

Nationell utredning av stegvis gradering, arbetsfördelning och samarbete för sjukhus inom den specialiserade sjukvården och jourmottagningar

Förord

Veli-Mikko Niemi, kanslichef vid social- och hälsovårdsministeriet, tillsatte den 28 augusti 2023 en arbetsgrupp och för den en styrgrupp med uppgift att utreda nuläget för sjukhusen inom den specialiserade sjukvården och jourmottagningarna och lägga fram förslag till nödvändiga lagstiftningsändringar. Utredningen ska användas som stöd för lagberedningen och den nationella styrningen.

Uppgiften var att utarbeta förslag till stegvis gradering, arbetsfördelning och samarbete för sjukhusen inom den specialiserade sjukvården och hälso- och sjukvårdens dygnetruntjourer inom ramen för en nationell helhet. Avsikten var att bedöma bland annat befolkningens servicebehov, de olika områdenas särdrag, kompetensens och personalens tillräcklighet, kvaliteten och kostnadseffektiviteten. Även aspekter i fråga om beredskap och förberedelser skulle tas i beaktande.

Förutom representanter för social- och hälsovårdsministeriet och finansministeriet deltog medlemmar från alla välfärdsområden antingen i arbetsgruppen eller i styrgruppen. Nyland representerades av HUS-sammanslutningen och Västra Nylands välfärdsområde.

Arbetsgruppen har i enlighet med sitt uppdrag lagt fram förslag till definitioner av sjukhus och serviceprofiler för sjukhusen på en graderingsskala. Förslagen har delats upp enligt en tidsplan. I utredningsarbetet tas det inte ställning till tjänsteutbudet eller formen för ett enskilt välfärdsområde eller ett enskilt nuvarande sjukhus eller en enskild nuvarande jourmottagning.

I samband med beredningen av regeringens proposition kommer man att höra olika intressegrupper i början av 2024 och på nytt i samband med den egentliga remissbehandlingen.

En detaljerad rapport om utredningsarbetet inklusive bakgrundsmaterial sammanställs för närvarande. Rapporten ges ut i social- och hälsovårdsministeriets publikationsserie i början av 2024.

Enligt den styrgrupp som medverkat till utredningen måste antalet centralsjukhus minskas, men för att fastställa ett exakt antal måste kunskapsunderlaget kompletteras och konsekvensbedömningen fördjupas i samband med lagberedningen. I anslutning till detta lämnades i styrgruppen avvikande åsikter gällande antalet.

Helsingfors den 5 januari 2024

Petri Virolainen
arbetsgruppens ordförande

Sirkku Pikkujämsä
arbetsgruppens vice ordförande

Anna Cantell-Forsbom
styrgruppens ordförande

Ilkka Luoma
styrgruppens vice ordförande

VN/24983/2023

Avvikande åsikt:

Vi underskriver inte slutledningen i rapporten att det antal sjukhus som föreslås i kapitel "Arbetsgruppens förslag, steg 2" från sid. 17 automatiskt leder till bättre tillgång på personal eller en gynnsammare ekonomisk utveckling.

I stycket "Arbetsgruppens synpunkter" från sid. 7 beskrivs de eventuella konsekvenserna på ett förtjänstfullt sätt och utifrån sakkunnigdiskussioner, men till exempel de alternativa kostnaderna för åtgärderna och de faktiska konsekvenserna för personalen och ekonomin förblir diffusa.

Som stöd för analysen av dessa konsekvenser krävs kalkyler och ingående diskussion om hypotetiska beräkningar och parametrar.

De enda siffrorna som vi medlemmar i styrgruppen fått ta del av i materialet har varit en tabell över antalet förlossningar. Mot denna bakgrund kan man enligt oss inte presentera några seriösa bedömningar om de förändringar som arbetsfördelningen möjliggör oavsett om de gäller tillgången till personal eller ekonomiska besparingar.

Arbetsgruppen har gjort ett bra jobb inom ramen för den tid och det material som den haft tillgång till.

En numerisk analys och en mer detaljerad konsekvensbedömning kan dock även leda till en helt motsatt slutledning, då den nationella situationen pejlats mot välfärdsområdenas data och de alternativa kostnaderna beaktas.

Därför vill vi inte trots den i övrigt förtjänstfulla rapporten underskriva att man som utgångspunkt för den fortsatta beredningen automatiskt kan ta de fem universitetssjukhus eller 5–8 centralsjukhus som föreslås i rapporten.

5.1.2024

Sally Leskinen
Direktörer för Södra Karelens välfärdsområde

Olli Naukkarinen
Direktör för Egentliga Tavastlands välfärdsområde

Santeri Seppälä
Direktörer för Södra Savolax välfärdsområde

Minna Korkiakoski-Västi
Direktörer för Mellersta Österbottens välfärdsområde

Bakgrund

Ansvar för att ordna social- och hälsovården övergick från och med den 1 januari 2023 till välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen. Staten och välfärdsområdena ska för befolkningen säkerställa tillräckliga social- och hälsovårdstjänster i enlighet med grundlagen och den övriga lagstiftningen. Tillgången till tjänster och tjänsternas tillgänglighet, kvalitet, verkningsfullhet samt klient- och patientsäkerheten ska tryggas på så likvärdiga grunder som möjligt, men ändå så att samhällets ekonomiska resurser och personalresurser anpassas till detta mål.

Utmaningar i det finländska servicesystemet för social- och hälsovården är den vård-, service och rehabiliteringsskuld som uppstått av många olika orsaker, den svåra offentliga ekonomin och framför allt personalbristen som eskalerat på kort tid. Svårigheterna att hitta kompetent personal finns i praktiken i hela Finland, i alla yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården och i så gott som alla tjänster. Befolkningsprofilen förändras i och med att andelen äldre ökar och försörjningskvoten försämras. Det leder till ett ökat servicebehov och medför ytterligare utmaningar när det gäller att trygga social- och hälsovårdspersonalens tillräcklighet. Upp till en tredjedel av social- och hälsovårdspersonalen kommer att gå i pension under de kommande tio åren.

Omvärlden har förändrats avsevärt sedan servicesystemet och hierarkin för sjukhusen och hälso- och sjukvårdens dygnetruntjourer formades. För att genomföra dygnetruntjourer och modern specialiserad sjukvård på ett högklassigt sätt krävs enligt de nuvarande verksamhetsmodellerna mycket stora personalresurser och ekonomiska resurser. Å andra sidan medför till exempel den moderna prehospitalkakutsvård och den tekniska utvecklingen samt utvecklingen av distanstjänster och digitala tjänster nya möjligheter att genomföra tjänsterna. Ett fungerande nätverk av sjukhus och jourmottagningar är en hörnsten inom den nationella hälso- och sjukvårdsberedskapen under normala förhållanden och undantagsförhållanden.

