hallinnollisia palveluja. Laitoshuollon osalta sairaaloiden toiminta on siten muuttunut tavoiteltuun suuntaan. Muutos edistää myös sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota. Herää kuitenkin kysymys siitä, onko sairaala enää oikea käsite kuvaamaan niitä.



Leikkaussaleille on löydetty uusia käyttötarkoituksia.



Pienissä sairaaloissa ei ole enää erikoissairaanhoidon vuodeosastoja.

Sosiaali- ja terveysministeriön virkamiestyöryhmä totesi tammi-kuussa 2024 antamassaan raportissa, että perus- ja erikoissairaanhoidon raja on sairaalahoiton osalta hämärtyneessä ja menettämässä merkitystään. Työryhmä ehdotti uudeksi ”sairaalaksi” sote-keskusten osastoja. Ehdotuksen mukaan niissä voisi olla hyvinvointialueen päätöksillä polikliinistä toimintaa väestön tarpeen mukaisilla erikoisaloilla sekä anestesiaa vaativia kevyttoimenpiteitä. Lisäksi sote-keskusten yhteydessä voisi olla väestön palvelutarpeen mukaiset yleislääketieteen tai geriatrian erikoisalan osastot.<sup>216</sup> Tar- kastushavaintojen perusteella ryhmän ehdotus vastaa kuvaukseltaan lähes täydellisesti tarkasteltujen pienten sairaaloiden nykyistä toi- mintaa. Käytännössä ehdotus virallistaisi jo pienissä sairaaloissa tapahtuneen muutoksen.



Pienten sairaaloiden toimintaprofiili vastaa työryhmän kuvausta sote-keskusten osastoista.

### 4.3 Yhteispäivystysten perustamisen seuraukset osoittavat, että päivystysuudistuksen viranomaisvaikutukset arvioitiin erittäin puutteellisesti

Alla olevaan laatikkoon on koottu ympärivuorokautista päivystystä järjestävistä yksiköistä käytetyt käsitteet, joita tekstissä käytetään eri yhteyksissä.

#### Ympärivuorokautisesti päivystäviä yksiköitä koskevien käsitteiden käyttö

**Laajalla 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 (Terveydenhuoltolaki 50.3 §).

**Ympärivuorokautisella yhteispäivystysyksiköllä** tarkoitetaan ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä, jossa on valmius väestön tavanomaisten kiireellisten terveysongelmien hoitoon (Terveydenhuoltolaki 50.4 §).

Tässä luvussa käytetään käsitettä **yhteispäivystys**, kun tarkoitetaan sekä laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikköä että ympärivuorokautista yhteispäivystysyksikköä. Silloin kun tarkoitetaan vain jompaa kumpaa yksikköä, käytetään vastaavaa virallista käsitettä.



## Yhteispäivystyksille asetetut vaatimukset ja tarjolla olevat tutkimusmahdollisuudet lisäävät ympärivuorokautisen päivystyksen kustannuksia

Hallituksen esityksen HE 224/2016 mukaan päivystyksessä ensilinjassa annettava hoito ja jatkohoitopäätökset vaikuttavat olennaisesti koko palveluketjun toimintaan ja hoidon kustannuksiin. Esimerkiksi valtaosa sairaaloiden vuodeosastojen sisäänotoista tapahtuu päivystysten kautta. Siksi ympärivuorokautisesti toimivaan päivystykseen tulee varata riittävät voimavarat, kuten erikoislääkärikokemusta etulinjaan.<sup>217</sup>

THL:n tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanetin tilastotiedot osoittavat, että tarkastuksen piiriin kuuluneissa ympärivuorokautisissa yhteispäivystyksissä hoidetuista potilaista vuodeosastoille jatkohoittoon siirrettyjen potilaiden osuus vaihteli 8,6–52 prosentin välillä vuonna 2022. Kaikissa ympärivuorokautisissa yhteispäivystyksissä ja laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköistä kahdessa viidestä yksiköstä vuodeosastolle siirrettyjen potilaiden osuus on kasvanut vuodesta 2017.

Laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköiltä vaaditut edellytykset ovat laajat, ja niiden täyttäminen on kallista. Ympärivuorokautisen yhteispäivystysyksikön erikoisalojen määrästä tai erikoisaloista ei sen sijaan säännellä millään lailla. (Ks. Liite 3.) Terveystieteiden lain pykälä 50.3 ja päivystysasetuksen pykälä 5.1 eivät siten automaattisesti rajoita ympärivuorokautisen yhteispäivystysyksikön laajuutta.<sup>218</sup>

Päivystysrinnejä koskevat tarkastushavainnot osoittivat, että osassa ympärivuorokautisissa yhteispäivystysyksiköissä päivystävien erikoisalojen määrä on lähes yhtä suuri kuin laajalta ympärivuorokautiselta päivystyksen yksiköltä vaadittu 12 erikoisalan päivystys<sup>219</sup>. Erikseen mainittujen erikoisalojen ohella yhteispäivystysten on täytettävä myös muut päivystysasetuksessa säädetyt erikoisalo-kohtaiset ja muut vaatimukset<sup>220</sup>. Tämän seurauksena päivystettävien erikoisalojen määrä on laajan ympärivuorokautisten päivystysten yksiköissä suurempi kuin päivystysasetuksen pykälässä 4 mainitut 12 erikoisalaa.

Tarkastushavainnot osoittivat, että tarkastuksen piiriin kuuluneissa ympärivuorokautisissa yhteispäivystysyksiköissä päivystävien erikoisalojen määrä vaihteli 4–13 välillä<sup>221</sup>. Ympärivuorokautisten yhteispäivystysyksiköiden väliset suuret erot erikoisalojen määrässä selittyvät ainakin osin päivystysasetuksen tarjoamista mahdollisuuksista. Päivystysasetuksen pykälä 5.1 sallii yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen tai HUS-yhtymän perustaa ympärivuorokautisen yhteispäivystysyksikön hyvinvointialueen tai HUS-yhtymän sairaalaan, jossa on ympärivuorokautisesti edustettuina keskeisten erikoisalojen päivystys. Ympärivuorokautinen yhteispäivystysyksikkö, joka järjestää päivystystä vain kolmella erikoisalalla, edustaa juuri tällaista sairaalaa.

Päivystysrinkejä koskevat havainnot osoittivat, että erikoisalajat, joilla päivystystä ympärivuorokautisesti järjestetään, eivät vastaa käytännössä päivystävien erikoislääkärin kokonaismäärää. Tämä johtuu siitä, että joissakin keskussairaaloissa esimerkiksi sisätaudeissa on kaksi päivystäjää. Toinen päivystää aktiivipäivystäjänä sairaalassa, toinen päivystää vapaamuotoisena päivystäjänä kotona. Yhteispäivystyksissä ei siten ole käytännössä kaikkien erikoisalojen päivystäjiä konkreettisesti paikalla.

Yhteispäivystysten kustannuksia lisää myös se, että yhteispäivystysten tarvitsemia tukipalveluja, kuten laboratorio ja kuvantamispalveluja, pitää olla saatavissa ympärivuorokautisesti<sup>222</sup>. Lisäksi erityisesti laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikön kustannuksia lisää se, että esimerkiksi tehohoito, tarkkailuosasto ja leikkaussalitoiminta edellyttävät, että myös hoitotyön asiantuntijoilla on omat päivystysrinskinsä. Esimerkiksi Kanta-Hämeen keskussairaalan ympärivuorokautisessa yhteispäivystysyksikössä hoitohenkilökuntaa sijaisineen on yhteensä noin sata<sup>223</sup>.

Sairaaloitten tuottavuus -tilastot vuosilta 2018 ja 2021 viittaavat siihen, että yhteispäivystykset eivät ole kyenneet supistamaan päivystysmenojen kasvua. Tilastot osoittavat, että tarkastuksen piirissä olevissa laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköissä akuuttilääketieteen erikoisalan kustannukset ovat kasvaneet vuodesta 2018 vuoteen 2021.<sup>224</sup> Yhteispäivystysten tarkastushaastattelut myös viittaisivat siihen, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdistämisellä ei ole saavutettu säästöjä. Vain yhdessä yhteispäivystyksen kymmenestä haastattelusta katsottiin, että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhdistämisellä oli saavutettu säästöjä, mutta vain perusterveydenhuollossa<sup>225</sup>. Kaikissa muissa haastatteluissa yhteispäivystysten katsottiin lisänneen päivystyksen kustannuksia. Haastateltavat mainitsivat yhdeksi lisäkustannuksia aiheuttavaksi tekijäksi tarjolla olevat runsaat tutkimusmahdollisuudet. Tietokonekuvantamisia ja laboratoriotutkimuksia tehdään huomattavasti enemmän kuin aikaisemmin.<sup>226</sup>

Osa yhteispäivystysten vastaavista lääkäreistä totesi, että osa laboratorio- ja kuvantamistutkimuksista saattaa olla tarpeettomia<sup>227</sup>. Haastatteluissa laboratorio- ja kuvantamistutkimusten määrän kasvua selitettiin myös sillä, että erikoistuvat lääkärit, joilla ei ole vielä riittävästä kokemuksesta, tekevät varmuuden vuoksi laajempia tutkimuksia kuin olisi ehkä tarvetta<sup>228</sup>. Havainnot viittaisivat siihen, että yhteispäivystyksissä osa potilaista yliidiagnosoidaan tai ylihoitetaan. Perusterveydenhuoltotasoisia potilaita tutkitaan erikoissairaanhoidon tutkimusstandardeilla ja varustetasolla<sup>229</sup>. Suomen Lääkäriliiton selvityksen mukaan yliidiagnostiikan ja ylihoitototeutumista terveydenhuollossa ei kuitenkaan tällä hetkellä juurikaan seurata<sup>230</sup>. Päivystysuudistuksella tavoiteltu tutkimusmahdollisuuksien tehokas käyttö näyttäisi siten toteutuneen hieman eri tavalla kuin oli ajateltu<sup>231</sup>.



Jokaisen erikoisalan erikoislääkäri ei välttämättä ole konkreettisesti paikalla ympärivuorokautisessa yhteispäivystyksessä, vaan lääkäri voi päivystää kotonaan.



Perusterveydenhuoltotasoisia potilaita tutkitaan erikoissairaanhoidon tutkimusstandardeilla ja varustetasolla.

Tarkastushavaintojen perusteella yhteispäivystysten kustannuksia lisää myös erityisesti erikoissairaanhoidon päivystyspotilaiden osalta potilasaineksen muuttuminen vuosien saatossa. Yhteispäivystykseen tulevat potilaat ovat iäkkäämpiä ja epämääräisesti oireilevia, joiden hoidon tarpeen selvittäminen vaatii enemmän tutkimuksia. Tutkimuksia joudutaan tekemään myös enemmän, koska isossa yksikössä potilaita ei tunneta.<sup>232</sup> Lisäksi tarjolla olevien tutkimusmahdollisuuksien käyttö pidentää potilaiden päivystyksissä viettämää aikaa<sup>233</sup>. Tämä voi olla myös yksi tekijä, joka vaikuttaa päivystysten ajoittaiseen ruuhkautumiseen.

### Yhteispäivystysten muodostamisella saavutettavat potentiaaliset kustannussäästöt ovat sulaneet virkojen ja toimien lisäämiseen ja vuokralääkäreiden käyttöön

Hallituksen esityksessä HE 224/2016 ei esitetty, millaisia muutoksia päivystysuudistuksella on henkilöstöön. Sen sijaan hallituksen esityksessä todettiin, että osaamisen kokoaminen suurempiin yksiköihin todennäköisesti helpottaa lääkärivajetta ja vähentää ostopalvelujen käyttöä. Tarkastushavainnot viittaavat kuitenkin siihen, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystysten tuominen samaan yksiköön ei ole helpottanut ainakaan yleislääketieteen päivystäjien saantia. Yhteispäivystyksissä yleislääketieteen päivystys on jouduttu jo vuosia järjestämään ostopalvelulääkäreillä/vuokralääkäreillä<sup>234</sup>. Muiden erikoisalojen osalta ostopalvelulääkäreiden käyttöä yhteispäivystyksissä on lisännyt keskussairaalamyönteisessä vallitseva lääkärivaje<sup>235</sup>. Ostopalvelulääkäreitä on jouduttu käyttämään erikoisaloista muun muassa ortopediassa, anesthesiologiassa<sup>236</sup> ja patologiassa<sup>237</sup>. Ostopalvelulääkäreiden/vuokralääkäreiden käyttö lisää yhteispäivystysten kustannuksia.

Tarkastushavainnot viittaavat siihen, että ostopalvelulääkärien/vuokralääkärien yleistäminen päivystyksissä saattaa osin selittyä myös sillä, että yhteispäivystysten henkilöstöresursseista erikoistuvien lääkärien osuus on merkittävä<sup>238</sup>. Kunta- ja hyvinvointialue-työnantajien tilastot sairaanhoitopiirien lääkäryövoimatilanteesta osoittavat kuitenkin, että erikoistuvien lääkärien avoimiin virkoihin ei ole hakijoita<sup>239</sup>. Yhdessä ympärivuorokautisen yhteispäivystysyksikön haastattelussa vastaava lääkäri kertoi, että koska erikoistuvien lääkäreiden virkoja ei ole saatu täytettyä, on päivystykseen jouduttu hankkimaan erikoislääkäreitä ostopalveluna<sup>240</sup>.

Lääkäriliiton vuonna 2021 teettämään päivystyskyselyyn vastanneista 47 prosenttia koki päivystyksen riittämättömän resurssoinnin erittäin suureksi ongelmaksi<sup>241</sup>. Myös yhteispäivystysten haastatteluissa tuotiin esille sama ongelma. Päivystysten virkamäärä ei ole riittävä<sup>242</sup>. Ongelmaksi mainittiin myös se, että kun sairaanhoitopiiri vähentää toimintoja sairaalasta, vähenevät sairaalasta myös erikoistuvat lääkärit. Tämä vaikuttaa suoraan yhteispäivystyksen henkilöstöresursseihin.<sup>243</sup>



Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystysten tuominen samaan yksiköön ei ole helpottanut yleislääketieteen päivystäjien saantia.

Oletettuja säästöjä (taulukko 1) on jäänyt toteutumatta myös siksi, että osa keskussairaaloista on joutunut lisäämään lääkäreitä ja/ tai sairaanhoitajia laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikönsä<sup>244</sup>. Tarkastushavaintojen perusteella yksi syy henkilöstön määrän kasvuun on ikääntyneiden, paljon hoivaa tarvitsevien potilaiden määrän kasvu<sup>245</sup>. Osa yhteispäivystyksistä on lisännyt henkilöstöresursseja sekä erikoissairaanhoidon että yleislääkäripäivystykseen<sup>246</sup>.

Tarkastushaastattelujen perusteella yhteispäivystysten henkilöstömäärä vaihtelee noin 50–150 työntekijän välillä. Laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköissä hoitohenkilökunnan vakanssien ja toimien määrä vaihtelee noin 60–75 välillä. Ympärivuorokautisissa yhteispäivystysyksiköissä vakanssien ja toimien määrä vaihtelee 43–75 välillä. Yhteispäivystyksissä omia lääkärien vakansseja on huomattavasti vähemmän. Niiden määrä vaihtelee 3–12 välillä.<sup>247</sup>

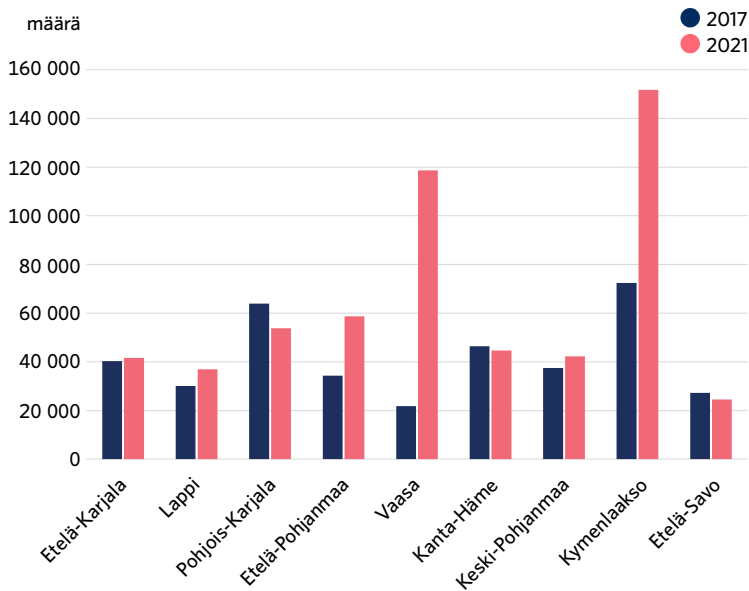
### Yhteispäivystykset ovat muiden viranomaisten varaventiilejä

Päivystysuudistuksesta annetuissa lausunnoissa tuotiin esille riski siitä, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystysten integrointi lisää yhteispäivystysten potilasmäärää<sup>248</sup>. Tarkastushavainnot viittaavat siihen, että riski on toteutunut.

Sairaaloiden tuottavuus -tilastojen mukaan yliopistosairaaloiden ja keskussairaaloiden päivystyskäynnit yhteensä ovat supistuneet ajanjaksolla 2017–2022. Tarkastuksen piiriin kuuluneissa laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköissä käyntimäärät ovat kuitenkin kasvaneet neljässä viidestä yksiköstä. Ympärivuorokautisissa yhteispäivystysyksiköissä käyntimäärät ovat sen sijaan kasvaneet vain kahdessa viidestä yksiköstä. (Kuvio 2.)



Yksi syy yhteispäivystysten henkilöstön määrän kasvuun on ikääntyneiden potilaiden määrän kasvu.



Kuvio 2: Päivystyskäyntien määrä tarkastuksen piiriin kuuluneissa laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköissä ja ympärivuorokautisissa yhteispäivystysyksiköissä vuosina 2017 ja 2021. (Lähde: Sairaaloiden tuottavuus 2021. THL.)

