

HPär

9.9.2016

Sosiaali- ja terveysministeriö
PL 33
00023 VALTIONEUVOSTO
kirjaamo@stm.fi
timo.keistinen@stm.fi

STM 053:00/2015

LUONNOS HALLITUKSEN ESITYKSEKSI TERVEYDENHUOLTOLAIN JA SOSIAALIHUOLTOLAIN MUUTTAMISESTA, SEKÄ LUONNOS VALTIONEUVOSTON ASETUKSEKSI KIIREELLISEN HOIDON PERUSTEISTA JA PÄIVYSTYKSEN ERIKOISALAKOHTAISISTA EDELLYTYKSISTÄ

Lääkäriliitto kiittää mahdollisuudesta lausua otsikon asiasta. Lausuntokierroksella oleva kokonaisuus sisältää myös alustavan luonnoksen valtioneuvoston asetukseksi erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä. Ko. asiasta Sosiaali- ja terveysministeriö järjesti viikolla 35 laajat kuulemistilaisuudet, joissa olivat edustettuina terveydenhuollon ammattihenkilöitä edustavien järjestöjen ohella eri erikoisalaja edustavat yhdistykset ja/tai Lääkäriliiton erikoisalakohtaiset alaosastot.

Otamme tässä lausunnossa kantaa päivystyksen ja erikoissairaanhoidon keskittämiseen yleisluontoisesti, ja viittaamme lääketieteen eri erikoisalojen osalta erikoisalaja edustavien tahojen näkemyksiin. Lisäksi varaudumme ottamaan kantaa erikoissairaanhoidon toimintojen keskittämiseen myöhemmin syksyllä tulossa olevan ns. keskittämisasetuksen lausuntokierroksella.

Päivystyksen keskittäminen – leikkaustoiminta ajurina

Ehdotettavilla terveydenhuoltolain ja ns. päivystysasetuksen muutoksilla luodaan 12 laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikköä, joihin on tarkoitus keskittää päivystysaikainen leikkaustoiminta. Loput kahdeksan nykyisistä keskussairaaloista jäisi suppeamman ympärivuorokautisen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteispäivystyksen yksiköiksi, joihin puolestaan keskitetään muu leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa vaativa leikkaustoiminta. Näin kaikki operatiivinen toiminta lopetettaisiin nykyisistä aluesairaaloista ja vastaavista.

Lääkäriliiton mielestä erikoissairaanhoidon eräiden, erityisesti operatiivisten toimintojen keskittäminen onkin perusteltua niin toiminnan laadun ja osaamisen varmistamiseksi kuin terveydenhuollon kustannustehokkuuden turvaamiseksi. Haluamme kuitenkin huomauttaa, että vaikka nyt ehdotettavilla muutoksilla ollaan keskittämässä nimenomaan operatiivista toimintaa, tulevat kaavailut muutokset vaikuttamaan myös sairaaloiden konservatiiviseen toimintaan ja siten sairaaloiden koko profiiliin. Tämä on syytä ottaa huomioon erityisesti valmisteltaessa myöhemmin syksyllä lausuntokierrokselle luovuttua ns. keskittämisasetusta.

Synnytystoiminnan järjestäminen

Ehdotuksissa todetaan, että synnytystoimintaa on mahdollista toteuttaa muissakin kuin 12 laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikössä. Tällöin luonnollisesti edellytetään lastentautien, gynekologian ja anestesiologian päivystyksen järjestämistä näissä yksiköissä.

On itsestään selvää, että synnytysten keskittäminen maassamme nykyisellä väestöpohjalla vain kahteentoista yksikköön on sula mahdollisuus. Synnytystoiminnan laadukkuuden rajana käytetyn vähintäänkin tuhannen synnytysten yksikköjä on maassamme pääkaupunkiseudun ulkopuolella 16, joista Hyvinkään sairaala Uudellamaalla pääkaupunkiseudun ja Hämeenlinnan välissä. Optimaalinen synnytysyksikköjen määrä maassamme ottaen huomioon sekä keskittämisestä saatavat laatu- ja tehokkuushyödyt että saavutettavuus voisikin olla noin 15 yksikköä (laskien pääkaupunkiseudun yksiköt yhdeksi yksiköksi).