Befolkningsstrukturen och befolkningens utbredning i olika delar av landet har förändrats och fortsätter att förändras. Befolkningen och därmed arbetskraften koncentreras till vissa tillväxtcentrum. Befolkningen blir fortsättningsvis äldre medan antalet födselar och barn minskar, vilket förändrar servicestrukturen. Specialkompetensen inom medicin kräver fortsättningsvis allt djupare specialisering inom många specialområden och det finns inte längre tillräckligt med specialsakkunniga för alla nuvarande mottagningar. Stora ändringsbehov har konstaterats även inom lagstiftningen om arbetsfördelning, jourverksamhet och centralisering av tjänster inom den specialiserade sjukvården. På grund av personalbristen har man varit tvungen att lägga ned tjänster och funktioner, till exempel operations- och bäddavdelningsverksamhet, för kortare eller längre tid.

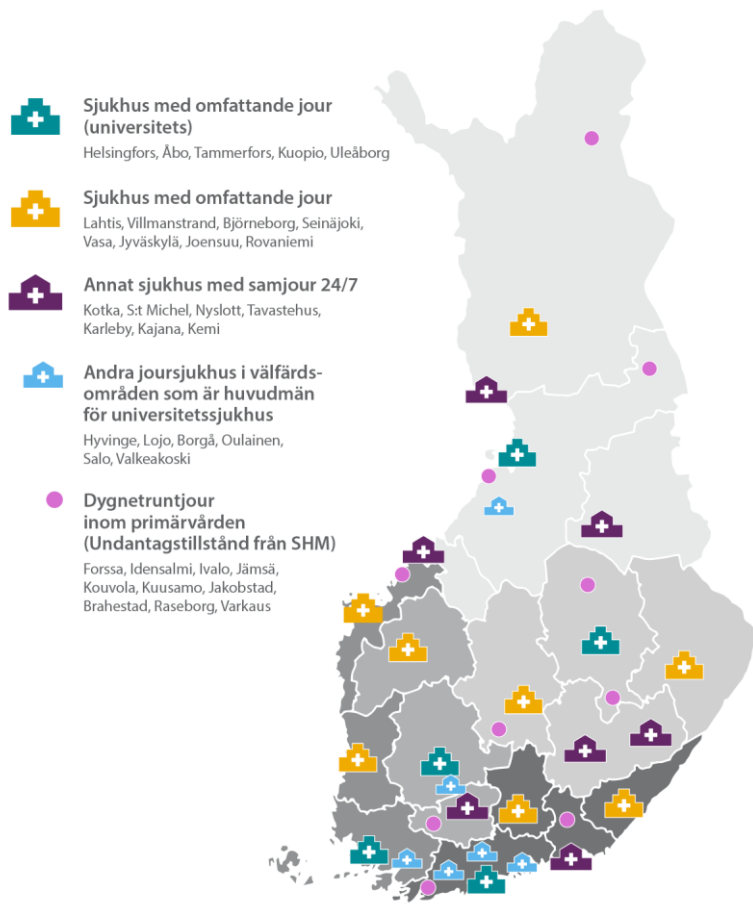
För att säkerställa personalens tillräcklighet och tillgången på arbetskraft inom social- och hälsovården och räddningsväsendet inleddes hösten 2023 ett program för ett bra arbetsliv. Programmet har fyra strategiska spetsar: att säkerställa kompetensen, att förbättra resultaten av arbetet och möjligheterna att göra ett bra arbete samt att analysera kunskapsunderlag och prognostisera. Inom samtliga välfärdsområden har åtgärder vidtagits i enlighet med programmet. Tillgången på arbetskraft är dock begränsad på lång sikt. Ändringarna i arbetstidslagstiftningen

har lett till att arbetsinsatserna på dygnetruntjourer i allt högre grad innebär ett bortfall från de resurser som finns tillgängliga dagtid. Trots det ökade servicebehovet kommer antalet personer som arbetar med uppgifter inom social- och hälsovården och räddningsväsendet i framtiden inte att öka så att det motsvarar behovet, utan det kommer sannolikt att minska. Det råder brist på arbetskraft även inom andra sektorer i Finland. Konkurrensen om arbetskraft ökar och det finns stora problem att matcha utbudet och efterfrågan. I längden är det inte möjligt att av de allt mindre åldersklasserna utbilda en allt större proportionell andel som arbetar inom social- och hälsovården.

De nya avancerade serviceformerna, såsom digitaliseringen, distansmedicinen, den moderna prehospitala akutsjukvården och de välutrustade ambulanserna, läkarhelikopterverksamheten och de ambulerande tjänsterna som kan tas hem till patienten, utnyttjas ännu inte i tillräcklig grad. De medför dock betydande potential när det gäller att svara på befolkningens servicebehov. I synnerhet med hjälp av digitala tjänster kan de tjänster som tidigare krävt fysiska möten genomföras som närtjänster ur patientens perspektiv även om sakkunskapen koncentreras. Vägnätets utveckling har gjort det lättare att förflytta sig geografiskt.

Det har visat sig svårt för välfärds- och samarbetsområdena att fatta lokala och regionala beslut om servicenätverket för sjukhus och jourmottagningar. Man har velat hålla fast vid den specialiserade sjukvården och jourerna i regionerna – även på bekostnad av de personalresurser och ekonomiska resurser som finns tillgängliga för välfärdsområdets övriga tjänster. Det har lett till delvis oändamålsenliga lösningar och en splittring av kompetensen samt till högre priser för arbetsinsatserna (köpta tjänster, hyrd arbetskraft). Upprätthållandet av så omfattande tjänster som möjligt inom den specialiserade sjukvården kan delvis ha äventyrat och försämrat tillgången till förebyggande hälso- och sjukvård, primärvård och tjänster som kan tillhandahållas i hemmet. Inte heller har undantagstillståndsförfarandena visat sig vara effektiva för att styra förändringarna i servicenätverket, utan i praktiken har servicenätverket förblivit oförändrat. Det är svårt att låta bli att söka undantagstillstånd i områdena, låta bli att understöda dem i de andra områdena och låta bli att bevilja dem vid ministeriet.