Yhteispäivystysten tarkastushaastatteluissa yhteispäivystysten potilasmäärien kasvun katsottiin johtuvan muun muassa siitä, että yhteispäivystykset toimivat toisten viranomaisten varaventiilinä. Kun palveluja ei saa muualta, potilaat ajautuvat päivystykseen. Yhteispäivystyksiin tulevat päihdepalvelujen ja vanhuspäivystysten puutteesta kärsivät asiakkaat ja ihmiset, joilla on mieliala- tai muita sosiaalisia ongelmia. Yhteispäivystyksiin siirretään myös erilaisia asioita, koska ne ovat ainoita jatkuvasti auki olevia paikkoja.<sup>249</sup> Esimerkiksi yhteispäivystyksissä uusitaan reseptejä, koska hoivakodeissa ei ole lääkäreitä. Haastateltavien mukaan nämä kaikki näkyvät päivystyksessä ja hidastavat päivystyksen prosesseja.<sup>250</sup> Yhtenä suurimpana ongelmana yhteispäivystysten haastatteluissa mainittiin kiirevastaanottojen toimimattomuus. Yhteispäivystysten tehtäväkokonaisuuksien epämääräisyyden katsottiin lisäävän potilaan ohjaamista yhteispäivystykseen, jos itsellä ei ole aikaa hoitaa potilasta.<sup>251</sup> Riski yhteispäivystysten muodostumisesta kiirevastaanottojen ylivuotokanavaksi tuotiin esiin jo päivystysuudistuksen valmisteluvaiheessa.<sup>252</sup>

Yhdeksi ongelmaksi mainittiin myös potilaat, jotka hakeutuvat yhteispäivystyksiin asioissa, jotka eivät ole kiireellisiä. Näitä potilaita on runsaasti. Yhdessä laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikön haastattelussa todettiin, että yhteispäivystyksen läheisyys ja helppo saavutettavuus edistää tarpeetonta palvelujen piiriin hakeutumista.<sup>253</sup> Käytännössä ympärivuorokautisesti auki olevalla yhteispäivystyksellä on lisätty päiväaikaista perusterveydenhuollon päivystystarjontaa.

Tarkastushavaintojen perusteella perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdistäminen samaan päivystysyksikköön on merkinnyt myös sitä, että päivystysyksiköissä konsultaatiopuheluiden määrä on kasvanut. Laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikön vastaavat lääkärit kertoivat, että erikoissairaanhoidon päivystävän lääkärin aikaa kuluu runsaasti perusterveydenhuollon vuodeosastojen ja palveluasumisyksiköiden konsultaatioihin vastaamisessa.<sup>254</sup>

Päivystysasetuksen pykälän 11 perusteella yhteispäivystyksissä pitää olla tarjolla myös ympärivuorokautisesti puhelinneuvontaa, minkä katsottiin vievän paljon henkilökunnan aikaa. Välillä vastauksissa on 4–5 henkilöä, kun heitä pitäisi olla vain 1–2<sup>255</sup>. Yhdessä laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikön haastattelussa puolestaan todettiin, että heillä ei yöllä ole lainkaan erillistä resurssia puhelinneuvontaan, vaan puhelimeen vastataan muun työn ohessa, jos ehditään<sup>256</sup>. Puhelimessa vietetyn ajan todettiin olevan pois päivystysjonon hoitamisesta<sup>257</sup>.

## Ongelmat jatkohoidossa tukkivat yhteispäivystykset ja viivästyttävät tarvittavan hoidon saantia

Jatkohoidon ongelmat näkyvät myös yhteispäivystyksissä. Tarkastushavainnot osoittivat, että päivystykset kantavat kuorman siitä, kun siirrot sairaalan sisällä ja siirtymiset päivystyksestä ulos eivät toimi<sup>258</sup>. Jatkohoidon ongelmien kerrottiin koskevan erityisesti perusterveydenhuollon potilaita<sup>259</sup>. Heitä ei saada siirrettyä päivystyksistä perusterveydenhuollon vuodeosastoille, palveluasumisyksiköihin tai kotihoitoon<sup>260</sup>. Tämän koettiin kuormittavan hoitohenkilökuntaa. Esimerkiksi potilaiden pitäisi saada vaatetta, ruokaa, apuvälineitä ja päästä vessaan, johon päivystyksen henkilöstöresursseja, tiloja ja toimintaa ei ole suunniteltu. Potilaille ei ole hoidon tarvetta, vaan heillä on hoivan tarvetta.<sup>261</sup> Tämän seurauksena päivystyksissä on jouduttu muun muassa tekemään ylitöitä tai hälyttämään hoitohenkilöstöä töihin<sup>262</sup>.



Ympärivuorokautisesti auki olevilla yhteispäivystyksillä on lisätty päiväaikaista perusterveydenhuollon päivystystarjontaa.



Potilaille ei ole hoidon tarvetta vaan hoivan tarvetta.

Yhteispäivystysten toimimattomuus ilmenee käytännössä myös siten, että ei-päivystyksellistä hoitoa tarvitsevien lisääntynyt hoito päivystyksissä lisää henkilöstön halua vaihtaa työpaikkaa<sup>263</sup>. Yhden laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikön vastaava lääkäri totesi, että akuuttisairaalaista on tullut yleislääketieteen hoitopaikka<sup>264</sup>. Yksi hoitotyön asiantuntija puolestaan totesi, että joskus heti aamusta laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikkö alkaa olemaan yliopistollinen terveyskeskus tai yliopistollinen hoivakoti<sup>265</sup>. Käytännössä erikoissairaanhoidon resurssit eivät siten kohdennu tarkoituksenmukaisesti ja optimaalisesti.

Havainnot myös osoittivat, että yhteispäivystyksen sisällä jonotetaan. Päivystyksen teho-osastoilla on yksittäisiä ihmisiä, jotka pitäisi saada siirrettyä vuodeosastolle. Samoin tarkkailua vaativat potilaat pitäisi saada eteenpäin vuodeosastoille. Tällöin nämä potilaat tavallaan jonottavat teho- ja valvontaosastoilta ulos.<sup>266</sup> Yhdessä laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikön haastattelussa todettiin, että heillä tarkkailuosastolle ei jäädä odottamaan vuodeosastopaikkaa, vaan ruuhkautumisen ehkäisemiseksi perusterveydenhuollon potilaita on jouduttu laittamaan erikoissairaanhoidon osastoille<sup>267</sup>. Esimerkiksi sisätautipotilaita sijoitetaan ortopedian vuodeosastoille<sup>268</sup>.

Tarkastushavainnot viittaavat siihen, että jatkohoidon vetämätömyys vaikuttaa myös suunniteltujen leikkausten määrään. Koska vuodeosastoilta ei saada siirrettyä potilaita jatkohoitoon, suunniteltuja leikkauksia on jouduttu perumaan. Näin on varmistettu, että päivystykselliset leikkaukset sopivat tarvittaessa osastoille<sup>269</sup>. Yhdessä laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikön haastattelussa todettiin, että kuinka monta leikkausta sairaalassa tehdään minäkin päivänä riippuu siitä, kuinka paljon päivystyspotilaat jumittavat osastoja<sup>270</sup>.

Toisessa laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikön haastattelussa puolestaan todettiin, että kun potilaita ei saada siirrettyä päivystyksestä eteenpäin, potilaat joutuvat pahimmillaan odottamaan päivystyksessä useita päiviä. Tämän seurauksena päivystyksessä voi olla pahimmillaan vuodeosastollisen verran potilaita hoidettavana varsinaisten kiireellistä hoitoa tarvitsevien potilaiden rinnalla.<sup>271</sup> Tarkastuksen piirissä olevien yhteispäivystysten keskimääräisiä hoitoaikoja koskevat tilastot viittaavat osin samaan. Tilastojen mukaan keskimääräinen hoitoaika yhteispäivystyksissä vaihteli 0–5,1 päivään. Laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköistä kolmessa viidestä yksiköstä hoitoaika on kasvanut vuodesta 2017 vuoteen 2022. Ympärivuorokautisista yhteispäivystyksyksiköistä sen sijaan vain yhdessä neljästä keskimääräinen hoitoaika päivystyksessä on kasvanut aikavälillä 2017–2022.<sup>272</sup> Tarkastushaastattelun perusteella tässäkin yksikössä suurin osa potilaista on päivystyksessä noin 16 tuntia<sup>273</sup>.



Yhteispäivystyksissä potilaat jonottavat teho- ja valvontaosastoilta ulos.



Päivystyksessä voi olla pahimmillaan vuodeosastollisen verran potilaita hoidettavana varsinaisten kiireellistä hoitoa tarvitsevien potilaiden rinnalla.

## Yhteispäivystyksissä ei ole riittävästi vuodepaikkakapasiteettia

Tarkastushavainnot viittaavat siihen, että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon ympärivuorokautisen päivystyksen yhdistäminen ei ole lisännyt tarkastuksen piiriin kuuluneissa laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköissä tehohoitoon ja/tai tarkkailuun tarkoitettuja vuodepaikkoja<sup>274</sup>. Sen sijaan yksiköiden vuodepaikkapulaa on helpotettu muun muassa sairaalan johdon päätöksellä, että jokainen osasto on velvollinen ottamaan yhden potilaan päivystyksestä haasteellisissa tilanteissa<sup>275</sup>.

Ympäri vuorokautisissa yhteispäivystysyksiköissä tilanne on lähes sama. Vain yhdessä yksikössä vuodepaikat ovat lisääntyneet, kun päivystysyksikön kylkeen on avattu päivystysosasto<sup>276</sup>. Yhdessä yksikössä päivystyksen vuodepaikkatilannetta on taas helpottanut alueen toisessa sairaalassa tehty muutos, jossa teho-osasto muutettiin päivystysosastoksi<sup>277</sup>. Yhdessä ympärivuorokautisessa yhteispäivystysyksikössä vuodepaikkapulaa on puolestaan helpottanut päätös siitä, että päivystysosastolle saa ottaa aikaisemman kuuden perusterveydenhuollon potilaan sijasta, vaikka kuinka monta perusterveydenhuoltotasoista potilasta, jos muualla ei ole tilaa<sup>278</sup>. Yhdessä ympärivuorokautisessa yhteispäivystysyksikössä on vuorostaan jouduttu supistamaan tarkkailuosaston paikkamäärää puolella henkilöstöpulan takia<sup>279</sup>.



Päivystysten riittämätöntä vuodepaikkakapasiteettia on pyritty ratkaisemaan eri tavoin.



## 5 Miten päivystys- ja keskittämisuudistukselle asetetut keskeiset tavoitteet ovat toteutuneet?

Säädösvalmistelussa erikoissairaanhoidon ja päivystyksen keskittämistoimilla kuvattiin saavutettavan merkittäviä toiminnallisia ja taloudellisia hyötyjä. Tarkastuksen perusteella tavoitteet ovat toteutuneet vain osittain tai niiden toteutumista on vaikeaa arvioida puutteellisen seurannan ja tietopuutteiden takia. Terveyspalvelujen keskittämisen vaikutuksista potilasturvallisuuteen ei ole tarkkaa tietoa, mutta tarkastuksessa saatiin viitteitä siitä, että keskittämisellä näyttäisi olleen sekä potilasturvallisuutta parantavia että heikentäviä vaikutuksia.

Terveyspalvelujen keskittäminen ei ole vaikuttanut hoitokäytäntöjen yhtenäistämiseen. Yhtenäistäminen tapahtuu Käypä hoito -suositusten, koulutusten, kokousten ja potilaan hoitoon liittyvien palaverien välityksellä. Kiireellisen hoidon perusteet ja päivystysasetus eivät ohjaa hoidon saatavuutta yhdenmukaisesti, jonka seurauksena päivystykset ajoittain ruuhkautuvat. Puhelinneuvonta ohjaa yhteispäivystyksiin potilaita, jotka eivät sinne kuulu. Yhteispäivystyksissä potilaan tilanne on selvitettävä ennen kuin hänet voidaan ohjata toisaalle. Yhteispäivystyksestä potilas voidaan ohjata muualle vain, jos ollaan varmoja siitä, että potilas saa kiireellisen hoidon muualta.

Tarkastushavainnot viittaavat siihen, että osa keskussairaaloiden erikoislääkäreiden osaamisesta on siirtynyt keskitettävien tehtävien mukana yliopistosairaalaan. Esimerkiksi haimakirurgian keskittäminen yliopistosairaalaan on syventänyt yliopistosairaaloiden vaativan gastrokirurgian osaamista. Toisaalta liiallinen keskittäminen on saattanut kaventaa osaamista, eikä osaamista enää riitä leikatun potilaan vastaanottaviin yksiköihin. Päivystysasetus sekä kirurgian että sisätautien erikoisalojen suppeus ovat omalta osaltaan heikentäneet yhteispäivystysten yleisosaamista. Sen sijaan keskittäminen on mahdollistanut ja ylläpitänyt lääkäreiden ja sairaanhoitajien osaamisen kehittymistä laajan päivystyksen yksiköissä.

Keskittäminen on vaikuttanut terveydenhuollon palvelujen saavutettavuuteen. Tarkastushavaintojen mukaan palvelujen saavutettavuudella on merkitystä myös kiireettömissä toistuvissa hoidoissa, sillä pitkät välimatkat viivyttävät hoitoon hakeutumista sekä lisäävät potilaiden matkakustannuksia ja Kela-korvauksia.

## 5.1 Keskittämisen vaikutuksista potilasturvallisuuteen ei ole tietoa

Potilasturvallisuuden parantuminen oli päivystys- ja keskittämisasetusten yksi keskeinen tavoite. Tarkastushavainnot osoittivat, että valtakunnallisesti yhtenäisen potilasturvallisuutta kuvaavan mittari- ja rekisteritiedon puutteiden takia potilasturvallisuuden kehittymistä ei ole kyetty arvioimaan eri yksiköiden välillä tai kansallisella tasolla<sup>280</sup>. Näin ollen myöskään keskittämis- ja päivystysasetusten seurannasta vastannut koordinaatioryhmä ei ole kyennyt arvioimaan keskittämistoimien vaikutuksia potilasturvallisuuteen, vaikka eduskunta edellytti tätä hyväksyessään keskittämiseen liittyvät lakimuutokset.

Keskittämisuudistuksen valmistelussa tuotiin esille erilaisia näyttöön perustuvia tutkimustuloksia ja arvioita siitä, että suuremmis- ja yksiköissä toiminta on potilasturvallisempaa<sup>281</sup>. Myös haastatellut lääkärit ja hoitotyön asiantuntijat olivat yksimielisiä siitä, että suuremmilla yksiköillä ja toimenpidemäärillä on positiivisia vaikutuksia potilasturvallisuuteen etenkin harvinaisempien sairauksien hoidossa. Esimerkkinä tällaisista mainittiin vaativammat ja harvinaisemmat syöpäleikkaukset. Suuremmissa yksiköissä ja suuremmilla toimenpidemäärillä komplikaatiot ovat suhteellisesti harvinaisempia ja etenkin niiden hoitaminen onnistuu paremmin. Samalla kuitenkin haastattelussa ilmeni, että varsinaisen keskittämisen vaikutuksia potilasturvallisuuteen on vaikea arvioida, kun turvallisuuden lähtötasoista pienissä yksiköissä ei ole selkeää kuvaa ja asiaan vaikuttavat esimerkiksi hoitokäytäntöjen kehittyminen ajassa sekä lukuisat muut asiat.<sup>282</sup> Ylipäätään pienempien yksikköjen toiminnan laadussa on ollut suurempaa vaihtelua, koska mukana on ollut myös laadukasta työtä tekeviä yksiköitä<sup>283</sup>. Tarkastus- ja haastatellut osoittavat, että kansallisesti yhdenmukaisen potilasturvallisuustiedon puuttuessa vaikutusten arviointi on ollut hyvin vaikeaa<sup>284</sup>.



Potilasturvallisuutta kuvaavan tiedon puuttuessa vaikutusten arviointia on vaikeaa toteuttaa.

## Erikoissairaanhoidon keskittäminen voi myös heikentää potilasturvallisuutta

Tarkastuksen sairaaloiden ja päivystysten edustajien haastatteluissa tuotiin lähes poikkeuksetta esille, että terveyspalveluiden keskittämisellä ei ole pelkästään potilasturvallisuutta parantavia vaikutuksia. Keskittämisen myötä hoitoon pääsy oli heikentynyt, minkä koettiin vaikuttaneen potilaiden hoitojen viivästymiseen ja puutteellisiin kontroleihin. Tämä heijastuu suoraan potilasturvallisuuteen. Toiminnan ruuhkautumisen pahimmat ongelmat ovat koskeneet erityisesti keskitettyjä yhteispäivystyksiä.<sup>285</sup> Tarkastushavaintojen mukaan ruuhkaisimmissa yhteispäivystyksissä kasvaa riski siihen, että vakavat tapaukset voivat jäädä huomaamatta ja että diagnoosiviiveet lisääntyvät<sup>286</sup>. Keskittämisen myötä potilasturvallisuus voi heiketä myös siten, että toimintoja luovuttaneessa sairaalassa osaamisohja kapenee ja esimerkiksi komplikaatioiden hoitaminen hankaloituu<sup>287</sup>.