Lääkäriliitto on julkistanut keväällä 2011 oman arvionsa päivystystoiminnan järjestämisestä Suomessa (Päivystystyöryhmän loppuraportti hallitukselle 11.4.2011). Raportti on tämän lausunnon liitteenä. Raporttia valmistelleen työryhmän näkemyksen mukaan synnytystoiminnan järjestäminen on keskeinen erikoissairaanhoidon päivystysjärjestelyihin vaikuttava toiminto. Asianmukaisen synnytysturvallisuuden takaaminen puolestaan edellyttää toimintayksikköjä, joissa on välitön operatiivinen valmius. Tämä edellyttää myös teho-osastotoiminnan, verikeskustoiminnan ja päivystyksen toimintaa tukevien laboratorio- ja kuvantamispalveluiden käytettävissä oloa ympärivuorokautisesti.

Toimivan ympärivuorokautisen päivystyksen järjestämisen voi arvioida vaativan 10–12 kunkin alan erikoislääkäriä virkaa. Toiminnan kustannustehokkuus ja ammattihenkilöiden työskentelyn mielekkyys vaativat siten suhteellisen suurta päiväaikaisen toiminnan volyymiä synnyttävissä yksiköissä kaikilla keskeisillä erikoisaloilla.

Em. työryhmä arvioi, että erikoissairaanhoidon ympärivuorokautinen päivystys olisi järjestettävissä Suomessa noin 14–17 yksikössä, joissa olisi valmiudet turvalliseen synnytystoimintaan sen edellyttämine ympärivuorokautisine päivystysleikkausvalmiuksineen. Lääkäriliiton näkemyksen mukaan päivystysleikkausten keskittäminen vain 12 yksikköön ei ole perusteltua, vaan kaikissa synnytyksiä hoitavissa (arviolta yhteensä 15) sairaaloissa tulee olla valmiudet ja mahdollisuudet hätäsektioiden ohella muuhunkin päivystysleikkaustoimintaan ympärivuorokautisesti.

Ensihoitoa koskevat muutokset

Ensihoitoa koskevat muutokset liittyvät lähinnä erityisvastualueiden sisäisen ja välisen toiminnan koordinaation kehittämiseen, sekä erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen roolin vahvistamiseen ja tehtäväkuvan laajentamiseen. Muutokset ovat kannatettavia toiminnan kehittämisen ja yhdenmukaistamisen kannalta. Ensihoitokeskuksen tehtäviin voisi kuitenkin lisätä vielä velvoitteen järjestää, huolehtia ja varmistaa ensihoitohenkilökunnan jatkuva täydennyskoulutus.

Tähtäimessä tulevaisuuden palvelujärjestelmä

Uudistuksen tavoitteena, niveltyen 1.1.2019 käynnistyvään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmämme valtavaan uudistukseen, lienee – tai ainakin tulisi olla – pyrkimys rakentaa tulevaisuuteen tähtäävää kokonaisuutta. Sairaaloiden profilointi ja erilaisiin sairaalayksiköihin niiden profiilin mukaisen riittävän osaamisen, ja myös riittävän toiminnan volyymin, koostaminen on osa palvelujärjestelmämme tulevaisuuteen tähtäävää uudistusta, ja siten tarkoituksenmukaista.

Lausuntokierroksella olevissa säädösehdoituksissa pitäydytään kuitenkin 50–60 vuoden takaiseen terminologiaan ja rajataan sairaaloita niiden nykyisen ja vanhan statuksen mukaan: puhutaan keskussairaaloista ja alue-sairaaloista.