Sjukhus och hälsovårdscentraler med jour, hösten 2023



Arbets- och styrgruppens sammansättning

Arbetsgruppen:

Virolainen Petri, direktör för välfärdsområdet, Päijänne-Tavastlands välfärdsområde, (arbetsgruppens ordförande), Pikkujämsä Sirkku, medicinalråd, social- och hälsovårdsministeriet, (arbetsgruppens vice ordförande), Hedman Antti, ledande överläkare, Norra Savolax välfärdsområde, Kinnunen Marina, direktör för välfärdsområdet, Österbottens välfärdsområde, Kähärä Kirsti, ledande överläkare, Södra Österbottens välfärdsområde, Miittinen Heikki, ledande överläkare, Mellersta Finlands välfärdsområde, Mäntymaa Marja-Liisa, ledande överläkare, Kymmenedalens välfärdsområde, Mäenpää Sami, direktör för verksamhetsområdet, Kajanalands välfärdsområde, Mäkijärvi Markku, ledande överläkare, HUS-sammanslutningen, Pietilä Mikko, direktör för sjukhus-tjänster, Egentliga Finlands välfärdsområde, Rainesalo Sirpa, ledande överläkare, Birkalands välfärdsområde, Taskila Jyri J., ledande överläkare, Lapplands välfärdsområde, Turpeinen Miia, direktör för universitetssjukhuset, Norra Österbottens välfärdsområde och Wilén Susanna, direktör för verksamhetsområdet, Norra Karelen välfärdsområde.

Arbetsgruppens permanenta sakkunniga: Från social- och hälsovårdsministeriet Blanco-Sequeiros Andreas, direktör, Ilkka Lasse, medicinalråd, Mähkä Merituuli, regeringsråd och Papunen Erkki, regeringsråd och från finansministeriet Vuorinen Virpi, budgetråd.

Styrgruppen:

Cantell-Forsbom Anna, avdelningschef, social- och hälsovårdsministeriet, styrgruppens ordförande, Luoma Ilkka, direktör för välfärdsområdet, Norra Österbottens välfärdsområde, styrgruppens vice ordförande, Hakari Kari, avdelningschef, social- och hälsovårdsministeriet, Korkiakoski-Västi Minna, direktör för välfärdsområdet, Mellersta Österbottens välfärdsområde, Leskinen Sally, direktör för välfärdsområdet, Södra Karelen välfärdsområde, Naukkarinen Olli, direktör för välfärdsområdet, Egentliga Tavastlands välfärdsområde, Puumalainen Taneli, avdelningschef, social- och hälsovårdsministeriet, Rantanen Tanja, budgetråd, enhetschef, finansministeriet, Sand Juhani, koncerndirektör, Birkalands välfärdsområde, Seppälä Santeri, direktör för välfärdsområdet, Södra Savolax välfärdsområde, Svahn Sanna, direktör för välfärdsområdet, Västra Nylands välfärdsområde, Varhila Kirsi, direktör för välfärdsområdet, Satakunta välfärdsområde

Sakkunnigsekreterare: Pikkujäämä Sirku, medicinalråd och Ilkka Lasse, medicinalråd, social- och hälsovårdsministeriet

Arbetsgruppens arbete

Arbetsgruppen sammanträdde 9 gånger under hösten 2023. Man har även arbetat i undergrupper och per e-post. Styrgruppen samlades 6 gånger.

Arbetsgruppen har i sitt arbete utnyttjat det material som den fått av välfärdsområdenas tjänsteinnehavare, Institutet för hälsa och välfärd, klient- och patientsäkerhetscentret i Österbottens välfärdsområde, nationella intensivvårdskonsortiet (Suomen Tehohoitokonsortio), aktörer som planerar beredskap och förberedelser och ministerierna. Via dessa har även många aktörer och personer utanför arbets- och styrgruppen bidragit med sin insats till utredningsarbetet.

Det bakgrundsmaterial som använts i beredningen av förslagen beskrivs i närmare detalj i arbetsgruppens slutrapport.

Utredningen fokuserar på det nationella servicesystemet för hälso- och sjukvården och ordnandet av hälso- och sjukvård. Däremot lämnades till exempel frågor som gäller välfärdsområdenas livskraft och utbildningssystemet utanför utredningsarbetet i tillsättningsbeslutet. Behovet av fortsatt beredning och synpunkter i anslutning till dem har dock lyfts fram i slutledningarna.

Arbetsgruppens synpunkter (principer)

Allmänt

Det nuvarande sjukhus- och journätverket är inte längre ett alternativ ur ett nationellt perspektiv. Det finns inte tillräckligt med sakkunniga och servicestrukturen är inte ekonomiskt hållbar. Antalet offentliga sjukhus kan inte öka och antalet nätverk med yrkesmässig dygnetruntjour måste minska på nationell nivå.

Drivkrafterna bakom ändringen av profileringen av sjukhusen och servicenätverket är följande – i prioritetsordning:

1. De sakkunnigas och sakkunskapens tillräcklighet nu och framför allt i framtiden. Det är en förutsättning för hälso- och sjukvårdens kvalitet, verkningsfullhet och klient- och patientsäkerhet.
2. För att åstadkomma kostnadseffektivitet och dämpa kostnadsökningen i systemet måste det finnas tillräckligt med sakkunniga.
3. Beredskap och förberedelser.

Varje välfärdsområde, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen måste kunna säkerställa den verksamhet som de ansvarar för att ordna. Det är dock inte ändamålsenligt eller möjligt att producera allting själv.

Det är nödvändigt att i framtiden på ett realistiskt sätt beakta förändringarna i befolkningsprofilen och befolkningsantalet samt i tillgången på arbetskraft och arbetskraftens utbredning. Sjukhusnätverket har inte följt befolkningsantalets och befolkningsstrukturens regionala utveckling. Sjukhus- och journätverket måste förtätas eftersom befolkningen koncentreras. Arbetsgruppen avser inte med sina förslag att lägga ned sjukhus eller bäddavdelningsverksamheten, men serviceprofilen kommer delvis att förändras.