Potilasvakuutuskeskuksen selvityksen mukaan päivystysten ruuhkautuminen onkin lisännyt diagnoosiviiveitä ja siten vaarantanut potilasturvallisuutta. Vuosien 2006–2007 ja 2016–2017 välisenä aikana korvattujen potilasvahinkojen vertailussa on havaittu diagnoosi- ja hoitoviiveiden selkeä, jopa yli 20 prosentin, kasvu. Potilasvakuutuskeskuksen mukaan diagnoosiviiveitä aiheuttavat päivystysruuhkat johtuvat ensisijaisesti hoitoketjun muiden osien ongelmista, kuten hoivakotien hoitaja- ja lääkäri- ja sairaalasta.<sup>288</sup>

Tarkastuksessa ei yritetty perusteellisesti arvioida potilasturvallisuuden kehittymistä olemassa olevan tilasto- ja rekisteritiedon avulla, koska tarkastuksen suunnittelun ja itse tarkastuksen aikana esitettiin paljon varauksia potilasturvallisuutta kuvaavan tilastotiedon luotettavuudesta<sup>289</sup>. Asia havaittiin myös vuonna 2019 julkaistussa tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuksessa<sup>290</sup>. Jos potilasturvallisuuden kehittymistä arvioidaan komplikaatioiden suhteellista osuutta kuvaavalla mittarilla, osoittavat tarkastushavainnot, että potilasturvallisuus ei ole kehittynyt myönteisesti keskittämis- ja päivystysasetusten voimassaoloaikana. Koko maan tasolla komplikaatioiden osuus kirurgisen ja muun lääketieteellisen hoidon hoitajaksoista on noussut 1,9 prosentista 2,4 prosenttiin vuosien 2016–2022 välillä. Alueellisesti tarkasteltuna komplikaatioiden suhteellinen osuus lisääntynyt tarkastelujaksolla 19:ssä Manner-Suomen alueen sairaanhoitopiirissä ja vastaavasti supistunut vain kolmella alueella.<sup>291</sup>

Aluehallintovirastojen vastauksissa tarkastusviraston tietopyyntöön tuotiin esiin, että keskittämisessä tavoiteltuja toiminnan laatuun ja potilasturvallisuuteen liittyviä tavoitteita ei ole välttämättä saavutettu. Esimerkiksi erikoissairaanhoidon työnjaon myötä muuttuneet päiväaikaisen toiminnan mahdollisuudet ovat ohjanneet kokeneita lääkäreitä pois sairaaloista, jolloin nuoremmat lääkärit eivät ole välttämättä saaneet tarvitsemaansa konsultaatioapua. Tämän seurauksena potilaita on saatettu lähettää keskus- tai yliopistosairaaloiden jo valmiiksi ruuhkautuneisiin päivystyksiin hyvin matalalla kynnyksellä.<sup>292</sup>



Päivystysten ruuhkautuminen lisää diagnoosiviiveitä ja voi vaarantaa potilasturvallisuutta.

## 5.2 Päivystys- ja keskittämisasiasetukset eivät ole yhtenäistäneet palvelujen sisältöjä

Kalliiden hoitomenetelmien kansallisella arvioinnilla, käyttöönoton täsmällisellä ohjauksella ja käytöstä luopumisella ohjataan ja yhtenäistetään palveluiden sisältöä<sup>293</sup>. Terveyspalvelujen sisältöohjaus on nähty yhdeksi keinoksi, jolla keskittämisen ja päivystysuudistukselle asetetut potentiaaliset kustannussäästöt voidaan saavuttaa. Esimerkiksi Nordic Healthcare Groupin keskittämistä koskevissa laskelmissa arvioitiin, että operatiivisessa toiminnassa yhtenäisemmät hoitokäytännöt ja vaikuttavuuspohjainen ohjaus tuottavat säästöjä vähentämällä leikkausmääriä<sup>294</sup>.

Suomessa hoitokäytäntöjen valintaa pyritään ohjaamaan Käypä hoito -suosituksilla<sup>295</sup>, jotka ovat ylivoimaisesti tärkein terveydenhuollon sisällön ohjauksen järjestelmä<sup>296</sup>. Hoitokäytäntöjä pyritään ohjaamaan myös Vältä viisaasti -suosituksilla<sup>297</sup>. Terveyspalvelujen saatavuutta taas ohjataan kiireettömän ja kiireellisen hoidon perusteilla<sup>298</sup>. Terveydenhuollon menetelmien laatua ja kustannusten hillintää puolestaan ohjataan terveydenhuollon palveluvalikoiman neuvoston (Palko) suosituksilla<sup>299</sup>.

### Hoitokäytäntöjä yhtenäistetään Käypä hoito -suositusten lisäksi lukuisilla muilla ei-kansallisesti ohjatuilla tavoilla

Osa haastatelluista keskus- ja yliopistosairaaloiden erikoislääkäreistä toi haastattelussa esiin, että keskittämisellä ei ole mitään vaikutusta hoitokäytäntöjen yhtenäistymiseen, vaan yhtenäistyminen tapahtuu Käypä hoito -suositusten kautta<sup>300</sup>. Tarkastushavainnot osoittivat, että hoitokäytäntöjen yhtenäistäminen voi tapahtua myös muulla tavoin. Esimerkiksi yliopistosairaala voi tarjota valtakunnallista tehohoitajakoulutusta muille sairaaloille, jolloin koulutuksen kautta voidaan levittää yhtenäisiä hoitokäytäntöjä ja ohjeistuksia myös muihin sairaaloihin<sup>301</sup>. Hoitokäytäntöjä voidaan yhtenäistää myös käytännön työn kautta. Kun yliopistosairaalan lääkärit leikkaavat ja toimivat keskus- tai aluesairaaloiden vastaanottopoliklinikoilla, he soveltavat työssään yliopistosairaalan hoitokäytäntöjä ja hoidon perusteita<sup>302</sup>. Lisäksi hoitokäytäntöjen yhtenäistämistä tapahtuu alueiden kirurgiylilääkär kokouksissa ja kirurgian erikoisalojen kokouksissa<sup>303</sup> sekä erityisvastuualueiden erikoisalojen viikoittaisissa tapaamisissa, joissa keskussairaaloiden ja yliopistosairaaloiden erikoislääkärit käyvät läpi potilaiden tilannetta<sup>304</sup>.



Terveyspalvelujen sisältöohjaus on katsottu keinoksi, jolla voidaan saavuttaa keskittämisen ja päivystysuudistuksen potentiaalisia säästöjä.



Keskittämisellä ei ole mitään vaikutusta hoitokäytäntöjen yhtenäistämiseen.

## Hoitokäytännöissä on edelleen erikoisalakohtaisia, sairaalakohtaisia ja erityisvastuualueiden välisiä eroja

Kun tiettyjen potilasryhmien hoito keskitetään pienemmälle mää-  
rälle sairaaloita, pitäisi hoitokäytäntöjen yhtenäistyä. Tarkastusha-  
vainnot osoittivat kuitenkin, että näin ei välttämättä ole tapahtunut.

Yhdessä yliopistosairaalan lääkäreiden haastattelussa todettiin,  
että keskittäminen on yhtenäistänyt ortopedian ja gastrokirur-  
gian hoitokäytäntöjä erityisvastuualueen sisällä, mutta ei erityisvas-  
tuualueen ulkopuolella<sup>305</sup>. Saman sairaalan hoitotyön asiantuntijoi-  
den haastattelussa kerrottiin kuitenkin, että yliopistosairaalakon-  
serniin kuuluvien sairaaloiden välillä on hoitokäytännöissä suuria  
eroja<sup>306</sup>. Keskussairaaloitten lääkäreiden ja hoitotyön asiantuntijoi-  
den haastatteluissa puolestaan kerrottiin, että sairaaloiden hoito-  
käytännöissä on eroja sekä erityisvastuualueen sisällä että erityis-  
vastuualueiden välillä<sup>307</sup>.

Tarkastushavainnot osoittivat myös, että samankin sairaalan sisällä  
keskittämisen vaikutukset hoitokäytäntöjen yhtenäistymiseen vai-  
htelevat<sup>308</sup>. Tarkastelluista erikoisaloista keskittäminen oli yhtenäis-  
tänyt hoitokäytäntöjä gastrokirurgiassa<sup>309</sup>, mutta ei ortopediassa<sup>310</sup>.

## Kiireellisen hoidon perusteet eivät toteudu tarkoituksenmukaisesti

Kiireellisen hoidon tarvetta ja kiireellisyyttä arvioivien terveyden-  
huollon ammattihenkilöiden käyttöön on laadittu kiireellisen hoi-  
don perusteet, josta on verkossa julkaistu kiireellisen hoidon perus-  
teiden ohjekirjasto (hoidonperusteet.fi)<sup>311</sup>. Tarkastushavainnot  
viittaavat siihen, että perusteiden soveltamisessa on ongelmia. Yh-  
teispäivystysten haastatteluissa tuotiin esiin, että ohjetta ei voida  
soveltaa, jos alueella ei ole tarjolla ohjeessa mainittua palvelua. Po-  
tilaita ei kuitenkaan aina voida lähettää terveysasemalle, vaikka avun  
tarve ei olisi kiireellistä ja päivystyksellistä toimintaa vaativaa. Tä-  
män katsottiin johtuvan lainsäädännöstä.<sup>312</sup>

Päivystysasetuksen pykälän 12.2 mukaan päivystysyksikön on hoi-  
dettava potilas, jos kiireellisen hoidon toteutuminen muualla on  
epävarmaa. Yhteispäivystysten haastatteluissa todettiin, että jos päi-  
vystysyksikössä ei voida olla varmoja siitä, että potilas pääsee seuraava-  
vana tai sitä seuravana päivänä kiirevastaanotolle tai jos toimintaa  
ei ole muualla, yhteispäivystyksen on tarjottava potilaille hoitoa<sup>313</sup>.



Päivystysyksikön on  
hoidettava potilas, jos  
kiireellisen hoidon  
toteutuminen muualla  
on epävarmaa.

## Puhelinneuvonnassa ei aina noudateta kiireellisen hoidon perusteita

Potilaat voivat ohjautua yhteispäivystyksiin terveysaseman puhelinneuvonnan tai päivystysapu 116117:n kautta. Kaikilla tarkastuksen piiriin kuuluvilla hyvinvointialueilla yhtä lukuun ottamatta oli käytössä päivystysapu 116117<sup>314</sup>. Vaikka hoidon tarvetta arvioivien henkilöiden pitäisi perustaa päätöksensä kiireellisen hoidon perusteisiin, tarkastushavainnot osoittivat, ettei niitä noudateta<sup>315</sup>. Vaikka puhelinpäivystäjiä on veloitettu noudattamaan valtakunnallisia kiireellisen hoidon perusteita, ohjaavat he yhteispäivystykseen edelleen potilaita, jotka eivät yksikköön kuulu<sup>316</sup>.

Tarkastushavaintojen mukaan kiireellisen hoidon perusteita ei noudateta myöskään terveysasemien puhelinneuvonnassa. Terveysasemilta ihmisiä ohjataan yhteispäivystyksiin, koska potilaille ei ole tarjota vapaita kiireellisen hoidon vastaanottoaikoja (kiirevastaanottoaikoja)<sup>317</sup>. Yhteispäivystysten haastatteluissa kerrottiin, että kiirevastaanotto toiminnan riittämättömyys on johtanut kiirevastaanottopotilaiden ylivuotoon yhteispäivystyksissä, mikä on osasy siihen, että yhteispäivystykset ruuhkautuvat<sup>318</sup>.

Tarkastushavainnot osoittivat, että myöskään asukkaat eivät noudata puhelinneuvonnasta saatua ohjausta<sup>319</sup>. Asukkaat hakeutuvat yhteispäivystyksiin, koska he eivät saa terveysasemalta vapaata vastaanottoaikaa. Tämä on johtanut siihen, että yhteispäivystykset paikkaavat kiirevastaanottoaikojen riittämättömyyden ohella myös päiväaikaisten vastaanottoaikojen puutetta.<sup>320</sup> Hallituksen esityksessä HE 224/2016 esitetty käsitys siitä, että vakavammissa tapauksissa potilaan ohjaus oikean tasoiseen hoitoon muuttuu päivystysasetuksen myötä osuvammaksi, ei ole siten toteutunut.

## Yhteispäivystykseen tulevien potilaiden määrää ei voi rajata

Vaikka hyvinvointialueet ovat ohjeistaneet asukkaitaan siitä, että ennen päivystykseen hakeutumista tulee soittaa puhelinneuvontaan tai päivystysapu 116117:ään, osoittivat tarkastushavainnot, etteivät ihmiset välttämättä toimi näin<sup>321</sup>. Koska asukkaat eivät noudata ohjeita, ei heidän tuloaan yhteispäivystysyksikköön voida rajata<sup>322</sup>. Hallituksen esityksen HE 224/2016 mukaan asukkaalla on aina oikeus hakeutua myös oma-aloitteisesti lähimpään päivystysyksikköön, missä hänen hoidon tarpeensa arvioidaan. Käytännössä tämä merkitsee sitä, että kuka tahansa voi vain kävellä sisään yhteispäivystykseen.



Yhteispäivystykset paikkaavat kiirevastaanottoaikojen riittämättömyyden lisäksi myös päiväaikaisten vastaanottoaikojen puutetta.



Yhteispäivystykseen kuka tahansa voi vain kävellä sisään.

Erikoissairaanhoidon päivystyskäyntejä koskevat tilastot osoittavat kuitenkin, että koko maassa erikoissairaanhoidon käynnit tuhatta asukasta kohti supistuivat 9,5 prosentilla vuosien 2018–2022 välisenä aikana. Päivystyskäyntimäärät supistuivat kuitenkin vain noin puolessa sairaanhoitopiireistä (11 sairaanhoitopiiriä).<sup>323</sup>

## Potilaiden hoidon tarpeen arviointi ja tilanteen selvittely vievät aikaa

Koska yhteispäivystykseen voi hakeutua kuka tahansa, on päivystykseen tuleva potilasjoukko valikoitumatonta<sup>324</sup>. Päivystysasetuksen pykälän 12.3 mukaan potilas voidaan ohjata käyttämään terveyskeskuksessa virka-aikana annettavia palveluja tai muuhun hoitoyksikköön, jos käynnin voi siirtää lääketieteellisin tai hammaslääketieteellisen perustein potilaan terveydentilan tai toimintakyvyn vaarantumatta. Käytännössä potilasta ei voida kuitenkaan ohjata muualle ennen kuin potilaan yksilöllinen hoidon tarve ja riski sairauden pahenemisesta tai vamman vaikeutumisesta on arvioitu<sup>325</sup>.

Tarkastushavaintojen mukaan potilaan tilanteen selvittäminen vie paljon aikaa. Osa potilaista saattaa olla myös sellaisessa tilassa, että hoitaja ei pysty heti tekemään triagea eli hoidon kiireellisyyden arviota. Potilaan hoidon tarpeen arviointiin ja tilanteen selvittelyyn kuluvan ajan katsottiinkin olevan yksi osasy syy päivystysyksiköiden ruuhkautumiseen.<sup>326</sup> Ruuhkautumisen katsottiin taas heikentävän kriittisesti sairaiden potilaiden hoitoon käytettävää aikaa<sup>327</sup>. Käytännössä tämä merkitsee sitä, että samalla kun yritetään hoitaa väärään paikkaan tulleita potilaita, heikennetään oikeaan paikkaan tulleiden potilaiden hoidon turvallisuutta.



Potilaan hoidon tarpeen arviointiin ja tilanteen selvittelyyn kuluva aika on yksi osasy syy päivystysyksiköiden ruuhkautumiseen.

## 5.3 Keskittäminen on edistänyt erityisosaamista sairaaloissa, mutta yhteispäivystyksessä tarvittaisiin yleisosaamista

Osaamisen keskittämisellä on katsottu saatavan aikaan sekä laadullisia että taloudellisia hyötyjä<sup>328</sup>. Keskittämisasetuksen perustelumuitiossa katsottiin, että mitä enemmän leikkauksia ja toimenpiteitä keskitetään yhteen toimintayksikköön, sitä laadukkaampaa henkilöstön osaaminen on. Suuressa yksikössä usean eri erikoisalalan yhteinen osaaminen parantaa hoitotuloksia, eikä organisaatio ole riippuvainen yksittäisistä osaajista.<sup>329</sup>

VTV:n tekemään kyselyyn vastanneet potilasvastaavat katsoivat, että onnistuessaan keskittäminen vahvistaa erityisosaamista<sup>330</sup>. Haastateltujen mukaan osaaminen lyhentää toimenpiteiden läpimenoaikoja ja vähentää komplikaatioiden syntymistä<sup>331</sup>. Tutkimusten mukaan osaaminen on kehittynyt erityisesti vaativissa haimakirurgisissa leikkauksissa sen jälkeen, kun leikkaukset keskitettiin yliopistosairaaloihin<sup>332</sup>. Yliopistosairaaloiden lääkäreiden ja hoitotyön asiantuntijoiden haastattelut osoittivat samaa<sup>333</sup>. Keskitetyissä hoidoissa ja toimenpiteissä on helpompi myös ylläpitää ammattitaitoa ja hyödyntää eri asiantuntijoiden tukea erilaisissa konsultaatioissa<sup>334</sup>.

## Keskittäminen on heikentänyt erikoislääkäreiden osaamista keskussairaaloissa

Keskittäminen ei tarkastushaastattelujen mukaan ole lisännyt osaamista keskussairaaloissa. Keskittäminen on siirtänyt esimerkiksi vaativien ortopedisten murtumien, endovaskulaaristen hoitojen ja lantiopohjakirurgian osaamisen keskussairaaloista yliopistosairaaloihin. Tarkastushavaintojen perusteella moni kokenut ortopedi on siirtynyt töihin yksityiselle sektorille viimeisen 5–10 vuoden aikana, eikä yliopistosairaalasta välttämättä löydy enää vahvaa kokemusosaamista.<sup>335</sup>

Haastateltavat totesivat, ettei keskittäminen ole lisännyt ammattihenkilöiden osaamista, vaan osaaminen on kasvanut aiemman kokemuksen kautta. Lääkärillä, hoitotyön asiantuntijalla tai tiimillä menee yksilöllinen aika yksittäisen toimenpiteen tai laitteen käytön opetteluun. Yhden laitteen, kuten robottikirurgian, oppiminen vaatii kuitenkin usein pitkää oppimisprosessia sairaalan tai yksikön henkilöstöltä. Hoitotyön asiantuntijoiden mukaan ei riitä, että osataan tehdä yksittäinen kirurginen toimenpide, vaan täytyy miettiä koko hoitoprosessin kulku ennen kuin laite, yksittäinen leikkaus tai toimenpide voidaan ottaa turvallisesti käyttöön. Asiantuntijat toivat haastattelussa esiin, että silloin kun toimenpiteitä keskitetään, pitäisi miettiä kaikkien hoitoprosessiin osallistuvien ammattihenkilöiden osaamista. Ei riitä, että osaamista on vain leikkaustiimeillä leikkaussaleissa, vaan osaaminen pitää olla vahvaa myös leikatun potilaan vastaanottavassa yksikössä.<sup>336</sup>

## Erikoislääkärikoulutuksessa tapahtunut muutos on heikentänyt pätevystyöosaamista

Tarkastushavainnot osoittivat, että osaaminen on kaventunut pätevystyöyksissä<sup>337</sup>. Tämän katsottiin johtuvan muun muassa erikoislääkärikoulutuksen muutoksesta<sup>338</sup>.