On syytä huomata, että nykyisistä sairaanhoitopiireistä ja niiden keskussairaaloista kaksi eivät muodosta tulevia maakuntia – vaikka niille onkin luvattu hallituksen linjauksissa oikeus ympärivuorokautisen päivystyksen ja siten operatiivisen toiminnan ylläpitämiseen. Toinen näistä keskussairaaloista on jo lopettanut synnytystoiminnan ja toinen valmistelee vastaavan päätöksen tekemistä, perustellusti. Samaan aikaan meillä on mm. Uudellamaalla useampikin suhteellisen laajan synnytysvolyymin aluesairaala, joissa on muutakin laajaa erikoissairaanhoidon palvelutuotantoa. Puhumattakaan Hyvinkään sairaalasta, joka ei istu käytettyyn terminologiaan ollenkaan, kun se ei ole alue- eikä keskussairaala.

Olisikin tarkoituksenmukaisempaa puhua esimerkiksi yliopistollisista sairaaloista, joihin keskitetään vaativinta myös päivystysaikaista toimintaa; synnytystoimintaa ylläpitävistä ympärivuorokautisen päivystysleikkausvalmiuden omaavista sairaaloista; päivä- ja lyhytjälkihoitoista kirurgista toimintaa harjoittavista sairaaloista, joiden päivystysvalmius määrittyy päiväaikaisen toiminnan vaatimusten pohjalta; ensisijaisesti konservatiivisia erikoissairaanhoidon palveluja tarjoavista yksiköistä, joiden keskeinen tehtävä olisi tukea perusterveydenhuollon toimintaa ja toimia myös kuntouttavina yksiköinä. Näihin viimeksimainittuihin yksiköihin tulisi harvaanasutuilla alueilla keskittää perusterveydenhuollon ympärivuorokautinen päivystystoiminta silloin, kun se palvelujen saavutettavuuden kannalta on välttämätöntä varsinaisten erikoissairaanhoidon päivystysyksikköjen ulkopuolella.

Määriteltiinpä sairaaloiden profiilit miten tahansa on muistettava, että sekä riittävän laadun että kustannustehokkaan toiminnan edellytyksenä on riittävä toiminnan volyymi. Keskittämistä ei siis voi toteuttaa vain ylöspäin yliopistosairaaloihin ja ympärivuorokautisesti päivystäviin sairaaloihin, vaan kaikille toimiville sairaalayksiköille tulee taata niiden profiilin mukainen riittävä toimintavolyymi. Voidaan puhua vaikkapa hajakeskittämisestä.

Sen lisäksi, että huolehditaan terveydenhuollon toimintayksikköjen kustannustehokkaan toiminnan edellytyksistä, on myös terveydenhuollon toiminnan kokonaistaloudellisuus muistettava. Keskittämisen vaihtoehtoiskustannus kun on matkustamiseen kuluva aika ja siitä aiheutuvat kustannukset, puhuttiinpa sitten elektiivisestä toiminnasta ja julkisten kulkuneuvojen käytöstä tai päivystykseen hakeutumisesta ja ensihoidon palveluista. Yhden ympärivuorokautisesti päivystävän ambulanssiyksikön kustannukset ovat tietojemme mukaan noin 600.000€ vuodessa!

Henkilöstön asema

Valmisteilla oleva palvelujärjestelmämme muutos, josta päivystysasetuksen ja terveydenhuoltolain käsittelyssä olevat muutosesitykset ovat ”ensiairuita”, tulee merkitsemään suurta muutosta terveydenhuollon henkilöstölle. Sairaalayksikköjen määrä vähenee ja profiili muuttuu. Vaikka mainitut muutokset kokonaisuuden kannalta ovat välttämättömiä, henkilöstön asema muutoksessa on otettava huomioon.

Muutokset tulevat merkitsemään henkilöstölle työpaikkojen ja mahdollisesti myös työtehtävien tai ainakin työnkuvien muutosta. Se saattaa edellyttää muuttamaan toiselle paikkakunnalle työn perässä, tai merkitsee työmatkojen pidentymistä. Käytännössä moni erikoislääkäri tulee jatkossa myös työskentelemään useammassa työntekemisen paikassa eri paikkakunnilla, joten muutos tarkoittaa heille jatkuvaa matkalaukkuelämää.

Henkilöstö ja sen edustajat onkin otettava mukaan muutoksen suunnitteluun ja toteutukseen niin valtakunnallisesti kuin alueellisesti. Muutoksen onnistunut läpivienti edellyttää muutostukea ja -turvaa. Muutoksiin liittyy väistämättä myös tarve käydä työmarkkinaosapuolten välillä työ- ja virkaehtosopimusten mahdollisia muutoksia koskevat neuvottelut.