Man har i utredningsarbetet försökt uppskatta effekterna av tillgången på arbetskraft på servicesystemet dels utifrån nuläget, dels ur ett 5–10 års perspektiv. Man måste inse att alla nuvarande sakkunniga inte kan eller vill flytta från en mottagning eller en arbetsuppgift till en annan. Trots det har man i förslagen försökt beakta de megatrender som indikerar var den framtida arbetskraften kommer att vara bosatt. Det bör finnas tillräckligt med sakkunniga i varje välfärdsområde för just de uppgifter som området ansvarar för och/eller kommer att ansvara för. Man måste i första hand trygga den basservice som möjliggörs genom de tillgängliga resurserna och som befolkningen behöver och därefter bedöma vilka specialtjänster som det är ändamålsenligt och möjligt att genomföra i området.

Förändringarna ska genomföras kontrollerat. Med hjälp av övergångsskeden kan man säkerställa bland annat personalens ställning, uppgiftsändringar och rekrytering samt eventuella nödvändiga investeringar (lokaler, utrustning) i takt med att sjukhusen omprofileras. Anpassningen och verksamhetsändringarna måste säkerställas i de sjukhus från vilka specialfunktioner överförs

samtidigt som mottagningskapaciteten måste säkerställas i de sjukhus dit verksamheten och patienterna flyttas.

Det är väsentligt att välfärdsområdena kan trygga och flytta tyngdpunkten framför allt till befolkningens basservice och till de tjänster som behövs ofta inom jour-, sjukhus- och bäddavdelningsverksamheten och den fortsatta vården. Endast på så sätt kan man säkerställa att rätt patient får rätt vård i rätt tid på rätt nivå. Inom den specialiserade sjukvården ligger tyngdpunkten framför allt på vissa konservativa områden och psykiatrin, såsom olika kroniska sjukdomsskov, hjärt-, lung- och hjärnincidenter, infektioner samt utredning och behandling av hälsoproblem hos äldre. Välfärdsområdena ska kunna säkerställa integrationen med bland annat socialtjänsterna och utveckla regionala vård- och servicestigar.

Ändringarna i sjukhus- och journätverket gör det möjligt att införa och utveckla nya verksamhetsmodeller snabbare. Bland dessa kan nämnas digitala tjänster och distanstjänster, hemsjukhus, ambulansundersökningsteam, modern prehospita akutsjukvård och patientförflyttningar, läkarhelikopterverksamheten som håller på att utvecklas samt möjligheter till distansjourer och konsultationer i samarbetsområdena och på nationell nivå inom de specialområden och tjänster som lämpar sig för dessa. Å andra sidan kan sjukhusnätverket inte reformeras tillräckligt utan dessa förändringar.

Ju större behov av yrkesutbildade personer och team med specialkompetens samt speciallokaler, utrustning och redskap, desto färre enheter ska dessa tjänster koncentreras till. Endast på så sätt kan man säkerställa kompetensen och upprätthållandet av den samt kostnadseffektiviteten för samhället. Alla välfärdsområden kan inte garantera specialtjänster, varför det är nödvändigt att hitta nära samarbetsformer mellan välfärdsområdena och samarbetsområdena – även över de regionala gränserna.

Ur befolkningens perspektiv ökar kompetensen och kvaliteten inom de krävande tjänster i den specialiserade sjukvården som behövs sällan i livet, även om tillgängligheten delvis blir sämre. I dessa situationer är det i allmänhet viktigare att prioritera tillgången till service och kompetenta yrkespersoner och team framför själva sjukhusväggarna. I fråga om tidsberoende nödsituationer (cirkulationsstörningar i hjärnan, hjärtincidenter) är det viktigt att säkerställa en så snabb tillgång till vård som möjligt i de olika regionerna, och servicenätverket och konsultationsförfarandena måste vara tillräckliga i detta avseende. Vården kan delvis inledas och genomföras även med stöd av distanskonsultationer. I de mest livshotande situationerna är det väsentliga en snabb och kompetent akutvård – vid behov med stöd av läkarhelikopter – samt transport till ett sjukhus med ett omfattande serviceutbud. För befolkningen, servicesystemet och till exempel den prehospita akutsjukvården är det viktigt att det har överenskommit klart och tydligt var olika patientgrupper behandlas.

Även om vissa tjänster inom den specialiserade sjukvården och juren har centraliserats ska klientorienterade och sömlösa vård- och servicestigar utvecklas – även över välfärds- och samarbetsområdenas gränser. Det gäller både tjänsterna före de centraliserade tjänsterna, den fortsatta vården och samordningen bland annat med socialservicen.

Kostnadsfördelning och potential för att minska kostnaderna

Enligt arbetsgruppen är det när det gäller arbetsfördelningen för sjukhus- och jourverksamheten och förtätningen av servicenätverket nödvändigt att uttryckligen utreda personalens och kompetensens tillräcklighet för att trygga kvaliteten, verkningfullheten och patientsäkerheten. Förändringen måste även vara nationalekonomiskt hållbar och medföra en betydande potential för att minska kostnaderna. Förändringen bidrar till att stärka basservicen och fokusera resurser på den.

Lagen om välfärdsområdenas finansiering (617/2021) innehåller bestämmelser om beviljande av statlig finansiering för att täcka kostnaderna för de uppgifter för vilka välfärdsområdena har organiseringsansvaret. Det handlar om allmän finansiering som inte har allokerats för något särskilt ändamål. Bestämmelser om kostnadsersättning mellan välfärdsområden finns i 57 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Om ett välfärdsområde tillhandahåller en invånare i ett annat välfärdsområde social- eller hälsovårdstjänster, ska det välfärdsområde där personen är invånare betala ersättning för de kostnader som tjänsterna medfört. Med kostnader avses de faktiska kostnader som orsakats av att personen tillhandahållits tjänsten, med avdrag för de verksamhetsintäkter som tjänsten medfört.

Arbetsgruppen konstaterade att om ändringar införs i sjukhus- och journätverket och befolkningen i allt högre grad anlitar tjänster även över välfärdsområdenas gränser så bör principerna för välfärdsområdenas finansiering och kostnadsersättning mellan välfärdsområdena utvärderas och utvecklas. Kostnadsfördelningen mellan välfärdsområdena ska vara jämlik och faktureringen rättvis och transparent. Kostnaderna och faktureringen ska åtfölja kunden om kunden får service som producerats av ett annat välfärdsområde.

I dag varierar beräknings- och prissättningsprinciperna en hel del mellan välfärdsområdena. Faktureringspriserna motsvarar inte alltid de faktiska kostnaderna för att producera servicen. Faktureringen mellan välfärdsområdena får inte skapa ett överskott för det välfärdsområde som producerat tjänsten. Å andra sidan bör man i prissättningen kunna beakta de extra kostnader som uppstår för att genomföra centraliserade tjänster. Om området har genomfört tjänsterna på ett kostsamt sätt till exempel med hjälp av köpta tjänster eller hyrd arbetskraft så kan det medföra ekonomisk nytta att centralisera servicen.