Osaaminen tulisi olla vahvaa myös potilaan vastaanottavassa yksikössä.



Osa haastatelluista erikoislääkäreistä toi esiin, että yleisosaajia tarvittaisiin nyt enemmän päivityksiin ja keskussairaaloihin. Aiemmin erikoistuttiin yleissisätauteihin tai yleiskirurgiaan ja sen jälkeen suppeampaan erikoisalaan. Haastateltujen mukaan tämä palveli paremmin myös keskussairaaloiden päivityksiä.<sup>339</sup> Tällä hetkellä esimerkiksi sisätaudeilla erikoistutaan suoraan reumatologiaan, hematologiaan tai endokrinologiaan. Kirurgian ja sisätautien suppea erikoistuminen aiheuttaa päivityksissä puutteita yleisosaamisessa, mikä voi heikentää potilasturvallisuutta.<sup>340</sup> Tarkastushavaintojen mukaan keskittäminen on toisaalta ylläpitänyt ja mahdollistanut akuuttilääketieteen erikoislääkäreiden osaamisen kehittymisen erityisesti laajan ympärivuorokautisen päivityksen yksikössä muun muassa siitä syystä, että laajan ympärivuorokautisten päivityksen yksikössä hoidettavien potilaiden kirjo on laaja<sup>341</sup>.

Tarkastushavaintojen mukaan yhteispäivityksessä työskentelevän sairaanhoitajan osaamisen vaatimus on keskittämisen myötä kasvanut, sillä sairaanhoitaja voi joutua seuraavassa vuorossa työskentelemään erikoissairaanhoidon päivityksessä. Erikoissairaanhoidon akuuttityössä vaaditaan myös hyvin monipuolista osaamista muun muassa erilaisten laitteiden käytöstä.<sup>342</sup>

Sairaanhoitajakoulutuksen uudistukset sekä sairaanhoitajien työmarkkina-asema 1990–2010-luvulla ovat vaikuttaneet merkittävästi sairaanhoitajien työtehtäviin ja osaamisvaatimuksiin<sup>343</sup>. Erikoisosaamista vaativissa tehtävissä toimivilla hoitajilla ei ole yhtenäisiä koulutusvaatimuksia<sup>344</sup>. Nykyinen erikoistumiskoulutus ei myöskään kata työelämässä tarvittavaa kliinisen hoitotyön koulutustarjontaa<sup>345</sup>. Tämän seurauksena sairaalat kouluttavat tarvittavia erityisosaajia itse. Tarkastushavaintojen perusteella esimerkiksi leikkaus-, teho- ja anestesiahoitajan perehdyttäminen vie keskimäärin 2–3 vuotta.<sup>346</sup>

## Tiimien osaamisen seurataan ei ole olemassa toimivaa menetelmää

Keskittämien tarvetta on perusteltu lääkäreiden leikkausosaamisen parantumisella, mutta käytännössä vaativien leikkausten toteuttaminen potilasturvallisesti ja laadukkaasti edellyttää koko leikkaustiimiltä osaamista. Tutkittua tietoa keskittämisen vaikutuksesta tiimien osaamiseen on huonosti saatavissa.<sup>347</sup>

Tarkastushaastatteluissa asiantuntijoilta kysyttiin, miten sairaalassa seurataan yksilö- ja tiimitason osaamisen riittävyttä ja sen kehittymistä yksiköissä. Heidän mukaansa yksilötason seurantaan on kehitetty erilaisia osaamisen kehittämisen menetelmiä ja käytäntöjä. Yleisimpinä menetelminä osaamisen kehittymisessä käytettiin kehityskeskusteluja.<sup>348</sup>



Yksilötason osaamisen seuranta on helpompaa kuin tiimitason osaamisen seuranta.

Tarkastushavainnot viittaavat siihen, että tiimien osaamisen seuranta on harvinaisempaa, osin myös mahdotonta. Tiimien osaamisen seurannan harvinaisuutta selittää osin se, että laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) osaamisen kehittäminen ja osaamisen kehittymisen seuranta koskee vain yksilöä ei tiimiä. Esimerkiksi osassa sairaaloita on käytäntö, jossa leikkaustiimit on jaettu erikoisalojen ja toimenpiteiden mukaan. Pääsääntöisesti samat tiimit kuitenkin tekevät samoja toimenpiteitä. Hoitotyön asiantuntijoiden mukaan leikkaussalissa on vastuuhoitaja ja opetushoitaja, jotka perehdyttävät ja seuraavat leikkaussalihenkilöstön osaamista.<sup>349</sup>

Tarkastushaastattelussa tuotiin esille, että omien lääkäreiden osaamisen kehittymisen seuranta on helpompaa kuin esimerkiksi vuokralääkäreiden. Vuokralääkäreiden osaamiseen liittyvät kehityskeskustelut käydään vuokralääkäreiden varsinaisten työnantajien kanssa.<sup>350</sup>

## **5.4 Pitkät välimatkat viivyttävät hoitoon hakeutumista sekä lisäävät potilaiden kustannuksia ja Kela-korvauksia**

Keskittämisen perustelumuiustiossa ja tarkastushaastatteluissa tuotiin esiin, että terveyspalvelujen keskittäminen vaikuttaa palveluiden saavutettavuuteen ja että potilaiden välimatkat hoitopaikkaan pitenevät<sup>351</sup>. Keskittämisasetuksen perustelumuiustiossa potilaalle ja yhteiskunnalle yleisen kulkuneuvon käytöstä aiheutuvan matkakustannuksen katsottiin olevan pieni verrattuna siihen, että matkustamiseen liittyvän vaivan ja kustannusten vastapainona potilaat saavat vaikuttavaa ja laadukasta hoitoa. Tätä perusteltiin sillä, että moni joutuu leikkaukseen vain kerran elämässään, jolloin kiireettömään hoitoon voidaan matkustaa yleisellä kulkuneuvolla.<sup>352</sup>

Kiireettömissä asioissa keskittämisellä saavutetaan etuja hoitotasossa ja tuottavuudessa, vaikka pidemmät matkat kasvattavat yhteiskunnan ja potilaiden maksamia matkakustannuksia<sup>353</sup>. Vaikka keskittämisasetuksen perustelumuiustion mukaan säästöjen ja kustannusten todettiin olevan yhtä suuret, tarkastushavainnot osoittivat, että potilaalle aiheutuu ylimääräisiä matka- tai yöpymiskustannuksia, kun terveyspalveluja keskitetään kauemmaksi asuinpaikasta. Nämä vaikutukset ovat jääneet piiloon uudistettaessa sairaalaverkostoa.

## Pitkät välimatkat estävät ja viivyttävät hoitoon hakeutumista

Keskittämisasiäsetuksen perustelumuiston mukaan palvelujen saavutettavuudella on suuri merkitys vain kiireellisissä tapauksissa<sup>354</sup>. Matkan etäisyydellä on tarkastushavaintojen mukaan kuitenkin merkitystä pitkäaikaishoidossa tai useita käyntejä vaativissa syöpähoidoissa<sup>355</sup>.

Pidentyneet välimatkat ja matkoihin liittyvät haasteet näkyvät myös potilasvastaaville tehdyissä yhteydenotoissa. Potilasvastaavien mukaan haja-asutusalueilta julkisilla liikenneyhteyksillä saapuvien potilaiden hoitojärjestelyt ja kulkemiset vaativat niin potilaalta kuin heidän omaisiltaan tai hoidon varaajilta erityisjärjestelyjä sekä aikaa.<sup>356</sup> Potilaiden omaisille aiheutuu ylimääräisiä ansionmenetyksiä ja matkakuluja esimerkiksi tilanteessa, jossa muistisairas perheenjäsen tarvitsee kauempana asuvan saattajan mukaan matkalle<sup>357</sup>.

Potilasvastaavien ja potilasjärjestöjen VTV:n kyselyyn antamien vastausten mukaan kaikilla potilailla ei ole varaa taksimatkojen kustannuksiin. Osalle hinta voi myös olla liian korkea kerralla maksettavaksi. Myös erilliset ja toistuvat käynnit tutkimuksissa ja hoidoissa lisäävät potilaan välittömiä matkakustannuksia ja asiakasmaksuja.<sup>358</sup>

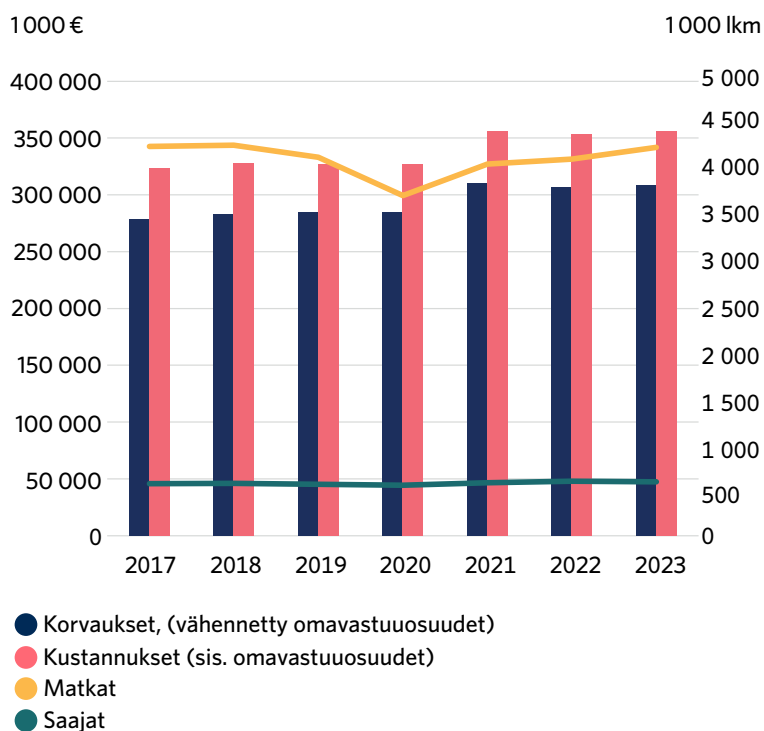
Suomessa liikkumista tuetaan monin eri tavoin. Esimerkiksi Kelan matkakorvaus parantaa tiettyjen alueiden ja käyttäjäryhmien mahdollisuuksia liikennepalveluiden hyödyntämiseen<sup>359</sup>. Potilas tai omainen voi hakea Kelan matkakorvausta sairauden, raskauden, synnytyksen tai kuntoutuksen vuoksi<sup>360</sup>. Matkakorvauksen saa halvimmalla matkustustavan mukaan ja 25 euron omavastuun ylittävistä kuluista<sup>361</sup>. Vaikka julkinen liikenne on ensisijainen vaihtoehto Kelan korvaamiin matkoihin, on potilaalla oikeus saada korvausta myös taksimatkoihin, mikäli potilas ei pääse hoitopaikkaan tai hoitopaikasta kotiin liikenneolosuhteiden vuoksi muulla edullisemmalla kulkuneuvolla<sup>362</sup>.

Kelan korvaamia terveydenhoitoon tai kuntoutukseen liittyviä matkoja tehtiin yli 4,3 miljoonaa vuonna 2023 (kuvio 3). Matkakorvauksen saajien lukumäärät ovat pysyneet suunnilleen samoina kuin ennen keskittämisasiäsetusta vuonna 2017. Tämä voi osin johtua siitä, että matkakorvausten omavastuuosuus nousi vuoden 2016 alusta 16 eurosta 25 euroon.<sup>363</sup> Tämä voi myös osin kertoa matkakorvausten hakemusalttiudesta. Kelan asiantuntijan mukaan matkakorvauksia haetaan vain hyvin pienestä osasta toteutuneita matkoja. Lähes yhdeksän matkaa kymmenestä tapahtuu täysin korvausjärjestelmän ulkopuolella. Matkakorvaukset sen sijaan ovat nousseet 11 prosenttia vuosina 2017–2023<sup>364</sup>. Tämä voi johtua osin siitä, että lähipalvelut ovat siirtyneet kauemmaksi ja matkat ovat pidentyneet.



Haja-asutusalueilta julkisilla liikenneyhteyksillä saapuvien potilaiden hoitojärjestelyt ja kulkemiset vaativat erityisjärjestelyjä ja aikaa.

Kun maksukatto ylittyy, ei potilaan tarvitse maksaa loppuvuoden matkoista. Kelan tilastoista tehdyt arvioinnit osoittavat, että omavastuun ylittäneitä matkoja tehtiin vuonna 2023 yhteensä 1,1 miljoonaa. Lukumääräisesti eniten omavastuun ylittäneitä pitkiä matkoja (100–199 km) tehtiin Oulun yliopistolliseen sairaalaan. Pohjois-Suomessa matkat ovat pitkiä, jolloin esimerkiksi omalla autolla tehdyt matkat ylittävät kustannuksiltaan matkakorvausten matkakohtaisen omavastuun. Oulun yliopistollisen sairaalan jälkeen eniten omavastuun ylittäneitä matkoja korvattiin muihin yliopistosairaaloihin tai Lapin keskussairaalaan tehdyistä matkoista.<sup>365</sup> Tulos on samansuuntainen kuin Kelan vuonna 2012 tekemässä tutkimuksessa. Pitkät matkat ylittävät useammin matkakohtaisen omavastuun. Lisäksi kalliimmista matkoista haetaan todennäköisesti useammin sairausvakuutuksen matkakorvaus.<sup>366</sup>



Kuvio 3: Kelan matkakorvausten saajat, matkojen lukumäärä, matkakustannukset ja matkakorvaukset vuosina 2017–2023. (Lähde: Kelan matkakorvaustilasto.)

Kelan aineistosta tehdyt arvioinnit viittaavat siihen, että lukumääräisesti eniten korvatuista matkoista tehtiin Pirkanmaan, Pohjois-Pohjanmaan ja Varsinais-Suomen hyvinvointialueella vuonna 2023. Kaikkiaan 5 701 henkilöä oli tehnyt tilastovuoden 2023 aikana yli sata taksimatkaa. Toistuvat matkat kohdentuivat etenkin vanhempiin ikäluokkiin. Kuntakohtaisesti tarkasteltuna pisimmät matkat sairaalaan tai kuntoutukseen tehtiin Ahvenanmaan saaristosta ja Lapin harvaan asutun Enontekiön kunnasta.<sup>367</sup>

## Siirtokuljetusten määrät ovat laskussa ja paritaksien määrät kasvussa

Tarkastuksen haastateltavat arvelivat, että hoitolaitosten väliset potilassiirrot eli kiireettömien siirtokuljetusten määrä kasvaa, kun terveyspalveluja keskitetään kauemmaksi<sup>368</sup>. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen mukaan potilas tulisi kuljettaa suoraan tarkoituksenmukaisimpaan hoitoyksikköön, jolloin välttyttäisiin turhilta siirtokuljetuksilta hoitopaikasta toiseen<sup>369</sup>. Potilas kuljetetaan jatkohoitoon ainoastaan niissä tilanteissa, joissa se on tarpeellista.<sup>370</sup>

Kelan tilastoista tehdyn arvioinnin mukaan siirtokuljetusten määrä on laskenut 20 prosenttia vuosina 2017–2023. Vastaavasti kiireettömiä potilassiirtoja kuljettavien paritaksien määrät ovat kasvaneet noin kahdeksan prosenttia vuosina 2017–2023. Kela maksoi korvauksia siirtokuljetuksista 7,2 miljoonaa euroa ja paritakseista 8,8 miljoonaa euroa.<sup>371</sup> Kelan asiantuntijan mukaan paritaksien käytön lisääntyminen voi johtua osin sairaanhoitopiirin ohjeistuksesta käyttäen siirtokuljetusten sijaan paritakseja niissä kuljetuksissa, joihin ei liity riskiä ja joissa potilaalle ei tarvitse tehdä kuljetuksen aikana hoidollisia toimenpiteitä<sup>372</sup>.

Tarkastushaastattelussa tuotiin esiin, että niissä sairaaloissa, joista palveluja on keskitetty muualle, siirtokuljetusten määrät ovat kasvaneet<sup>373</sup>. Kelan asiantuntijan mukaan siirtokuljetusten määrään vaikuttaa myös se, miten sairaanhoitopiirit ohjaavat potilaita päivystysasemille hakeutumisessa<sup>374</sup>. Tarkastuksessa ei kuitenkaan ollut käytössä sairaalakohtaisia tilastoja siitä, miten paljon siirtokuljetuksia tapahtuu eri sairaaloiden välillä.

Kelan aineistosta tehdyt arvioinnit viittaavat siihen, että yli 300 kilometriä sisältävien yksittäisten matkojen osuus korvauksista on kasvanut 28 prosenttia vuosina 2019–2023<sup>375</sup>. Se ei vielä kerro sitä, onko matkojen pidentymiseen vaikuttanut erikoissairaanhoidon ja päivystysten keskittäminen. Sen selvittäminen vaatisi tarkempaa tutkimusta palvelujen saavutettavuudesta.