Lääkärikoulutus ja lääkärin osaaminen

Erikoissairaanhoidon toimintojen ja päivystyksen keskittämällä on väistämättä vaikutuksia lääkärikoulutukseen. Erikoislääkärikoulutusta oltaneen ainakin kirurgian osalta muuttamassa siten, että runkokoulutusaikaa lyhennettäisiin ja aiempaa selvästi suurempi osa olisi erikoislääkärikoulutuksen eriytyvää vaihetta. Tämä yhdessä toimintojen keskittämisen kanssa merkitsee sitä, että pääosa kirurgian erikoislääkärikoulutuksesta tapahtuisi esityksen mukaisissa 12 laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköissä. Nykyisillä lääkäriopiskelijamäärillä tämä todennäköisesti tarkoittaisi ruuhkaa näiden sairaaloiden erikoistumisvirkoihin ja siten erikoislääkärikoulutuksen huomattavaakin pidentymistä.

Lääkärikoulutusmäärien kasvattamisen myötä myös lääkärin peruskoulutusta on viime vuosina hajautettu yliopistosairaaloista muihin terveydenhuollon toimintayksiköihin. Toimintojen keskittäminen ja sairaaloiden uudenlainen profilointi voi siten edellyttää muutoksia myös nykyiseen lääkärin peruskoulutuksen toimintamalliin.

Sairaaloiden uudenlainen profiloituminen ja toimintojen suurempi keskittäminen johtavat lääkärin työnkuvien eriytymiseen eri yksiköissä – ja sitä kautta osaamisen eriytymiseen. Suppeamman ja ”matalamman” profiilin sairaaloissa työnkuvat voivat muodostua erikoislääkäreille suppean rutiniinomaisiksi ja sairaalat siten asiantuntijoiden näkökulmasta vähemmän houkutteleviksi. Toisaalta vaarana voi ”korkean profiilin” yksiköissä olla työn vaativuuden ja kuormittavuuden kohtuutonkin lisääntyminen.

Väistämättömän muutoksen myötä onkin huolehdittava jatkuvasta osaamisen kehittämisestä eri yksiköissä. Huomiota on kiinnitettävä työn mielekkyyteen ja houkuttelevuuteen, sekä työkuormituksen hallintaan.

Sosiaalipäivystyksen integroitua terveydenhuollon päivystyksen kanssa on huolehdittava terveydenhuollon henkilöstön riittävästä sosiaalihuollon toiminnan tuntemuksesta.

Lopuksi

Lausuntokierroksella olevat säädösmuutokset liittyvät vuoden 2017 talous-arvioon. Uudistuksilla pyritäänkin merkittävään erikoissairaanhoidon kustannussäästöön, joksi vuoden 2017 osalta arvioidaan noin 80 miljoonaa euroa.

Terveystalouden kustannustehokkuuden parantaminen on kannatettava tavoite. Lääkäriliiton näkemyksen mukaan tavoitellut kustannussäästöt vaikuttavat kuitenkin lyhyellä tähtäimellä epärealistisilta, jo pelkästään suureen muutokseen liittyvän toivottavasti ”hallitun kaaoksen” vuoksi. Pitemmällä tähtäimellä merkittäviäkin kustannussäästöjä järkevästi palvelujärjestelmää kehittämällä ja tarkoituksenmukaisesti erityistason toimintoja keskittämällä voidaan toki saavuttaa.

Lausuntokierroksella olevien säädösmuutosten on tarkoitus tulla voimaan ensi vuoden alusta. On selvää, että lausuntopyynnössäkin mainittua siirtymäaika tarvitaan – luonteva siirtymäaika lienee 1.1.2019 saakka valmistelussa olevan palvelurakennemuutoksen aikataulun mukaisesti.

Kunnioittaen

SUOMEN LÄÄKÄRILIITTO ry.



Marjo Parkkila-Harju
puheenjohtaja



Heikki Pärnänen
johtaja