De nationella principerna för kostnadsberäkning och/eller produktifiering har identifierats som ett nationellt utvecklingsobjekt som kan genomföras i samarbete mellan exempelvis social- och hälsovårdsministeriet, finansministeriet och Institutet för hälsa och välfärd. Enligt 57 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård får närmare bestämmelser om grunderna för ersättning för tjänsterna och om fakturering och betalning av kostnaderna utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet. Finansieringen av nationella ansvar bör ses över och tryggas så att finansieringstrycket fördelar sig jämnt över hela landet och alla välfärdsområden.

De kostnadsdämpande effekterna för ändringarna av sjukhus- och journätverket kan inte uppskattas exakt i detta skede, eftersom man i detta utredningsarbete inte analyserade de sjukhus- och enhetsspecifika funktionerna i de enheter som överlåter och mottar funktioner. Uppskattningen av kostnadseffektiviteten i utredningen grundar sig på den direkta inbesparingen av personalresurser som uppstår som en följd av att sjukhusens serviceutbud och jourmottagningarna minskar (antal och öppettid). I utredningen är det inte möjligt att beakta alla dimensioner av kostnadseffektiviteten och alla alternativa kostnader. Å andra sidan går det inte heller att bedöma kostnadseffekten av att inga ändringar görs.

Betydande potential för minskade kostnader förväntas med följande mekanismer

- Genom att justera antalet jourringar inom olika specialområden så att de motsvarar behovet kan man minska överlappande funktioner och förbättra effektiviteten på nationell nivå.
- Behovet av hyrd arbetskraft minskar. Till exempel i de nuvarande dygnet runt-jourmottagningarna för allmänläkare är största delen av läkararbetskraften hyrd arbetskraft. Det finns fortsättningsvis en risk för att priserna för köpta tjänster stiger ytterligare i framtiden eftersom det råder brist på personal.
- Det totala antalet anställda som behövs inom sjukhus- och servicenätverket minskar och optimeringen av personalens arbete dagtid förbättras. I synnerhet den operativa (inkl. förlossningar och intensivvård) dygnet runt-jourberedskapen kräver en mycket större personal än inom verksamheten dagtid.
- Behovet av personalresurser för de stödtjänster som krävs inom jourverksamheten (bl.a. röntgen, laborietjänster) minskar. En överföring av funktionerna kräver inte en märkbar ökning inom dessa tjänster på de mottagande sjukhusen.
- Användningsgraden för lokaler och utrustning ökar och det behövliga antalet anordningar minskar.
- Tjänsternas jämlikhet, kvalitet och verkningsfullhet samt klient- och patientsäkerheten förbättras då personalens kompetens har säkerställts och verksamheten håller jämn kvalitet.
- Vårdindikationerna blir enhetliga och bästa praxis kan införas snabbare. Nationellt sett finns det fortfarande stora regionala skillnader när det gäller vad som behandlas och i vilken grad och dessa kan inte förklaras med befolkningsstrukturen eller behovsgrunden.

För att undvika överlappande kostnader ska den överlåtande och den mottagande enheten anpassa och omprofilera sin egen verksamhet.

Viktigt i lagberedningen

Arbetsgruppens slutledningar och förslag grundar sig på expertisen och den helhetsanalys som gjorts vid ministerierna och inom välfärdsområdenas tjänstemannakår inom den tid som funnits för arbetet och utifrån den tillgängliga lägesbilden och kunskapsunderlaget. Därför kan slutledningarna delvis visa sig vara ofullständiga och ge uttryck för vissa kompromisser.

I samband med lagberedningen ska lägesbilden, förslagens genomförbarhet och tidsplanen preciseras.

Enligt regeringsprogrammet ska man under 2024 fastställa en nationell lagstiftningshelhet om sjukhus och jourer. Också bestämmelserna om arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården ska ses över.

Regeringen fattar under 2024 beslut om sina egentliga förslag till definitioner av sjukhus och deras arbetsfördelning utifrån den tjänstemannaberedning som inleds vid ministerierna och den politiska diskussionen. I samband med beredningen av regeringens proposition är det nödvändigt att göra en konsekvensanalys ur flera synvinklar som inkluderar de ekonomiska konsekvenserna nationellt och för varje välfärdsområde.

Under utredningsarbetet var det inte möjligt och inte heller meningen att göra en omfattande konsekvensanalys av det funktionella och ekonomiska perspektivet. Eftersom man inte analyserade varje välfärdsområde och de enskilda sjukhusen och verksamhetsenheterna separat var det omöjligt och oändamålsenligt att göra en regional bedömning.

Arbetsgruppen konstaterade att det i samband med lagberedningen behövs mer information och ytterligare beredning om åtminstone följande synpunkter:

- Konsekvensanalys av den tidigare centraliseringen av den specialiserade sjukvården och arbetsfördelningen
- Nationella kostnadseffekter och konsekvenser för ekonomin som helhet
- Analys av de funktionella och ekonomiska konsekvenserna i regionerna, sjukhusen och enheterna i fråga om de överlåtande och mottagande sjukhusen, bland annat nödvändiga tilläggsinvesteringar och rekryteringar
- Kostnadsinbesparingar och utmätning i anslutning till det minskade behovet av utrustning och lokaler
- Tillgången på arbetskraft inom enskilda yrkesgrupper och regioner
- Antalet frigjorda personalresurser och möjligheter till omplacering
- Ekonomisk nytta av att vårdindikationer och verksamhets sätt förenhetligas (över- och underbehandling minskar)
- Klient- och patientsäkerheten inom olika funktioner och i olika regioner
- Internationella modeller och benchmarking av sjukhus- och jourarrangemang med beaktande av servicesystemens olikheter
- Metoder för att främja kostnadsfördelningen mellan välfärdsområdena och en rättvis och transparent fakturering
- Alternativa kostnader för prehospital akutsjukvård och transporter
- Konsekvenserna av förändringarna och tidsplan i förhållande till regionernas finansiering och kostnader
- Analys av indirekta konsekvenser, bland annat regionernas livskraft, utbildningssystemet

Arbetsgruppens förslag

Enligt arbetsgruppen ska graderingen, samarbetet och arbetsfördelningen för sjukhusen regleras genom lag. Även om ändringarna träder i kraft och genomförs tidsmässigt i olika skeden ska bestämmelserna beredas samtidigt i en och samma regeringsproposition.