## Kela-taksien saatavuusongelmat hidastavat potilaiden kotiuttamista

Kelan aineistosta tehdyn analyysin perusteella yleisin kulkuneuvo matkalla sairaalaan tai hoitopaikkaan on taksi. Kela korvasi vuonna 2023 noin 2,2 miljoonaa taksimatkaa ja maksoi matkakorvauksia 145 miljoonaa euroa. Matkoja korvattiin yli 21 prosenttia enemmän kuin ennen keskittämisasiäsetuksen voimaantuloa vuonna 2017.<sup>376</sup>

Tarkastushavainnot osoittivat, että Kela-taksien kilpailutus vuonna 2022 on aiheuttanut potilaille ja sairaanhoitopiireille paljon ongelmia. Kela-taksien saatavuusongelmien vuoksi potilaita ei ole saatu kotiutettua kohtuullisessa ajassa sairaaloiden vuodeosastoilta ja päivystyksistä.<sup>377</sup> Potilasvastaavien ja potilasjärjestöjen mukaan potilaat odottavat Kela-takseja sairaalassa useita tunteja<sup>378</sup>. palveluntuottajat priorisoivat kalliimpia ajoja matalahintaisten Kela-taksien sijaan<sup>379</sup>. Tarkastushaastatteluuissa kerrottiin, että palveluntuottajat käyttävät tila-autojaan ensin palveluntuottajalle tuottavampiin turistikuljetuksiin ja vasta sitten paritaksikuljetuksiin<sup>380</sup>. Potilasvastaavien ja potilasjärjestöjen selvitysten mukaan ongelmia on ollut melkein kaikilla hyvinvointialueilla<sup>381</sup>.

Kelan asiantuntijan mukaan Kela-taksit ovat kuitenkin pääasiallisesti toimineet hyvin koko maassa. Joitakin alueellisia palvelu- ja ongelmia on ollut esimerkiksi Uudellamaalla. Haja-asutusalueella on puolestaan paikoin ollut puutetta erityiskalustosta, kuten esteettömistä ajoneuvoista ja parikuljetuksista.<sup>382</sup>

Terveydentilan tai liikenneolosuhteiden vuoksi korvausta voi saada myös omalla autolla tehdyistä matkoista<sup>383</sup>. Oman auton käytöstä saatavaa kilometrikorvausta nostettiin kesällä 2022, mikä on nostanut oman auton käytöstä korvauksia saaneiden määrää vuodesta 2017 vuoteen 2023 yhteensä 10 prosenttia. Kelan aineistosta tehtyjen analyysien mukaan julkisten kulkuneuvojen käyttö on puolestaan vähentynyt. Junan käyttö on vähentynyt 35 prosenttia ja linja-auton käyttö 53 prosenttia vuodesta 2017 vuoteen 2023.<sup>384</sup> Tämä voi osittain johtua siitä, että alle omavastuun jäävistä matkoista ei aina haeta matkakorvauksia ja siitä, että julkinen liikenne harvaan asutuilla alueilla on vähentynyt.



Hoitopaikkaan kuljetaan yhä harvemmin julkisilla kulkuvälineillä.

# Liite 1: Miten tarkastettiin

Tässä liitteessä kuvataan, miten tarkastuksen tuloksiin on päädytty ja minkälaisia rajoituksia niihin liittyy.

## Tarkastuksen tarkoitus ja tavoite

Tarkastuksen tavoitteena oli selvittää keskittämisen- ja päivystysuudistusten valtakunnallista ja alueellista toimeenpanoa, uudistuksille asetettujen keskeisten tavoitteiden toteutumista sekä uudistusten seurauksia erityyppisissä sairaaloissa, laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköissä ja ympärivuorokautisissa yhteispäivystysyksiköissä. Tarkoituksena oli erityisesti arvioida, onko erikoissairaanhoidon työnjaolla ja päivystystoiminnan alueellisella uudelleen organisoinnilla saavutettu uudistukselle asetettuja laatua, asiakas- ja potilasturvallisuutta, palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta sekä kustannusten hillitsemistä koskevia tavoitteita. Lisäksi selvitettiin ennakoimattomia seurannaisvaikutuksia.

Tarkastus on ajankohtainen, koska parhaillaan valmistellaan hallituksen esitystä sairaala- ja päivystysverkon uudelleen järjestämiseksi. Tarkastuksella pyrittiin tuottamaan oleellista tietoa hallinnolle ja eduskunnalle siitä, miten terveyspalvelujen keskittämiseen kohdistunut ohjaus on onnistunut, miten sitä on käytännössä toimeenpantu ja millaisia seurauksia terveyspalvelujen keskittämisellä käytännössä on ollut.

## Tarkastuksen kohde

Tarkastuksen kohteena oli terveyspalvelujen keskittämisen ohjaukseen, toimeenpanoon ja seurantaan osallistuvien viranomaisten toiminta. Tarkastus kohdistui erityisesti sosiaali- ja terveysministeriön ja sen alaisen hallinnon toimintaan keskittämisen ohjauksessa, toimeenpanon tukemisessa ja seurannassa. Keskittämisen alueellisen toimeenpanon toteutumista ja keskittämisen käytännön vaikutuksia arvioitiin erikoissairaanhoidon palvelujen julkisten järjestäjien ja tuottajien eli erityisvastuualueiden, sairaanhoitopiirien ja sairaaloiden sekä yhteispäivystysten tasolla.

Tarkastuksessa ei käsitellä hoitoon pääsyn prosesseja, yksittäisten sairauksien hoitoketjuja, sosiaalipalveluja, ympärivuorokautisia perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen päivystysyksiköitä eikä kiireellisen hoidon vastaanottoa. Tarkastuksessa ei käsitellä myöskään ensihoitoa, koska sitä on tarkastettu vuonna 2019.

Tarkastuskertomusluonnoksesta pyydettiin lausunnot sosiaali- ja terveysministeriöltä, valtiovarainministeriöltä, sisäministeriöltä, Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselta ja Valviralta, jotka kaikki antoivat lausunnon. Lausunnoissa annettu palaute on otettu huomioon lopullista tarkastuskertomusta laadittaessa. Lausunnot ja niistä tehty yhteenveto löytyvät tarkastusviraston verkkosivuilta.

## Tarkastuksen kysymykset ja kriteerit

Tarkastuksen kysymykset ja kriteerit on esitelty alla. Tarkastuksessa vastattiin suunnitelmassa esitettyihin tarkastuskysymyksiin pienin poikkeuksin. Tarkastuksen aikana muokattiin kolmannen tarkastuskysymyksen sanamuotoa. Alkuperäinen tarkastuskysymys oli: Onko päivystys- ja keskittämisuudistuksessa arvioitu vaikutukset viranomaisiin ja niiden toimintaedellytyksiin? Asetelmasta jätettiin pois myös yksi hallinnollisia kustannuksia koskeva osakysymys, mutta tätä asiaa sivuttiin keskittämisen alueelliseen toimenpanoon liittyvien havaintojen yhteydessä.

Tarkastuskysymys 1: Onko päivystys- ja keskittämisasetusten valtakunnallinen ohjaus onnistunut tavoitellusti?

Kysymykseen vastattiin kahdella osakysymyksellä:

- Onko päivystys- ja keskittämisasetusten toimeenpanon ohjaus ollut toimivaa?
- Onko päivystys- ja keskittämisasetusten toimeenpanon seuranta ollut riittävää?

Kriteerit:

- Päivystyksen ja erikoissairaanhoidon keskittämisuudistusta ohjaavan lainsäädännön toteutumisen varmistamiseksi toimeenpanoa seurataan ja valvotaan VM:n, STM:n ja valvovien viranomaisten yhteistyönä. Toiminnallisten muutosten varmistamiseksi ohjausta ja seuranta suunnataan toimeenpanon ja taloudellisten vaikutusten arviointiin.
- Sairaanhoidopiirit, joissa on yliopistollinen sairaala, ovat laatineet ja toimittaneet kaksi kertaa vuodessa koordinaatioryhmälle selvityksen siitä, miten valtakunnallinen ja alueellinen kokonaisuuksien suunnittelu ja yhteensovittaminen, tavoitellut taloudelliset vaikutukset sekä sitoutuminen yhtenäisiin hoidon perusteisiin ovat toteutuneet. Mikäli tavoitteiden toteutumisessa ilmenee puutteita, kukin koordinaatioryhmässä edustettu toimija käynnistää toimivallassaan olevat tarvittavat toimenpiteet. Keskittämistoimia on seurattu eduskunnan lausumassa (EV 244/2016 vp) edellytetyllä tavalla.

Tarkastuskysymys 2: Onko keskittämisen alueellinen toimeenpano toteutettu tehokkaasti ja taloudellisesti?

Kysymykseen vastattiin kahdella osakysymyksellä:

- Onko erityisvastuualueiden keskinäinen ja sisäinen yhteistyö ollut toimivaa?
- Onko keskittämisessä varmistettu, että taloudelliset resurssit ja henkilöstövoimavarat ovat riittävät?

Kriteerit:

- Yhteistyö on toimivaa, jos se vähentää erikoissairaanhoidon pirstoutuneisuutta, edistää keskussairaaloiden välistä kumppanuusajattelua ja lisää erikoissairaanhoidon yksiköiden välistä työnjakoa.
- Järjestämissopimuksen mukaan hoitoa antavassa toimintayksikössä on riittävät taloudelliset voimavarat ja henkilöstövoimavarat.



Tarkastuskysymys 3: Ovatko keskittämis- ja päivystysuudistuksessa arvioidut seuraukset viranomaisten toimintaan toteutuneet?

Kysymykseen vastattiin kolmella osakysymyksellä:

- Miten keskittämisuudistus on vaikuttanut niiden viranomaisten toimintaedellytyksiin, joille tehtäviä on keskitetty?
- Miten keskittämisuudistus on muuttanut niiden sairaaloiden toimintaprofileja, joista toimintoja on keskitetty muualle?
- Onko päivystysuudistuksen yhteydessä arvioitu, millaisia viranomaisvaikutuksia laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikön ja ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystysyksikön muodostamisella on?

Kriteerit:

- Uudistuksessa on arvioitu vaikutuksia tehtävän vastaanottavalle sairaalalle.
- Uudistuksessa on arvioitu vaikutuksia tehtävän menettävälle sairaalalle.
- Uudistuksessa on arvioitu vaikutuksia ympärivuorokautista päivystystä tuottaville yksiköille.

Tarkastuskysymys 4: Miten päivystys- ja keskittämisuudistukselle asetetut keskeiset tavoitteet ovat toteutuneet?

Kysymykseen vastattiin neljällä osakysymyksellä:

- Ovatko uudistukset lisänneet potilasturvallisuutta?
- Ovatko päivystys- ja keskittämisasetukset yhtenäistäneet palveluiden sisältöjä?
- Ovatko uudistukset lisänneet ammattihenkilöiden osaamista?
- Onko palveluiden saavutettavuutta koskevat taloudelliset arviot tehty kattavasti?

Kriteerit:

- Keskitettyä hoitoa antavassa yksikössä tulee olla korkea asiantuntemus ja kokemus sekä osaaminen, jolla turvataan hoidon korkea taso ja laatu sekä potilasturvallisuus.
- Sairaanhoidopiirit ovat luopuneet vanhoista menetelmistä ja sitoutuneet käyttämään yhtenäisiä hoidon perusteita.
- Uudistus on lisännyt ammattihenkilöiden osaamista, jos sairaalassa on riittävästi koulutettua henkilöstöä ja toimenpiteiden määrät ovat asetuksen mukaiset. Sairaanhoidopiireissä henkilöstön osaamisen kehittymistä ja toimenpiteiden onnistumisen tuloksia arvioidaan ja seurataan säännöllisesti.
- Vaikutukset on arvioitu kattavasti, jos matkakorvausten lisäksi on arvioitu kauempana sijaitsevasta hoitopaikasta potilaalle aiheutuvat kustannukset.

Tarkastuksen suunnitteluvaiheessa kuultiin sosiaali- ja terveysministeriötä tarkastusasetelmasta ja tarkastuksen kriteereistä. Kuuleminen ei antanut aihetta muuttaa asetelmaa eikä kriteerejä.

## Tarkastuksen aineistot ja menetelmät

Tarkastusaineisto koostui kahdeksasta suunnitteluvaiheesta ja 44:stä tarkastusvaiheesta tehdystä viranomaisten ja asiantuntijoiden haastattelusta (ks. Liite 2), kolmesta kyselystä, viranomaisille osoitetuista tietopyynnöistä ja tilastoista. Kirjallinen aineisto koostui viranomaisten asiakirjoista, lainsäädännöstä ja säädösvalmistelun asiakirjoista sekä tutkimuksista ja selvityksistä. Aineiston tarkastelu rajattiin vuosiin 2017–2023.

Pääasiallinen haastatteluaineisto koostui viidestä yhteistyöalueelle kohdistetusta haastattelusta. Jokaiselta yhteistyöalueelta haastateltiin lähtökohtaisesti yliopistosairaala, keskussairaala ja pientä sairaalaa sekä laajaa ympärivuorokautisen päivystyksen yksikköä ja ympärivuorokautista yhteispäivystysyksikköä. Lisäksi haastateltiin Uutta lastensairaala. Yliopistosairaaloista, keskussairaaloista ja Uudesta lastensairaala haastateltiin erikseen lääkäreitä ja hoitotyön asiantuntijoita. Yhteensä haastateltavia oli noin 160. Haastattelujen kohteet ilmenevät liitteestä 2.

Kyselyitä tehtiin kaksi: kysely hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän potilas- ja sosiaalivastaaville sekä kysely potilasjärjestöille (n = 6). Tarkastuksen aikana osoitettiin sosiaali- ja terveysministeriölle tietopyyntö koordinaatioryhmän seuranta-asiakirjoista sekä kanteluita ja valvontaa koskevat erilliset tietopyynöt aluehallintovirastoille ja Valviralle.

Keskeisimmät tarkastuksessa käytetyt tilastoaineistot olivat:

- THL: tekonivelleikkaukset 2017–2022, hoitoon pääsy erikoissairaanhoidossa -tilastot, Sotkanet-indikaattoripankki ja sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikutusvuusmittaristo (KUVVA).
- Kela: matkakorvaukset 2017–2023.
- Aluehallintovirastojen hoitotakuuta koskevat valvontapäätökset vuosilta 2011–2022 (yhteensä n. 150), Valviran keskittämistä koskevat valvontapäätökset vuosilta 2016–2022 (yhteensä 4).
- Kunta- ja hyvinvointialueuutnantajat: sairaaloiden lääkäri- ja hammaslääkäriytyövoimakyselyt 2017–2018 ja 2023.

Tarkastuksen aineiston analyysimenetelminä käytettiin laadullista sisällönanalyysia ja kuvailevaa määrällistä analyysia.

## Tarkastuksen toteutusaika

Tarkastus toteutettiin 4.5.2023–29.5.2024. Tarkastuksen aineisto kerättiin pääosin syksyllä 2023.

## Tarkastuksen tekijät

Tarkastuksen tekivät johtava tuloksellisuustarkastaja Mikko Koskinen, johtava tuloksellisuustarkastaja Nina Martikka ja tuloksellisuustarkastusneuvos Taina Rintala. Tarkastusta ohjasi tarkastuspäällikkö Sari Hanhinen.

# Liite 2: Tarkastuksen haastattelut

## Suunnitteluvaiheen haastattelut, kevät 2023

Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus  
Etelä-Savon hyvinvointialue  
Hyvinvointialueyhtiö Hyvil Oy  
Kunta- ja hyvinvointialueyönantajat KT  
Pirkanmaan hyvinvointialue  
Potilasvahinkokeskus  
Sosiaali- ja terveysministeriö  
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

## Tarkastusvaiheen haastattelut, kevät ja syksy 2023

Kela  
Kunta- ja hyvinvointialueyönantajat KT  
Potilasvastaava, Etelä-Karjalan hyvinvointialue  
Suomen Lääkäriliitto  
Tehy  
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

## Tarkastusvaiheen sairaaloiden ja yhteispäivystysten haastattelut, syksy 2023

Etelä-Karjalan keskussairaala  
Helsingin yliopistollinen sairaala (erikseen lääkärit ja hoitotyön asiantuntijat)  
Iisalmen sairaala  
Kanta-Hämeen keskussairaala  
Keski-Pohjanmaan keskussairaala  
Kuopion yliopistollinen sairaala (erikseen lääkärit ja hoitotyön asiantuntijat)  
Kymenlaakson keskussairaala  
Lapin keskussairaala (erikseen lääkärit ja hoitotyön asiantuntijat sekä päivystys)  
Loimaan sairaala  
Oulun yliopistollinen sairaala (erikseen lääkärit ja hoitotyön asiantuntijat)  
Pohjois-Karjalan keskussairaala  
HUS Porvoon sairaala  
Päijät-Hämeen keskussairaala (erikseen lääkärit ja hoitotyön asiantuntijat)  
Raahen sairaala

Riihimäen sairaala (erikseen lääkärit ja hoitotyön asiantuntijat)  
Sairaala Nova (erikseen lääkärit ja hoitotyön asiantuntijat)  
Satasairaala (erikseen lääkärit ja hoitotyön asiantuntijat)  
Savonlinnan keskussairaala  
Seinäjoen keskussairaala (erikseen lääkärit ja hoitotyön asiantuntijat sekä päivystys)  
Tampereen yliopistollinen sairaala (erikseen lääkärit ja hoitotyön asiantuntijat)  
Turun yliopistollinen sairaala (erikseen lääkärit ja hoitotyön asiantuntijat)  
TYKS Salon sairaala  
Uusi lastensairaala (erikseen lääkärit ja hoitotyön asiantuntijat)  
Vaasan keskussairaala

## Tarkastusvaiheen haastattelu, syksy 2023 ja tarkastuksen päähavaintojen esittely kohdeorganisaatiolle, kevät 2024

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö

# Liite 3: Keskittämis- ja päivystysuudistusta ohjaavat keskeisimmät lait ja asetukset

## Ajantasaiset keskittämis- ja päivystysuudistusta ohjaavat keskeisimmät lait ja asetukset

Valtakunnallisesti keskitettävistä erikoissairaanhoidon tehtävistä säädetään terveydenhuoltolain (1326/2010) pykälässä 45 ja keskittämisasetuksen pykälässä 5.