Steg 1: från och med den 1 januari 2026. I samband med lagberedningen ska tidsplanen preciseras med beaktande av bland annat ett kontrollerat genomförande och patientsäkerheten.

1. Minskning av separata jourmottagningar inom primärvården som har öppet nattetid

- Jourmottagningar dygnet runt inom primärvården kan upprätthållas endast på grund av mycket långa avstånd (Ivalo, Kuusamo).

Motivering:

- Att upprätthålla jourberedskap som kräver fysisk närvaro nattetid för hälsoproblem av allmänmedicinsk karaktär skapar inte tillräckliga hälsofördelar i förhållande till de bundna resurserna (läkare, vårdpersonal, stödtjänster). Resurserna måste tas från den reserv som finns för verksamhet under tjänstetid och utvidgade öppetider.
- Utbud skapar efterfrågan. Befolkningen anlitar jourmottagningar nattetid trots att hälsoproblemet inte kräver det, om denna service finns. Befolkningen måste styras och handledas att uppsöka vård i rätt tid. Som hjälp finns bland annat tjänsten 116117, digitala vårdstigar och digitala/chatkliniker. Då uppstår inte behov av att belasta den specialiserade sjukvården och jourmottagningarna med vissa hälsoproblem på natten. De befintliga anvisningarna om kriterierna för jourvård ska iakttas.
- Välfärdsområdena ska säkerställa att befolkningen har tillgång till social- och hälsovårdscentralerna under tjänstetid, kvällar och veckoslut (s.k. akutmottagning vid social- och hälsovårdscentralerna) och sjukhusens samjourer i enlighet med hur brådskande vårdbehovet och hälsoproblemen är. Då kan man hantera långa avstånd och tillgodose språkliga rättigheter på ett kundorienterat sätt.
- Det finns nationella kriterier för brådskande vård för både vuxna och barn som ska iakttas vid bedömningen av vårdbehovet, och patienterna ska styras till service dag- och kvällstid i stället för nattetid.
- Man kan delvis svara på befolkningens servicebehov nattetid med hjälp av de nya serviceformerna som bland annat omfattar digitala tjänster och distanstjänster, en kompetent och välutrustad prehospital akutsjukvård och till exempel ambulering vårdar- och bedömningsenheter som kommer till hemmet (äldre, boendeservice) samt hemsjukhus.

- Allmänmedicinska läkartjänster nattetid på avdelningarna kan tryggas genom distanskonsultationer utan att patientsäkerheten äventyras. Avdelningarna kan även ta stöd av fysiska läkarjourmottagningar kvällstid och på veckoslut.
- Förfarandet med undantagstillstånd slopas och det fastställs på annat sätt genom lagstiftning om möjligheten att upprätthålla jourmottagningar dygnet runt inom primärvård eller akutmedicin i enheter som ligger på långt avstånd.

2. Varje välfärdsområde (förutom Nyland) kan ha ett förlossningssjukhus. Även i Nyland ska antalet förlossningssjukhus minskas från det nuvarande antalet.

Motivering:

- Eftersom skötseln av förlossningar kräver mycket tunga personalresurser är det motiverat att för att säkerställa patientsäkerheten måttligt begränsa antalet sjukhus som sköter förlossningar från nuvarande antal.
- Undantagstillstånds-förfarandet som gäller antalet förlossningar slopas. Som kriterium används inte (år 2026–2028/30) det tidigare ”att det på sjukhuset sköts åtminstone cirka 1 000 förlossningar per år”. I stället för att öka antalet förlossningssjukhus bör man sträva efter att öka antalet årliga förlossningar på de kvarstående enheterna – även i Nyland.
- I övrigt är förutsättningarna för att sköta förlossningar enligt 18 § 2 mom. i jourförordningen (583/2017) uppdaterade. Således ska ett sjukhus som sköter förlossningar ha ett tillräckligt antal personal, lokaler, instrument och utrustning. Personalresurser behövs dygnet runt i form av läkare i gynekologi och obstetrik, anesthesiologi, pediatrik och kirurgiska specialområden samt i form av vårdpersonal som barnmorskor och assisterande operationspersonal samt inom stödtjänster.
- Hanteringen av långa avstånd och tillgodoseendet av språkliga rättigheter kan säkerställas genom bra och planmässig mödravård, styrning och handledning av gravida, patienthotellverksamhet och utveckling av kompetensen hos personalen på de sjukhus som sköter förlossningar.

3. Varje välfärdsområde (förutom Nyland) får ha ett sjukhus som kan genomföra jourverksamhet, operationsverksamhet och intensivvård och intensivövervakning dygnet runt inom konservativa och operativa specialområden. I fråga om Nyland bör antalet sådana sjukhus och deras serviceutbud bedömas utifrån motsvarande principer.

Motivering:

- Hälso- och sjukvårdens kvalitet, verkningsfullhet och patientsäkerhet förutsätter i de sjukhus som har verksamhet dygnet runt inom varje specialområde en ytterst mångsidig

och till antalet och kompetensen stabil personalresurs såväl när det gäller läkare, vårdare som stödtjänster. Särskilt tungt med tanke på personalresursen är att upprätthålla beredskapen för de team som har hand om operationsverksamheten dygnet runt.

- Det nuvarande nätverket av sjukhus med jour dygnet runt i Finland är allt för tätt. Kompetent personal kan inom ramen för det nuvarande serviceutbudet inte säkerställas i varje nuvarande sjukhus med jour utan att det krävs oändamålsenliga arrangemang eller kostnader (jfr hyrd arbetskraft i olika yrkesgrupper).
- I Finland finns för närvarande fem sådana sjukhus med samjour dygnet runt där det välfärdsområde som är huvudman även har ett universitetssjukhus eller ett centralsjukhus. Det är motiverat att flytta den operativa jourverksamheten dygnet runt och den kirurgiska verksamheten som kräver jour i dessa sjukhus till ett större sjukhus, och detta frigör personal- och andra resurser som kan fokuseras på övriga funktioner i välfärdsområdet. I HUS-området finns två sådana sjukhus. Även i Nyland är det nödvändigt att koncentrera den operativa verksamheten.
- Under övergångsskedet 2026–2030 kan man på dessa specifika sjukhus genomföra sådan kirurgisk verksamhet dagtid som inte kräver operativ jour dygnet runt (dagkirurgi, korttidskirurgi) under förutsättning att villkoren för operationsverksamheten i bland annat centraliserings- och jourförordningarna i övrigt uppfylls. Operationsverksamheten kan inte utvidgas från nuvarande verksamhet till nya sjukhus.
- På grund av befolkningsstrukturen och den åldrande befolkningen måste verksamhetens tyngdpunkt i flera välfärdsområden stegvis förskjutas mot konservativa specialområden och allmänmedicinska bäddavdelningsfunktioner samt olika former av rehabiliterings- och undersökningsenheter. Verksamheten på sjukhus och bäddavdelningar måste förändras så att den motsvarar befolkningsstrukturens behov. Jourverksamhet dygnet runt inom de konservativa områdena kan på dessa sjukhus genomföras enligt befolkningens servicebehov.
- I fråga om patientflödena ska samarbetet och arbetsfördelningen mellan sjukhusen granskas över välfärdsområdenas och samarbetsområdenas gränser för varje specialområde och jourfunktion. Välfärdsområdena kan avtala om att tjänster inom vissa specialområden genomförs endast på vissa sjukhus eller om en gemensam personalresurs.
- Förlossningssjukhus enligt punkt 2 och sjukhus med dygnetruntjour enligt punkt 3 ska i välfärdsområdet vara ett och samma sjukhus.

4. Ingrepp som sker under anestesi

Välfärdsområdena ska ha möjlighet att producera mindre ingrepp som kräver anestesi även annars än i samband med samjourer dygnet runt.

Motivering:

- Bestämmelsen i 45 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) om att sådan operativ verksamhet som kräver operationssal och anestesi i sin helhet ska sammanställas till de sjukhus som har samjour dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården kan delvis lindras utan att patientsäkerheten äventyras så att den gäller sådana lämpliga ingrepp som patienten kommer till hemifrån och där patienten åker hem samma dag. Sådana lättare ingrepp är bland annat munhälsovård, psykiatrisk elektroterapi, behandling av hjärtrytmrubbningar och mindre kirurgiska ingrepp av poliklinisk karaktär inom olika specialområden (t.ex. knölar, hudförändringar, vissa ingrepp i samband med öron-, näs- och halssjukdomar samt ögonsjukdomar) som kräver anestesi.
- Läkarvetenskapen utvecklas hela tiden och olika ingrepp kan göras tryggt i samband med att patienten får kortvarig anestesi även på andra ställen än i direkt närhet till en samjour eller ett sjukhus med ett omfattande serviceutbud.
- Enligt arbetsgruppen måste dessa ingrepp fastställas i lagstiftningen så att verksamheten inte utvidgas i en riktning som splittrar den egentliga kirurgiska verksamheten med stöd av regionala beslut. Till exempel ledproteskirurgin och den kirurgi som kräver betydande investeringar i utrustning (t.ex. robotologi) får inte utvidgas, även om dessa operationer kunde utföras inom dagkirurgi.
- Den verksamhet som kräver egentliga operationssalsförhållanden, postoperativ bäddavdelningsvård, långvarig uppvakningsuppföljning eller kirurgisk jour kan inte med tanke på personalens tillräcklighet utvidgas till nya enheter och inte heller kan antalet sjukhus som utför egentliga operationer utökas.
- Om man med stöd av lagstiftningen gör det möjligt att i bred utsträckning skaffa operations- eller andra ingrepp från den privata sektorn finns det en risk att personalen övergår från den offentliga sektorn till den privata sektorn, vilket äventyrar sjukhusjouren. Den privata sektorn saknar en egen omfattande kompetenspool.

5. Beredskap och förberedelser**Sjukhus- och jourverksamheten och nätverket av dessa ska kunna reagera på olika undantags- och störningstillstånd inom välfärdsområdena, samarbetsområdena och på nationell nivå.**

I störnings- och krissituationer leds organisationen i enlighet med de gällande ledningsförhållandena och beredskapsplanerna. Förändringar i uppgifternas tyngdpunktsområden eller helt nya uppgifter ska i första hand skötas inom de befintliga organisationerna genom att stärka dem efter behov eller i övrigt anpassa dem med beaktande av arbetsfördelningen under normala arbetstider. Varje välfärdsområde ansvarar för att upprätthålla och leda en lägesbild för

sin region. Samarbetsområdets lägesbild upprätthålls i de beredskapscenter som finns i de välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus.

Det planeras regionalt och nationellt hur sjukhusverksamheten vid behov kan spridas ut över den befintliga infrastrukturen (inkl. den privata hälso- och sjukvården).

Om situationen blir utdragen eller om störningen gäller fler än ett välfärdsområde behövs det samarbete över välfärdsområdenas gränser. Det kräver en enhetlig lägesbild inom samarbetsområdena och/eller på nationell nivå som grundar sig på modellen med fem områden/beredskapscenter. Ledningsansvaret för verksamheten kan överföras till ett annat välfärdsområde eller till nationell nivå. Lagstiftningen utvecklas så att ledningsansvaret för olika störningssituationer blir tydligare. Varje välfärdsområde ska ha kapacitet att utvidga sitt ledningsansvar. I en störningssituation kan det krävas att patienter och personal överförs inom eller mellan välfärdsområdena eller så kan det leda till en tillfällig ändring av sjukhusens arbetsfördelning och gradering.

I samband med undantagsförhållanden kan lägesbilden, arbetsfördelningen mellan sjukhusen och innehållet i och kriterierna för hälso- och sjukvårdstjänsterna omdefinieras på det sätt som situationen kräver och på ett avvikande sätt jämfört med normala förhållanden.

Arbetsgruppens förslag

Steg 2: från och med den 1 januari 2028 eller senast den 1 januari 2030. I samband med lagberedningen ska tidsplanen preciseras med hänsyn till bland annat ett kontrollerat genomförande och patientsäkerheten.

Finlands sjukhus- och journätverk måste ytterligare koncentreras under slutet av årtiondet så att man kan trygga specialkompetensen inom den specialiserade sjukvården och verksamhetens kvalitet, verkningfullhet och patientsäkerhet med beaktande av befolkningsstrukturen och befolkningens och arbetskraftens utbredning samt andra aspekter.

Arbetsgruppen föreslår att sjukhusen profileras i enlighet med funktionernas omfattning. Profilerna 1–3 ska fastställas per sjukhus, och välfärdsområdet eller samarbetsområdet kan inte höja profilen för sina sjukhus med stöd av egna beslut.