Terveydenhuoltolaki pykälä 45.1: Valtakunnallisesti keskitettävä erikoissairaanhoido on koottava alle viiteen yliopistolliseen sairaalaan.

Keskittämisasetus pykälä 5.1: Yliopistollista sairaalaa ylläpitävien hyvinvointialueiden ja Uudellamaalla HUS-yhtymän on sovittava yhdessä sellaisten vaativien leikkausten, hoitojen ja toimenpiteiden kokoamisesta, joita tehdään vähemmän kuin noin 50 kappaletta vuodessa, kokoamisesta alle viiteen yliopistolliseen sairaalaan.

Keskittämisasetus pykälä 5.2: Sairaanhoidopiiriin on sovittava ainakin tässä pykälässä mainittujen tehtävien kokoamisesta alle viiteen yliopistolliseen sairaalaan. Pykälässä mainittuja tehtäväkokonaisuuksia on 15. Niiden lisäksi Helsingin yliopistolliselle keskussairaalalle on määritelty 5 tehtäväkokonaisuutta, joista yksi yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan kanssa. Lisäksi Helsingin yliopistollinen keskussairaala ja Tampereen yliopistollinen sairaala vastaavat yhdessä yhdestä tehtävästä.

Alueellisesti keskitettävistä erikoissairaanhoidon tehtävistä säädetään keskittämisasetuksen pykälässä 6. Pykälän 1 momentin mukaan sen lisäksi, mitä muussa lainsäädännössä säädetään tai yhteistyösopimuksissa sovitaan, tulee yliopistosairaalaan koota vaativat leikkaukset ja toimenpiteet, joita tehdään valtakunnallisesti vähemmän kuin noin 200 kappaletta vuodessa. Pykälän 2 momentissa luetellaan 21 tehtävää, jotka kootaan viiteen yliopistolliseen sairaalaan.

Keskittämisasetuksen pykälässä 7 säädetään muusta keskitettävästä erikoissairaanhoidosta. Pykälän 1 momentin mukaan sen lisäksi, mitä yhteistyösopimuksissa sovitaan, tulee ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä ylläpitäviin sairaaloihin koota pykälässä mainitut leikkaukset.

Keskittämisasetuksen pykälässä 7 mainitut leikkaukset koskevat primaarin lonkan, polven ja olkapään tekonivelten leikkaushoitoa (ml. tekonivelten välittömien komplikaatioiden hoidon) ja kiireettömiä uusintaleikkauksia. Pykälän 3 momentissa mainitut leikkaukset koskevat selkäkirurgian leikkauksia. Pykälän 5 momentissa mainitut syöpäleikkaukset koskevat primaareja rinta-, peräsuoli-, paksusuoli- ja munuaissyövän- sekä matalan riskin endometriumsyövän ja eturauhassyövän radikaaliprostatektomien leikkauksia. Pykälässä määritellään kussakin momentissa mainituille leikkauksille vähimmäismäärät, jotka leikkaavan yksikön on vähintään saavutettava, jotta yksikössä saadaan ko. leikkauksia tehdä.

Keskittämisasetuksen pykälää 7 lievennettiin valtioneuvoston asetuksella erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä annetun valtioneuvoston asetuksen muuttamisesta (8/2021) vuonna 2021. Asetuksessa mainittujen leikkausten vähimmäisleikkausmäärä voidaan alittaa, jos erityisvastuualueen erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa sovitaan, että näiden leikkausten toteuttaminen alueen keskussairaalassa on tarkoituksenmukaista kirurgisen päivystysvalmiuden ja henkilöstön saatavuuden ylläpitämiseksi päivystyspisteiden välisten etäisyyksien ja väestön palvelutarpeen vuoksi.

Sairaaloiden profilointi on tehty päivystysasetuksen pykälillä 4 ja 5 sekä terveydenhuoltolain pykälällä 50. Päivystysten muista erikoisalakohtaisista edellytyksistä säädetään päivystysasetuksen 2 luvussa.

Terveydenhuoltolain pykälässä 50.3 määritellään hyvinvointialueet, joiden keskussairaalan yhteyteen on järjestettävä laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikkö. Päivystysasetuksen pykälässä 4 luetellaan 12 erikoisalaa, joiden päivystys yksikössä on oltava. Lisäksi yksikössä on oltava yöpäivystystä lukuun ottamatta hammaslääketieteen päivystys. Yksikössä tulee olla myös tarvittavat tilat, välineet ja laitteet potilaan taudinmääritykseen ja hoitoon sisältäen leikkaustoiminnan ja tehohoidon. Pykälän 2 momentin mukaan yksikön tulee myös tukea muita alueen päivystysyksiköitä kiireellisen potilashoidon järjestämisessä.

Terveydenhuoltolain pykälän 50.4 mukaan muiden kuin terveydenhuoltolain pykälässä 50.3 tarkoitettujen hyvinvointialueiden tulee ylläpitää ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä keskussairaalsaan yhteydessä. Sama asia on kirjattu myös päivystysasetuksen pykälään 5. Pykälän 1 momentin mukaan, jos yliopistollista sairaalaa ylläpitävä hyvinvointialue tai Uudellamaalla HUS-yhtymä perustaa ympärivuorokautisesti päivystävän yhteispäivystysyksikön, sen tulee sijaita hyvinvointialueen tai HUS-yhtymän sairaalassa, jossa on ympärivuorokautisesti edustettuna keskeisten erikoisalojen päivystys. Pykälän 2 momentin mukaan yhteistyösopimuksessa tulee sopia, minkä laajuinen ja toiminnallisesti monipuolinen päivystyksen yksikkö tulee päivystävään sairaalaan.

Terveydenhuoltolain pykälän 50 a.3 mukaan laajan ympärivuorokautisten päivystyksen yksiköissä ja ympärivuorokautisten yhteispäivystysyksiköiden yhteydessä on järjestettävä sosiaalipäivystystä.

# Viitteet

- 1 Kansallinen erikoissairaanhoidon sairaaloiden ja päivystysten porrasteisuuden, työnjaon ja yhteistyön selvitys 2024. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- 2 Uudistuva ja kestävä Suomi: Valtiovarainministeriön virkamiespuheenvuoro 2022. Taustamuistio Julkisen talouden kestävyysvaje. Valtiovarainministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-367-205-5>.
- 3 Ratkaisujen Suomi: Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-181-7>.
- 4 Sosiaali- ja terveysministeriön lausunto tarkastuskertomusluonnoksesta 15.5.2024.
- 5 Kuntien sote-käyttötalous palveluluokittain 2021–22. Sosiaali- ja terveystalouden julkisen talous. THL. Viitattu: 25.3.2024.
- 6 Tarkastushaastattelut, yliopistosairaala, lääkärit 1.9.2023, 18.9.2023 ja 29.9.2023; Tarkastushaastattelu, keskussairaala, lääkärit 11.10.2023; Tarkastushaastattelu, pieni sairaala 13.9.2023.
- 7 Tarkastushaastattelut, keskussairaala, lääkärit 29.9.2023 ja 11.10.2023.
- 8 Ks. viite 7; Tarkastushaastattelut, pieni sairaala 13.9.2023 ja 9.10.2023; Tarkastushaastattelu, asiantuntija 31.5.2023.
- 9 Koordinaatioryhmän kokousmuistio 24.2.2021.
- 10 Tarkastushaastattelut, yliopistosairaala, lääkärit 1.9.2023 ja 30.10.2023; Tarkastushaastattelut, keskussairaala, lääkärit 13.9.2023 ja 5.10.2023; Tarkastushaastattelut, pieni sairaala, lääkärit 9.10.2023 ja 11.10.2023.
- 11 Tarkastushaastattelut, yliopistosairaala, lääkärit 29.9.2023 ja 30.10.2023; Tarkastushaastattelu, keskussairaala, lääkärit 11.10.2023; Tarkastushaastattelut, pieni sairaala 13.9.2023, 5.10.2023, 9.10.2023 ja 11.10.2023.
- 12 HE 224/2016 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain muuttamiseksi, valmisteluasiakirjat. Asiakirjat 13. Webropoliiin tulleet lausunnot.
- 13 Tarkastushaastattelut, yliopistosairaala, lääkärit 18.9.2023, 29.9.2023 ja 30.10.2023; Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, hoitotyö 18.9.2023 ja 5.10.2023; Tarkastushaastattelut, keskussairaala, lääkärit 5.10.2023, 11.10.2023 ja 6.11.2023; Tarkastushaastattelut, pieni sairaala 13.9.2023, 5.10.2023, 9.10.2023 ja 11.10.2023; Tarkastushaastattelu, päivystys, laaja 29.9.2023.
- 14 Tarkastuksen suunnitteluvaiheen haastattelu 22.2.2023 ja 20.3.2023.
- 15 Tarkastushaastattelut, keskussairaala, lääkärit 29.8.2023 ja 11.10.2023; Tarkastushaastattelu, pieni sairaala 13.9.2023.
- 16 Sosiaali- ja terveysministeriö 2001: Erytystason sairaanhoidon järjestäminen. Ohje 2001:2.
- 17 Haapiainen, Reijo & Virolainen, Petri 2016: Kirurgia Suomessa 2020-luvulla. Operatiivisten erikoisalojen järjestämistä ja keskittämistä koskevat periaatteet. Loppuraportti 21.9.2016. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:56.

- 18 Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, haastattelu 30.11.2023.
- 19 Tarkastushaastattelu, keskussairaala, lääkärit 12.9.2023 ja 11.10.2023; Tarkastushaastattelu, pieni sairaala 9.10.2023 ja 11.10.2023.
- 20 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, lääkärit 23.8.2023, 1.9.2023 ja 29.9.2023; Tarkastushaastattelu, keskussairaala, lääkärit 29.8.2023, 5.10.2023 ja 6.11.2023; Tarkastushaastattelu, pieni sairaala 11.10.2023; Tarkastushaastattelu, päivystys, laaja 28.9.2023.
- 21 Valviran kirjalliset vastaukset VTV:n selvityspyyntöön 31.3.2023; Valviran valvontapäätökset Dnro V/13831/2022 ja Dnro V/1380/2022.
- 22 Valviran valvontapäätös Dnro V/43173/2018.
- 23 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, lääkärit 23.8.2023 ja 29.9.2023; Tarkastushaastattelu, keskussairaala, lääkärit 23.8.2023 ja 5.10.2023; Tarkastushaastattelu, päivystys, laaja 21.9.2023 ja 28.9.2023; Tarkastushaastattelu, päivystys, suppea 11.9.2023.
- 24 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, lääkärit 1.9.2023; Tarkastushaastattelu, keskussairaala, lääkärit 12.9.2023 ja 11.10.2023; Tarkastushaastattelu, pieni sairaala 13.9.2023.
- 25 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, lääkärit 23.8.2023 ja 29.9.2023. Tarkastushaastattelu, keskussairaala, lääkärit 12.9.2023; Tarkastushaastattelu, pieni sairaala 13.9.2023.
- 26 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, lääkärit 7.9.2023, 18.9.2023 ja 29.9.2023.
- 27 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, lääkärit 1.9.2023 ja 23.10.2023; Tarkastushaastattelu, keskussairaala, lääkärit 30.10.2023.
- 28 Tarkastushaastattelu, keskussairaala, lääkärit 12.9.2023 ja 5.10.2023; Tarkastushaastattelu, pieni sairaala 13.9.2023.
- 29 Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisala-kohtaisista edellytyksistä 583/2017, 4 §.
- 30 Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisala-kohtaisista edellytyksistä 583/2017, 5 §.
- 31 Tarkastushaastattelu, keskussairaala, lääkärit 5.10.2023 ja 6.11.2023; Tarkastushaastattelu, päivystys, laaja 28.9.2023 ja 3.10.2023.
- 32 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, lääkärit 18.9.2023; Tarkastushaastattelu, pieni sairaala 5.10.2023; Tarkastushaastattelu, päivystys, laaja 28.9.2023; Ks. viite 12.
- 33 Tarkastushaastattelu, päivystys, laaja 21.9.2023.
- 34 Sosiaali- ja terveystieteiden valiokunnan mietintö StVM 43/2016 vp – HE 224/2016 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta. Vastalause 1; Ks. viite 12.
- 35 Ks. viite 12.
- 36 Tarkastushaastattelu, Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos 26.5.2023; Tarkastushaastattelu, keskussairaala, lääkärit 5.10.2023; Tarkastushaastattelu, pieni sairaala 13.9.2023.
- 37 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, lääkärit 18.9.2023, 29.9.2023 ja 30.10.2023; Tarkastushaastattelu, keskussairaala, lääkärit 12.9.2023 ja 11.10.2023.
- 38 Tarkastushaastattelu, keskussairaala, lääkärit 5.10.2023 ja 6.11.2023



- 39 Tarkastushaastattelut, yliopistosairaala, lääkärit 18.9.2023 ja 29.9.2023; Tarkastushaastattelu keskussairaala, lääkärit 5.10.2023; Tarkastushaastattelu, pieni sairaala 9.10.2023.
- 40 Tarkastushaastattelut, pieni sairaala 5.10.2023 ja 9.10.2023.
- 41 Tarkastushaastattelut, yliopistosairaala, lääkärit 23.8.2023 ja 30.10.2023; Tarkastushaastattelut, keskussairaala, lääkärit 29.8.2023 ja 6.11.2023; Tarkastushaastattelu, päivystys, suppea 26.10.2023.
- 42 Ks. viite 17.
- 43 Saarni, Samuli 2023: Terveydenhuollon sisältölinjauksen kehittäminen hyvinvointialuerakenteessa. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2023:19.
- 44 Tarkastushaastattelu, keskussairaala, lääkärit 11.10.2023; Tarkastushaastattelu, pieni sairaala 11.10.2023.
- 45 Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a: Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä. Muistio 22.8.2017; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017b: Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. Muistio 22.8.2017.
- 46 Eduskunnan vastaus EV 244/2016 vp – HE 224/2016 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta.
- 47 Ks. viite 45.
- 48 Ks. viite 45.
- 49 Ks. viite 45.
- 50 Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä annetun valtioneuvoston asetuksen muuttamisesta 1241/2022; Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä annetun valtioneuvoston asetuksen muuttamisesta 1242/2022.
- 51 Koordinaatioryhmän kokousmuistiot 23.11.2017, 25.1.2018, 19.3.2018, 5.6.2018, 1.10.2018, 10.12.2018, 20.2.2019, 28.5.2019, 24.2.2021, 2.6.2021 ja 21.9.2022.
- 52 Tarkastushaastattelut, yliopistosairaala, lääkärit 23.8.2023, 18.9.2023 ja 29.9.2023; Sosiaali- ja terveysministeriö, suunnitteluvaiheen haastattelu 28.2.2023; Koordinaatioryhmän kokousmuistio 24.2.2021.
- 53 Aineistopyyntö sosiaali- ja terveysministeriöltä 1.3.2023.
- 54 Sosiaali- ja terveysministeriö, suunnitteluvaiheen haastattelu 23.2.2023; Ks. viite 18.
- 55 Sosiaali- ja terveysministeriö 2019: Erikoissairaanhoidon työnjaon ja päivystyksen toteutuminen kansallisessa kokonaisuudessa. Selvityshenkilöiden loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:3.
- 56 Koordinaatioryhmän kokousmuistio 2.6.2021.
- 57 Koordinaatioryhmän kokousmuistio 24.2.2021; Hilmo ja hoidon keskittäminen, ppt-esitys, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 24.2.2021.
- 58 Ks. viite 18; Erikoissairaanhoidon työnjaon ja päivystyksen kansallinen koordinaatioryhmä, ppt-esitys, kokous 2.6.2021.
- 59 Sosiaali- ja terveysministeriö, suunnitteluvaiheen haastattelu 28.2.2023.
- 60 Lounais-Suomen aluehallintoviraston vastaus VTV:n tietopyyntöön 29.8.2023.
- 61 Valviran vastaus VTV:n tietopyyntöön 8.3.2023 ja 27.3.2024.