Gradering av sjukhusen

1. Fem universitetssjukhus:

- Universitetssjukhusens huvudsakliga uppgifter enligt 34 a § i lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021), dvs. tillhandahållande av specialiserad sjukvård på grundläggande nivå, krävande specialiserad sjukvård och högspecialiserad sjukvård såväl som sådan utbildnings-, forsknings-, utvecklings- och innovationsverksamhet som bedrivs vid universitetssjukhusen samt uppgifter som enligt den lag som förslaget gäller eller någon annan lag ska skötas av ett universitetssjukhus.
- Koordineringsansvaret för den elektiva verksamheten och jourverksamheten samt beredskapen och förberedelserna i samarbetsområdets sjukhus
- Den nationella arbetsfördelningen mellan universitetssjukhusen utvecklas och nationella jourringar skapas inom specialområden där detta är möjligt med hjälp av distansmedicin.
- Universitetssjukhusen har en mycket stor betydelse när det gäller den regionala tillgången på kompetent personal – läkare, specialistläkare och övrig hälso- och sjukvårdspersonal.

2. Fem–åtta centralsjukhus under en övergångsperiod som möjliggör en kontrollerad ändring

Dessa centralsjukhus ska tillsammans med universitetssjukhusen betjäna hela befolkningen.

- Antalet sjukhus och deras ansvar grundar sig inte på välfärdsområdenas eller samarbetsområdenas gränser utan på det nationella helhetsbehovet.

- Urvalskriterierna för centralsjukhusen ska fastställas i närmare detalj i samband med lagberedningen så att man beaktar befolkningens servicebehov och utbredning, arbetskraftens tillgång, tillräcklighet och utbredning, sjukhusens nuvarande infrastruktur, kvalitet, verkningsfullhet samt klient- och patientsäkerhet, avstånd och tillgodoseendet av språkliga rättigheter samt aspekter som gäller beredskap och förberedelser.
- Centralsjukhusen har dygnetruntjour inom många specialiområden inom de operativa och konservativa specialiområden som kräver jour och som inte har koncentrerats till universitetssjukhusen samt intensivvårdsavdelning, skötsel av förlossningar och operationssalsberedskap dygnet runt
- Man uppmuntrar till samarbete och styr arbetsfördelningen mellan centralsjukhusen – i synnerhet när det gäller bl.a. jourmottagningar och jouringar – och man kan även överenskomma om dessa inom och mellan samarbetsområdena. I regel ska varje centralsjukhus vara självförsörjande när det gäller personalresurserna för sina funktioner i enlighet med vad som har avtalats om dess roll och serviceutbud. Sjukhusets arrangemang för personalresurser får inte försvåra personalens tillräcklighet i andra sjukhus och inte bli oskäligt kostsamma (t.ex. oändamålsenlig användning av hyrd arbetskraft).
- I dessa sjukhus och i universitetssjukhusen är det möjligt att förbättra tillgodogörandet av den befintliga resursen genom att utvidga den elektiva diagnostik-, poliklinik- och operationsverksamheten kvällstid och på veckoslut.

3. Akutsjukhus

Vissa av de nuvarande centralsjukhusen och vissa andra sjukhus.

- Varje välfärdsområde (förutom Nyland) har ett sjukhus på akutsjukhusnivå med dygnetruntjour, dvs. ett sjukhus som har jour även nattetid, **om det i området inte** finns ett sådant centralsjukhus eller universitetssjukhus som beskrivs under punkt 1 eller 2. Sjukhusen i Nylands område ska bedömas enligt samma principer.
- Akutologisk jour dygnet runt i de nödvändiga specialområdena med betoning på de konservativa specialområdena, men vid behov även exempelvis anestesiologi, psykiatri
- Tidsberoende vård (kardiologi, neurologi), intensivövervakning, förberedelser för att flytta patienten
- I fråga om de specialområden som lämpar sig för detta ska en del av juren genomföras och vårdanvisningarna ges som distanskonsultationer inom gemensamma jouringar i samarbetsområdena eller på nationell nivå.
- Ändamålsenlig poliklinisk verksamhet under tjänstetid inom olika specialområden och som motsvarar befolkningens servicebehov
- Sådant operativt verksamhet under tjänstetid som inte förutsätter operationssalsberedskap dygnet runt för att tillgodose patientsäkerheten.
- Gränsen mellan primärvård och specialiserad sjukvård inom sjukhusvården håller på att suddas ut och förlora sin betydelse.

- Sjukhusen har **INTE** operationssalsberedskap 24/7, sköter inte förlossningar och har inte intensivvård

I arbetsgruppen finns en avvikande åsikt om definitionen av akutsjukhus och deras regionala antal. Enligt denna åsikt bör man tillåta att Lapplands välfärdsområde på vissa särskilda grunder (befolkningens servicebehov, de mycket långa avstånden, den gränsöverskridande hälso- och sjukvården och i synnerhet den relaterade beredskapen och förberedelserna i krissituationer) får upprätthålla även ett till sjukhus på högst akutsjukhusnivå utöver centralsjukhuset eller ett akutsjukhus.

4. Social- och hälsovårdscentralernas avdelningar

- Avdelningar inom exempelvis allmänmedicin eller geriatri som motsvarar befolkningens servicebehov i samband med social- och hälsovårdscentralerna
- Patientsäkerheten förutsätter inte jour dygnet runt där en läkare är på plats (nattetid) Möjlighet till distanskonsultation nattetid.
- Med hjälp av allmänläkarverksamheten kvällstid och på veckoslut på social- och hälsovårdscentralens akutmottagning kan man stödja avdelningarnas kvalitet, verkningsfullhet, effektivitet och patientsäkerhet
- Välfärdsområdet kan med stöd av sitt eget beslut upprätthålla de avdelningar som befolkningen behöver och säkerställa bland annat integrationen av social- och hälsovården.
- Social- och hälsovårdscentralerna kan med stöd av välfärdsområdenas beslut bedriva poliklinisk verksamhet inom de specialområden som motsvarar befolkningens behov samt utföra lätta ingrepp som kräver anestesi.

Välfärdsområdenas övriga social- och hälsovårdsenheter, till exempel rehabiliterings- eller undersökningsenheter, utskrivningsenheter, boendeenheter, är inte sjukhus eller avdelningar till sin definition. I dessa kan man dock ge hemsjukhusvård.