- 62 Valviran vastaus VTV:n tietopyyntöön 27.3.2024; Valviran kirje sosiaali- ja terveysministeriölle 15.1.2019.
- 63 Valviran vastaus VTV:n tietopyyntöön 1.3.2023.
- 64 Valviran vastaus VTV:n tietopyyntöön 27.3.2024.
- 65 Sosiaali- ja terveysministeriö 2021: Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä annetun valtioneuvoston asetuksen muuttamisesta. Muistio 14.1.2021.
- 66 Aluehallintovirastojen vastaukset tietopyyntöön 29.8.2023 ja 1.9.2023.
- 67 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, lääkärit 23.8.2023; Tarkastushaastattelu, päivystys, laaja 28.9.2023 ja 7.9.2023; Tarkastushaastattelu, päivystys, suppea 18.10.2023.
- 68 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, lääkärit 30.10.2023; Tarkastushaastattelu, keskussairaala, lääkärit 29.8.2023, 12.9.2023, 5.10.2023 ja 11.10.2023; Tarkastushaastattelu, keskussairaala, hoitotyö 5.10.2023 ja 9.10.2023; Tarkastushaastattelu, päivystys laaja 7.9.2023, 21.9.2023 ja 28.9.2023; Tarkastushaastattelu, pieni sairaala 9.10.2023.
- 69 Ks. viite 51.
- 70 Valviran tilinpäätös ja toimintakertomus 2020. Valvira 2020.
- 71 Sosiaali- ja terveysministeriön tilinpäätöskannanotto Valviran toiminnasta vuodelta 2020. Sosiaali- ja terveysministeriö 2021.
- 72 Ks. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen valvontaohjelma vuosille 2020–2023, päivitys vuodelle 2023. Valvira 2023.
- 73 Torkki, Paulus & Leskelä, Riikka-Leena & Maksimainen, Anna & Niemelä, Pyry & Koukkula, Lari & Torvinen, Anna & Mulari, Mikko & Välimaa, Norma & Rimpelä, Matti 2016: Sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämis- ja säästöpotentiaalin arviointi: Valtioneuvoston tutkimus- ja selvitystoiminta. VNK julkaisu 18.10.2016; Nordic Healthcare Group 2016: Sote-palveluiden säästömekanismit. Väli raportin analyysi-liite 2.5.2016.
- 74 Ks. viite 45.
- 75 Koordinaatioryhmän kokousmuistiot 19.3.2018, 5.6.2018 ja 1.10.2018.
- 76 Koordinaatioryhmän kokousmuistiot 5.6.2018, 1.10.2018 ja 10.12.2018.
- 77 Ks. viite 65.
- 78 Ks. viite 18.
- 79 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, lääkärit 23.8.2023, 1.9.2023 ja 18.9.2023; Tarkastushaastattelu, keskussairaala, lääkärit 29.8.2023, 12.9.2023, 19.9.2023 ja 5.10.2023; Tarkastushaastattelu, päivystys, laaja 7.9.2023 ja 21.9.2023.
- 80 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, lääkärit 23.8.2023, 18.9.2023 ja 29.9.2023; Tarkastushaastattelu, keskussairaala, lääkärit 12.9.2023; Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, hoitotyö 2.10.2023b.
- 81 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, lääkärit 23.8.2023; Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, hoitajat 2.10.2023a; Tarkastushaastattelu, keskussairaala, lääkärit 12.9.2023; Tarkastushaastattelu, keskussairaala, hoitotyö 3.10.2023; Tarkastushaastattelu, pieni sairaala 13.9.2023 ja 9.10.2023; Tarkastushaastattelu, päivystys, laaja 7.9.2023, 21.9.2023 ja 28.9.2023; Tarkastushaastattelu, päivystys, suppea 11.9.2023 ja 18.10.2023.

- 82 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, lääkärit 23.8.2023; Tarkastushaastattelu, keskussairaala, lääkärit 29.8.2023 ja 11.10.2023; Tarkastushaastattelu, pieni sairaala 11.10.2023.
- 83 Tarkastushaastattelu, keskussairaala, lääkärit 29.8.2023, 12.9.2023 ja 11.10.2023.
- 84 Tarkastushaastattelu, pieni sairaala 11.10.2023.
- 85 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, lääkärit 23.8.2023.
- 86 Etelä-Suomen aluehallintoviraston vastaus VTV:n tietopyyntöön 29.8.2023; Itä-Suomen aluehallintoviraston vastaus VTV:n tietopyyntöön 1.9.2023; Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintoviraston vastaus VTV:n tietopyyntöön 1.9.2023.
- 87 Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a: Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä. Muistio 22.8.2017.
- 88 Laki erikoissairaanhoidon muuttamisesta 1227/2004.
- 89 HE 177/2004 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi erikoissairaanhoidon muuttamisesta, erityisesti esityksen tavoitteet ja ehdotetut muutokset.
- 90 HE 90/2010 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi.
- 91 Ks. viite 90.
- 92 Ks. viite 90; Ks. myös Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021.
- 93 KYS-ERVA erikoissairaanhoidon järjestämissopimus 2021, sopimus 9.2.2021. Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri.
- 94 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, lääkärit 1.9.2023, 18.9.2023, 29.9.2023 ja 30.10.2023; Tarkastushaastattelu, keskussairaala, lääkärit 29.8.2023, 12.9.2023, 5.10.2023, 11.10.2023 ja 6.11.2023; Tarkastushaastattelu, pieni sairaala 20.9.2023; Ks. viite 85.
- 95 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, lääkärit 30.10.2023; Itä-Suomen aluehallintoviraston vastaus VTV:n selvityspyyntöön 1.9.2023.
- 96 Koordinaatioryhmän kokousmuistiot 20.2.2019 ja 28.5.2019.
- 97 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, hoitotyö 2.10.2023a ja 2.10.2023b; Ks. viite 33; Tarkastushaastattelu, keskussairaala, hoitotyö 3.10.2023; Tarkastushaastattelu, pieni sairaala 4.10.2023 ja 5.10.2023; Koordinaatioryhmän kokousmuistio 23.11.2017.
- 98 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, lääkärit 1.9.2023, 18.9.2023, 29.9.2023 ja 30.10.2023; Tarkastushaastattelu, keskussairaala, lääkärit 29.8.2023, 11.10.2023 ja 6.11.2023.
- 99 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, lääkärit 1.9.2023, 18.9.2023, 29.9.2023 ja 30.10.2023; Tarkastushaastattelu, keskussairaala, lääkärit 29.8.2023, 5.10.2023 ja 11.10.2023; Ks. viite 85; Tarkastushaastattelu, terveyden ja hyvinvoinnin laitos 26.5.2023; Tarkastushaastattelu, asiantuntija 31.5.2023.
- 100 Ks. viite 43.
- 101 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, lääkärit 30.10.2023; Tarkastushaastattelu, asiantuntija 31.5.2023; Lapin aluehallintoviraston vastaus VTV:n selvityspyyntöön 15.8.2023.
- 102 Koordinaatioryhmän kokousmuistio 23.11.2017.
- 103 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, lääkärit 18.9.2023.

- 104 Valtioneuvoston asetus terveydenhuollon järjestämissuunnitelmasta ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksesta 337/2011, 16 §.
- 105 Tarkastushaastattelu, keskussairaala, lääkärit 5.10.2023.
- 106 Tarkastushaastattelut, yliopistosairaala, lääkärit 29.9.2023 ja 30.10.2023; Tarkastushaastattelut, keskussairaala, lääkärit 11.10.2023 ja 5.10.2023.
- 107 Ks. viite 1.
- 108 Ks. viite 43.
- 109 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, lääkärit 1.9.2023 ja 30.10.2023; Tarkastushaastattelut, keskussairaala, lääkärit 19.9.2023 ja 23.11.2023; Tarkastushaastattelu, keskussairaala, hoitotyö 19.9.2023; Ks. viite 33; Tarkastushaastattelu, päivystys, suppea 10.10.2023.
- 110 Tarkastuksen suunnitteluvaiheen haastattelut 24.2.2023 ja 20.3.2023.
- 111 Tarkastushaastattelu, pieni sairaala, 13.9.2023, 20.9.2023, 5.10.2023, 9.10.2023 ja 11.10.2023.
- 112 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, hoitotyö 2.10.2023b.
- 113 Kunta- ja hyvinvointialan työnantajat KT 2018: Sairaaloiden lääkäri- ja hammaslääkärityövoimatilanne 3.10.2018.
- 114 Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2016: Erikoislääkäri ja erikoishammaslääkäriskoulutuksen valtakunnallinen toimenpideohjelma vuosille 2016–2019. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita 2016:62.
- 115 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, lääkärit 30.10.2023.
- 116 Ks. viite 102.
- 117 Kevan työvoimaennuste. Hoitajapula kaksinkertaistui kahdessa vuodessa. <https://www.keva.fi/contentassets/de5752333bfb4e0a8194a8797ed24935/analyysi-kuntien-tyovoimatarpeista-2023.pdf>. Viitattu: 1.3.2024.
- 118 Tarkastushaastattelu, keskussairaala, hoitotyö 3.10.2023.
- 119 Kunta- ja hyvinvointialan työnantajat KT. Sairaaloiden lääkäri- ja hammaslääkärityövoimatilanne vuosilta 2017–2022.
- 120 Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2023: Esiselvitys. Sosiaali- ja terveystieteiden henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden tietopohja. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2023:18.
- 121 Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2023: Tiekartta 2023–2027. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden turvaaminen. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2023:8.
- 122 Valtioneuvoston asetus terveydenhuollon järjestämissuunnitelmasta ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksesta 337/2011, 14 §.
- 123 Oulun yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen järjestämissopimus 2018–2022.
- 124 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, lääkärit 29.9.2023.
- 125 Terveydenhuoltolaki 1326/2010; Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021.
- 126 Ks. viite 113.
- 127 Tarkastushaastattelu, keskussairaala, lääkärit 7.9.2023.
- 128 Sairaaloiden tuottavuus 2021. Tilastoraportti 46/2023. THL.
- 129 Tarkastushaastattelu, päivystys, laaja 28.9.2023; Tarkastushaastattelu, päivystys, suppea 26.10.2023.

- 130 Tarkastushaastattelu, päivystys, suppea 26.10.2023.
- 131 Ks. viite 12.
- 132 Tarkastushaastattelu, keskussairaala hoitotyö 19.9.2023.
- 133 Tarkastushaastattelu, päivystys, laaja 28.9.2023.
- 134 Tarkastushaastattelu, keskussairaala, hoitotyö 18.9.2023.
- 135 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, hoitotyö 18.9.2023.
- 136 Ks. viite 111; Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021, 36 §.
- 137 Ks. viite 80.
- 138 Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen järjestämissopimus 2021–2023; Kuopion yliopistollisen sairaalan hoitotyön yhteistyösuunnitelma 2021–2023, Liite 4.
- 139 Ks. viitteet 104 ja 119; Tarkastushaastattelu, keskussairaala, lääkärit 29.8.2023; Tarkastushaastattelu, päivystys, laaja 24.10.2023.
- 140 Ks. viite 111.
- 141 Ks. viite 112.
- 142 Ks. viite 112; Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen järjestämissopimus 2022; Erikoissairaanhoidon järjestämissopimus Hyks erityisvastuualueella 2018; Turun yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueen erikoissairaanhoidon järjestämissopimus kunnallisvaltuustokaudella 2017–2021.
- 143 Ks. viite 112.
- 144 Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen järjestämissopimus 2018, 2021.
- 145 Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen järjestämissopimus 2022.
- 146 Ks. viite 112; [www.tervia.fi](http://www.tervia.fi); Voisivatko osuuskunnat turvata syrjäseutujen sote-palvelut? ”Ylimääräinen kate jää pois ja verovaroja säästyy” – MustRead. Viitattu 8.9.2020.
- 147 Sosiaali- ja terveysministeriön virkamiestyöryhmän pöytäkirja 9.11.2023.
- 148 Ks. viitteet 103 ja 129; Tarkastushaastattelu yliopistosairaala, hoitotyö 5.10.2023; Myös Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin lausunto keskittämisasiasetusluonnoksesta. <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM037:00/2017>.
- 149 Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän lausunto keskittämisasiasetusluonnoksesta. <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM037:00/2017>.
- 150 Ks. viite 12; Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin lausunto keskittämisasiasetusluonnoksesta. <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM037:00/2017>.
- 151 Tarkastushaastattelut, keskussairaala, hoitotyö 19.9.2023, 9.10.2023 ja 16.10.2023.
- 152 Tarkastushaastattelu, keskussairaala, lääkärit 29.8.2023; Ks. viite 130; Tarkastushaastattelut, keskussairaala, hoitotyö 9.10.2023 ja 16.10.2023.
- 153 Ks. viite 151.
- 154 Ks. viite 130.
- 155 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, lääkärit 1.9.2023; Tarkastushaastattelu, keskussairaala, lääkärit 29.8.2023; Ks. viitteet 103, 115 ja 130; Tarkastushaastattelut, yliopistosairaala, hoitotyö 2.10.2023a, 2.10.2023b, 5.10.2023 ja 6.10.2023.
- 156 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, lääkärit 1.9.2023; Tarkastushaastattelut, keskussairaala, lääkärit 29.8.2023, 5.10.2023 ja 31.10.2023; Ks. viitteet 85, 103, 115 ja 130; Tarkastushaastattelut, yliopistosairaala, hoitotyö 2.10.2023a ja 2.10.2023b.

- 157 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, lääkärit 1.9.2023; Ks. viite 115; Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, hoitotyö 2.10.2023a.
- 158 Valviran valvontapäätös Dnro V/47193/2018.
- 159 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, hoitotyö 2.10.2023b.
- 160 Tarkastushaastattelu, keskussairaala, lääkärit 31.10.2023.
- 161 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, hoitotyö 2.10.2023a.
- 162 Tarkastushaastattelu, keskussairaala, lääkärit 12.9.2023.
- 163 Ks. viite 158.
- 164 Valviran valvontapäätökset vuosilta 2019–2022; Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, lääkärit 30.10.2023; Tarkastushaastattelu, pieni sairaala 9.10.2023; Ks. viite 85.
- 165 Tarkastushaastattelut, pieni sairaala 13.9.2023 ja 20.9.2023; Ks. viite 159; Myös Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2018: Tilinpäätös 2018. [https://www.ppsHP.fi/dokumentit/Ptksenteko%20sisltyyppi/PPSHP\\_tioinpaaotos\\_2018.pdf](https://www.ppsHP.fi/dokumentit/Ptksenteko%20sisltyyppi/PPSHP_tioinpaaotos_2018.pdf).
- 166 Ks. viite 85.
- 167 Ks. viitteet 85, 159 ja 161.
- 168 Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2018: Tilinpäätös 2018. [https://www.ppsHP.fi/dokumentit/Ptksenteko%20sisltyyppi/PPSHP\\_tioinpaaotos\\_2018.pdf](https://www.ppsHP.fi/dokumentit/Ptksenteko%20sisltyyppi/PPSHP_tioinpaaotos_2018.pdf).
- 169 Ks. viite 158.
- 170 Valviran valvontapäätös Dnro V/47188/2018.
- 171 Tarkastushaastattelu, keskussairaala, lääkärit lokakuu 2023.
- 172 Tarkastushaastattelu, keskussairaala, lääkärit syyskuu 2023.
- 173 Tarkastushaastattelu, keskussairaala, lääkärit lokakuu 2023.
- 174 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, syys-lokakuu 2023.
- 175 Säädösehdotusten vaikutusten arviointi. Ohjeet. Julkaisu 6/2007. Oikeusministeriö; Lainvalmistelun vaikutusarviointiohje. Julkaisuja 66/2022. Valtioneuvosto.
- 176 Ks. viite 87.
- 177 HE 224/2016 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta.
- 178 Ks. viitteet 103 ja 115.
- 179 Tarkastushaastattelut, yliopistosairaala, lääkärit 23.8.2023 ja 29.9.2023.
- 180 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, lääkärit 1.9.2023.
- 181 Ks. viite 85.
- 182 Ks. viitteet 151, 159 ja 171.
- 183 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, lääkärit 18.9.2023.
- 184 Valviran valvontapäätökset vuosilta 2019–2022; Ks. viite 85.
- 185 Ks. viite 180.
- 186 Ks. viite 135.
- 187 Tarkastushaastattelu, keskussairaala, lääkärit 29.8.2023.
- 188 Ks. viite 124; Yliopistosairaalan lääkäreiden kirjalliset vastaukset haastattelukysymyksiin 6.9.2023.
- 189 Tarkastushaastattelut, keskussairaala, lääkärit 5.10.2023 ja 11.10.2023; Tarkastushaastattelu, keskussairaala, hoitotyö 9.10.2023; Ks. viitteet 161 ja 178.
- 190 Ks. viite 161.
- 191 Tarkastushaastattelut, keskussairaala, hoitotyö 3.10.2023 ja 9.10.2023.

- 192 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, hoitotyö 12.10.2023; Ks. viite 159.
- 193 Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen mietintö StVM 43/2016 vp – HE 224/2016 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta.
- 194 Ks. viite 87.
- 195 Ks. viite 193.
- 196 Ks. viite 87.
- 197 Tarkasteluhaastattelut, pieni sairaala 13.9.2023, 20.9.2023, 5.10.2023, 9.10.2023 ja 11.10.2023.
- 198 Tarkastushaastattelu, pieni sairaala 9.10.2023.
- 199 Ks. viite 197.
- 200 Tarkastushaastattelu, pieni sairaala 20.9.2023.
- 201 Muilla sairaaloilla tarkoitetaan Forssan, Iisalmen, Pietarsaaren, Raahen ja Varkauden sairaaloita.
- 202 Sairaaloiden tuottavuus 2018. Tilastoraportti 1/2020. THL; Ks. viite 128.
- 203 Tarkastushaastattelut, pieni sairaala 13.9.2023, 4.10.2023 ja 9.10.2023; Ks. viite 200.
- 204 Tarkastushaastattelu, pieni sairaala 5.10.2023.
- 205 Tarkastushaastattelut, pieni sairaala 13.9.2023, 4.10.2023, 9.10.2023 ja 11.10.2023; Ks. viite 200.
- 206 Tarkastushaastattelut, pieni sairaala 20.9.2023, 4.10.2023, 5.10.2023, 9.10.2023 ja 11.10.2023.
- 207 Ks. viite 204.
- 208 Ks. viitteet 200 ja 204.
- 209 Ks. viite 198.
- 210 Ks. viite 204.
- 211 Ks. viite 198.
- 212 Ks. viite 198.
- 213 Ks. viitteet 200 ja 204.
- 214 Sjöholm, Mari 2018: Sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien tammi-joulukuu 2017. Yhteenvetoa kysynnästä, tuotannosta ja taloudesta. Kuntaliitto.
- 215 Tarkastushaastattelut, pieni sairaala 13.9.2023, 4.10.2023, 5.10.2023, 9.10.2023 ja 11.10.2023.
- 216 Ks. viite 1.
- 217 Ks. viite 177.
- 218 Ks. viite 177.
- 219 Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisala-kohtaisista edellytyksistä 583/2017, 4.1 §.
- 220 Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisala-kohtaisista edellytyksistä 583/2017, 15 §–20 §.
- 221 Erikoissairaanhoidon järjestämissuunnitelmat sekä yliopisto- ja keskussairaaloista pyydytetyt päivystysrinkejä koskevat asiakirjat.
- 222 Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisala-kohtaisista edellytyksistä 583/2017, 9 §.
- 223 Kanta-Hämeen keskussairaala, kirjallinen selvitys 5.2.2024.

- 224 Ks. viite 202.
- 225 Ks. viite 133.
- 226 Tarkastushaastattelut, päivystys, laaja 23.8.2023 ja 30.10.2023; Tarkastushaastattelut, päivystys, suppea 18.10.2023 ja 31.10.2023. Ks. viite 130.
- 227 Tarkastushaastattelu, päivystys, laaja 30.10.2023
- 228 Tarkastushaastattelu, päivystys, suppea 31.10.2023; Ks. viite 130.
- 229 Ks. viitteet 12 ja 33.
- 230 Suomen Lääkäriliitto 2021: Päivystyskyselyn tuloksia. Sairaaloiden päivystävät lääkärin.
- 231 Ks. viite 177.
- 232 Tarkastushaastattelut, päivystys, suppea 18.10.2023 ja 31.10.2023.
- 233 Tarkastushaastattelu, päivystys, suppea 31.10.2023; Ks. viite 231.
- 234 Tarkastushaastattelut, päivystys, laaja 21.9.2023 ja 24.10.2023; Tarkastushaastattelut, päivystys, suppea 10.10.2023 ja 31.10.2023; Ks. viite 133.
- 235 Tarkastushaastattelut, päivystys, laaja 21.9.2023 ja 24.10.2023; Ks. viite 133; Keskussairaalan lääkäreiden kirjalliset vastaukset haastattelukysymyksiin 11.10.2023.
- 236 Ks. viite 133.
- 237 Ks. viite 130.
- 238 Myös ks. viite 223.
- 239 Kunta- ja hyvinvointialueyönantajat KT: Tilastot lääkäri- ja hammaslääkärityövoimatilanteesta 4.10.2017 ja 3.10.2018; Myös tarkastushaastattelu, päivystys, laaja 7.9.2023.
- 240 Ks. viite 130.
- 241 Ks. viite 230.
- 242 Tarkastushaastattelu, päivystys, laaja 7.9.2023; Ks. viite 227.
- 243 Tarkastushaastattelu, päivystys, suppea 10.10.2023.
- 244 Tarkastushaastattelu, päivystys, laaja 24.10.2023.
- 245 Tarkastushaastattelu, päivystys, suppea 18.10.2023.
- 246 Tarkastushaastattelu, päivystys, laaja 7.9.2023; Ks. viite 245.
- 247 Tarkastushaastattelu, päivystys, laaja 10.2023, Ks. viitteet 130, 133, 244 ja 245.
- 248 Ks. viite 12.
- 249 Tarkastushaastattelu, päivystys laaja 21.9.2023; Ks. viite 130.
- 250 Tarkastushaastattelu, päivystys, suppea 11.9.2023.
- 251 Tarkastushaastattelut, päivystys, laaja 7.9.2023 ja 28.9.2023; Tarkastushaastattelu, päivystys, suppea 11.9.2023; Ks. viitteet 130 ja 245.
- 252 Sosiaali- ja terveysministeriö 2017b: Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. Muistio 22.8.2017; Ks. viite 171.
- 253 Tarkastushaastattelu, päivystys, laaja 7.9.2023; Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintoviraston vastaus VTV:n tietopyyntöön 1.9.2023; Ks. myös viite 1.
- 254 Tarkastushaastattelut, päivystys, laaja 7.9.2023; Ks. viite 133.
- 255 Ks. viite 251.
- 256 Tarkastushaastattelu, päivystys, laaja 7.9.2023.
- 257 Ks. viite 133.



- 258 Ks. viite 257.
- 259 Tarkastushaastattelu, päivystys, suppea 26.10.2023; Ks. viitteet 243 ja 244.
- 260 Ks. viitteet 133 ja 257.
- 261 Ks. viitteet 244 ja 257; Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, hoitotyö 5.10.2023.
- 262 Ks. viite 257.
- 263 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, hoitotyö 5.10.2023.
- 264 Tarkastushaastattelu, päivystys, laaja 21.9.2023.
- 265 Ks. viite 264.
- 266 Ks. viitteet 130 ja 133.
- 267 Ks. viite 265.
- 268 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, hoitotyö 6.10.2023.
- 269 Ks. viite 257.
- 270 Ks. viite 133.
- 271 Ks. viite 244.
- 272 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Hilmo-rekisteristä poimitut tiedot. Julkaisemat-  
tomia.
- 273 Ks. viite 251.
- 274 Ks. viitteet 244 ja 257.
- 275 Ks. viite 244.
- 276 Tarkastushaastattelu, päivystys, suppea 31.10.2023.
- 277 Ks. viite 245.
- 278 Ks. viite 130.
- 279 Ks. viite 251.
- 280 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021: Sairaalapäivystysten nykytila – keskeiset  
haasteet. THL Tutkimuksesta tiiviisti 50/2021; Tarkastushaastattelu, Terveyden ja  
hyvinvoinnin laitos 26.5.2023; Tarkastushaastattelu, asiantuntija 20.3.2023.
- 281 Ks. viite 177.
- 282 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, lääkärit 29.9.2023; Tarkastushaastattelu, kes-  
kussairaala, lääkärit 18.9.2023; Ks. viitteet 85, 180, 264 ja 269; Tarkastushaastattelu,  
pieni sairaala, hoitotyö 4.10.2023.
- 283 Ks. viite 180.
- 284 Tarkastushaastattelu, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 26.5.2023; Tarkastushaastat-  
telu, asiantuntija 20.3.2023.
- 285 Ks. viitteet 84 ja 180; Tarkastushaastattelut, yliopistosairaala, hoitotyö 2.10.2023b  
ja 18.9.2023; Tarkastushaastattelut, keskussairaala, lääkärit 29.8.2023, 11.10.2023 ja  
23.10.2023; Tarkastushaastattelu, keskussairaala, hoitotyö 16.10.2023.
- 286 Ks. viite 264; Tarkastushaastattelu, keskussairaala, hoitotyö 16.10.2023; Tarkastus-  
haastattelut, päivystys, laaja 21.9.2023, 28.9.2023, 3.10.2023 ja 24.10.2023; Tarkastus-  
haastattelut, päivystys, suppea 18.10.2023 ja 26.10.2023; Tarkastushaastattelu, asian-  
tuntija 20.3.2023.
- 287 Ks. viite 180; Tarkastushaastattelu, keskussairaala, hoitajat 9.10.2023.
- 288 Potilasvakuutuskeskus 2022: Päivystysten potilasturvallisuus. Päivystysten ja ensi-  
hoidon vuosina 2017–2018 sattuneet korvatut potilasvahingot. Potilasvakuutus tietoa  
1/2022.
- 289 Ks. viite 285.

- 290 Potilas- ja asiakasturvallisuuden ohjaus ja seuranta. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 7/2021.
- 291 Sotkanet, Kirurgisen ja muun lääketieteellisen hoidon komplikaatiot, % hoitojaksoista (ind. 5074).
- 292 Ks. viite 86; Lounais-Suomen aluehallintoviraston vastaus VTV:n tietopyyntöön 29.8.2023.
- 293 Sosiaali- ja terveysministeriö 2017b: Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. Muistio 22.8.2017.
- 294 Nordic Healthcare Group 2016: Sote-palveluiden säästömekanismit. Väli raportin analyysiliite 2.5.2016.
- 295 Duodecim. Käypä hoito. <https://www.kaypahoito.fi/suositukses>. Viitattu 5.2.2024.
- 296 Ks. viite 43.
- 297 Duodecim. Vältä viisaasti. <https://www.kaypahoito.fi/valta-viisaasti>. Viitattu 5.2.2024.
- 298 Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019:2; Aikuisten valtakunnalliset yhtenäiset kiireellisen hoidon perusteet 2020. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:19.
- 299 Palveluvalikoima. <https://palveluvalikoima.fi/etusivu>. Viitattu 5.2.2024.
- 300 Ks. viite 115; Tarkastushaastattelu, keskussairaala, lääkärit 6.11.2023.
- 301 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, hoitotyö 11.10.2023.
- 302 Ks. viitteet 161 ja 200.
- 303 Tarkastushaastattelut, keskussairaala, lääkärit 4.10.2023 ja 6.11.2023; Ks. viite 85.
- 304 Tarkastushaastattelu, keskussairaala, lääkärit 4.10.2023.
- 305 Ks. viite 180.
- 306 Ks. viite 269.
- 307 Tarkastushaastattelu, pieni sairaala, lääkärit 13.9.2023; Tarkastushaastattelu, keskussairaala, hoitotyö 6.10.2023; Ks. viitteet 103, 132 ja 161.
- 308 Ks. viitteet 187 ja 305.
- 309 Ks. viitteet 85, 151 ja 180.
- 310 Tarkastushaastattelut, keskussairaala, lääkärit 29.8.2023, 12.9.2023, 4.10.2023 ja 5.10.2023.
- 311 DigiFinland. Hoidonperusteet.fi. <https://digifinland.fi/hoidonperusteet>. Viitattu 5.2.2024.
- 312 Ks. viitteet 130 ja 257.
- 313 Ks. viitteet 33 ja 245.
- 314 Ks. viite 257.
- 315 Ks. viite 18.
- 316 Tarkastushaastattelu, päivystys, laaja 3.10.2023; Ks. viitteet 33 ja 243.
- 317 Tarkastushaastattelut, päivystys, suppea 11.9.2023 ja 31.10.2023; Ks. viitteet 130, 245 ja 257.
- 318 Ks. viitteet 133, 244 ja 245.
- 319 Ks. viite 18.
- 320 Tarkastushaastattelu, päivystys, laaja 3.10.2023.
- 321 Tarkastushaastattelu, päivystys, suppea 28.9.2023; Ks. viitteet 321 ja 243.

- 322 Ks. viite 321.
- 323 Tilasto- ja indikaattoripankki [Sotkanet.fi](http://Sotkanet.fi).
- 324 Ks. viitteet 33, 130 ja 245.
- 325 Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisala-kohtaisista edellytyksistä 583/2017, 12.1 §.
- 326 Ks. viitteet 245 ja 269.
- 327 Itä-Suomen aluehallintoviraston vastaus VTV:n selvityspyyntöön 1.9.2023; Ks. viitteet 269 ja 321.
- 328 Virolainen, Petri & Pesola, Maija 2017: Ortopedian ja traumatologian järjestämistä koskevat periaatteet 2020-luvulla. Selvityshenkilöiden raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:17.
- 329 Ks. viite 80.
- 330 Potilasvastaavien selvitys tietopyyntöön 31.10.2023.
- 331 Tarkastushaastattelu, keskussairaala, hoitotyö 3.10.2023.
- 332 Ahola, Reea 2018: The Effect of Operation Volume on the Management and Prognosis of Pancreatic Cancer Patients in Finland. Faculty of Medicine and Life Sciences. University of Tampere.
- 333 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, lääkärit 29.9.2023; Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, hoitotyö, 2.10.2023; Ks. viitteet 85 ja 180.
- 334 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, lääkärit, 7.9.2023; Ks. viite 103.
- 335 Tarkastushaastattelut, keskussairaala, lääkärit 29.8.2023, 12.9.2023, 4.10.2023 ja 31.10.2023.
- 336 Tarkastushaastattelu, keskussairaala, hoitotyö 16.10.2023.
- 337 Tarkastushaastattelu, päivystys, laaja 18.10.2023; Ks. viitteet 104 ja 266.
- 338 Sosiaali- ja terveysministeriö 2016: Erikoislääkäri ja erikoishammaslääkärikoulutuksen valtakunnallinen toimenpideohjelma vuosille 2016–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:62.
- 339 Tarkastushaastattelu, yliopistosairaala, lääkärit 1.9.2023; Ks. viite 115.
- 340 Ks. viite 114.
- 341 Ks. viite 122.
- 342 Ks. viite 234.
- 343 Laiho, Anne & Riikonen, Tarita 2016: Sairaanhoidajakoulutus ja naiskansalaisuus: hyvinvointivaltion huomasta kilpailuyhteiskunnan realiteetteihin. Aikuiskasvatus 3/2016.
- 344 Sosiaali- ja terveysministeriö 2021. Kliinisen hoitotyön erikoisalat: Ehdotukset kliinisesti erikoistuneen sairaanhoidajan osaamisen kehittämiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2021:36.
- 345 Sosiaali- ja terveysministeriö 2021. Uutinen 27.12.2021.
- 346 Ks. viite 291.
- 347 Ks. viite 328.
- 348 Tarkastushaastattelut, yliopistosairaala, hoitotyö 19.9.2023 ja 6.10.2023; Tarkastushaastattelut keskussairaala, hoitotyö 19.9.2023, 3.10.2023 ja 9.10.2023; Ks. viitteet 119 ja 310.
- 349 Tarkastushaastattelut, yliopistosairaala, hoitotyö 2.10.2023b ja 11.10.2023b.

- 350 Ks. viite 234.
- 351 Tarkastushaastattelut, yliopistosairaala, hoitotyö 5.10.2023a ja 6.10.2023; Tarkastushaastattelut, keskussairaala, hoitotyö 19.9.2023 ja 16.10.2023; Ks. viitteet 80, 161 ja 187.
- 352 Ks. viite 80.
- 353 Ks. viite 80.
- 354 Ks. viite 80.
- 355 Ks. viite 283.
- 356 Potilasvastaavien vastaukset VTV:n tietopyyntöön 19.10.2023, 26.10.2023, 27.10.2023, 31.10.2023, 1.11.2023, 2.11.2023, 6.11.2023 ja 15.11.2023.
- 357 Potilasvastaavien vastaukset VTV:n tietopyyntöön 31.10.2023.
- 358 Potilasvastaavien vastaukset VTV:n tietopyyntöön 18.10.2023, 20.10.2023, 23.10.2023, 24.10.2023, 25.10.2023, 26.10.2023, 30.10.2023, 1.11.2023, 2.11.2023, 3.11.2023, 6.11.2023 ja 15.11.2023; Potilasjärjestöjen vastaukset VTV:n tietopyyntöön 13.12.2023, 21.11.2023, 12.12.2023, 20.11.2023 ja 1.12.2023.
- 359 Tiikkaja, Hanne & Pöllänen, Markku & Liimatainen, Heikki 2018: Liikenneköyhyys Suomessa – näkökulmia liikkumisen sosiaalisen kestävyteen. Esiselvitys. Liikenteen tutkimuskeskus ja Tampereen yliopisto.
- 360 Kelan matkakorvaushakemus SV 67. Hakemus - Matkakorvaus (kela.fi). <https://www.kela.fi/benefit-forms/SV4.pdf>.
- 361 Matkakorvaukset | Henkilöasiakkaat | Kela. <https://www.kela.fi/matkat>. Viitattu 14.3.2024.
- 362 Kelan ohje matkan välittäjille. Liikenneolosuhteet.
- 363 Kela, haastattelu 22.11.2023.
- 364 VTV:n Kelan aineistosta tehdyt ajot 2024.
- 365 Ks. viite 354.
- 366 Tillman, Päivi & Maunula, Nico 2012: Sairausvakuutuksen matkakorvaukset liittyvät etenkin erikoissairaanhoidon. Rekisteritutkimus vuonna 2012 tehdyistä matkoista. Työpapereita 90/2016. Kelan tutkimus.
- 367 Ks. viite 354.
- 368 Tarkastushaastattelut, keskussairaala, hoitotyö 3.10.2023 ja 12.10.2023; Ks. viite 94; Tarkastushaastattelut, päivystys, laaja 21.9.2023 ja 3.10.2023; Tarkastushaastattelut, päivystys, suppea 10.10.2023 ja 18.10.2023; Tarkastushaastattelut, pieni sairaala 13.9.2023, 5.10.2023 ja 11.10.2023.
- 369 Ks. viite 125.
- 370 Ohjauksen vaikutus ensihoitopalvelun toimivuuteen. Tuloksellisuustarkastuskertomus 9/2019. Valtiontalouden tarkastusvirasto.
- 371 Ks. viite 354.
- 372 Ks. viite 353.
- 373 Tarkastushaastattelut, keskussairaala, hoitotyö 3.10.2023 ja 12.10.2023; Tarkastushaastattelu, keskussairaala, lääkärit 5.10.2023; Ks. viitteet 33 ja 321; Tarkastushaastattelut, päivystys, suppea 10.10.2023 ja 18.10.2023; Tarkastushaastattelut, pieni sairaala 13.9.2023, 5.10.2023 ja 11.10.2023.

- 374 Ks. viite 353.
- 375 Ks. viite 354.
- 376 Ks. viite 354.
- 377 Tarkastushaastattelut, päivystys, laaja 7.9.2023, 28.9.2023 ja 23.10.2023; Tarkastushaastattelu, päivystys, suppea 23.10.2023; Tarkastushaastattelut, pieni sairaala 13.9.2023, 4.10.2023, 5.10.2023 ja 11.10.2023.
- 378 Potilasvastaavien vastaukset tietopyyntöön 2.11.2023, 3.11.2023 ja 15.11.2023.
- 379 Ks. viite 149.
- 380 Ks. viite 246.
- 381 Potilasjärjestöjen vastaukset tietopyyntöön 21.11.2023, 12.12.2023 ja 13.12.2023; Potilasvastaavien vastaukset tietopyyntöön 23.10.2023, 26.10.2023, 2.11.2023 ja 15.11.2023.
- 382 Ks. viite 353.
- 383 Kulkuneuvo | Henkilöasiakkaat | Kela. <https://www.kela.fi/matkakorvaus-kulku-neuvo>.
- 384 Ks. viite 354.



---

**VALTIONTALOUDEN TARKASTUSVIRASTO (VTV)**  
PORKKALANKATU 1, PL 1119, 00101 HELSINKI

puh. 09 4321 | [www.vtv.fi](http://www.vtv.fi) | [@VTV\\_fi](https://twitter.com/VTV_fi)