

**ASIAT EIVÄT OLE KOSKAAN NIIN HUONOSTI KUIN NE NÄYTTÄVÄT -
EIVÄTKÄ NIIN HYVIN KUIN NIIDEN LUULLAAN OLEVAN**

**Selvityshenkilöiden ehdotus Länsi-Pohjan ja Lapin sairaanhoitopiirien erikois-
sairaanhoidon työnjaoksi ja perusterveydenhuollon verkoksi tulevassa Lapin
maakunnassa**

Kasvatustieteen tohtori Maija Rask
Kaupunkineuvos Hannes Manninen
12.01.2018

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖLLE

Lapin maakunnassa on kaksi sairaanhoitopiiriä. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen mukaan Lapin sairaanhoitopiiriin on järjestettävä laaja ympärivuorokautinen päivystysyksikkö ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiriin tulee ylläpitää ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys siinä laajuudessa, mitä erityisvastuualueen järjestämissopimuksessa on sovittu.

Maakunta- sekä sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen esivalmistelussa neuvottelut erikoissairaanhoidon työnjaosta katkesivat, jonka seurauksena Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiriin jäsenkunnat ryhtyivät valmistelemaan erikoissairaanhoidon ja osin myös perusterveydenhuollon ulkoistamista.

Kemin ja Tornion kaupunkien sekä Keminmaan ja Simon kuntien valtuustot päättivät 13.11.2017 perustaa yhteisyrityksen Mehiläinen ryhmittymän kanssa ja hyväksyä neuvotellun palvelusopimusluonnoksen sekä valtuuttivat Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiriin tekemään hankintapäätöksen.

Sosiaali- ja terveysministeri asetti muutamia päiviä ennen valtuustojen kokousta selvityshenkilöiksi allekirjoittaneet. Päätöksen mukaan on tehtävä konkreettinen ehdotus; miten erikoissairaanhoidon työnjako on tarkoituksenmukaisinta toteuttaa Lapissa ottaen huomioon yhteistyön edellytykset ja työnjako Oys-erva - /yhteistyöalueella sekä perusterveydenhuoltoverkko. Samalla on arvioitava, mitä vaikutuksia mahdollisella laajamittaisella ulkoistamishankkeella on maakunnan järjestämistehtävän näkökulmasta.

Olemme järjestäneet/osallistuneet lukuisiin kuulemisiin ja neuvotteluihin osapuolten ja intressiryhmien kanssa. Olemme tutustuneet valmisteluasiakirjoihin, suunnitelmiin, sopimusluonnoksiin, pöytäkirjoihin, voimassaolevaan lainsäädäntöön ja asetuksiin sekä hallituksen sote-pakettiin kuuluviin lakiesityksiin sekä valiokuntien mietintöihin ja perustuslakivaliokunnan lausuntoihin.

Edellä olevan aineiston ja alueen sekä sen olosuhteiden aikaisemman tuntemuksemme perusteella katsomme, että perustuslain sosiaalisia oikeuksia ja riittäviä sekä tosiasiallisesti saatavilla olevia yhdenvertaisia palveluja koskevat säädökset edellyttävät, että Lapin maakunnassa on jatkossakin kaksi ympärivuorokautista yhteispäivystysyksikköä terveydenhuoltolain ja yhteistoiminta-alueen yhteistyösopimuksessa edellytetyssä laajuudessa. Olemme tehneet konkreettisen säädös- ja työnjakoesityksemme tältä pohjalta.

Perusterveydenhuollon verkoston osalta esitämme, että pitkien välimatkojen vuoksi jokaisessa kunnassa on oltava sote-keskus. Niiden palveluvalikoiman laajuus on kuitenkin räätälöitävä kussakin tapauksessa erikseen. Ympärivuorokautinen kiireellisen hoidon päivystysyksikkö on välttämätön Inarin kuntakeskuksessa Ivalossa kuten nykyisinkin. Sen lisäksi on oltava arki-iltoina ja viikonloppuina päivisin päivystykset Itä-Lapin ja Tunturi-Lapin seutukunnissa. Perusterveydenhuollossa hoitokriteerit on yhtenäistettävä ja erityistä huomiota on kiinnitettävä ehkäisevän terveydenhuollon toimeenpanoon käytännön tasolla.

Ulkoistamiseen liittyvä palvelusopimus on allekirjoitettu väliaikaisena 22.12.2017, koska siihen liittyvät valtuustojen ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiriin päätökset eivät ole lainvoimaisia niistä tehtyjen valitusten vuoksi. Oikeudellinen tilanne on sekava ja epävarma. Arviomme mukaan sopimukseen liittyvä tavanomaisesta käytännöstä poikkeavia sopimusehtoja ja vinoumia päätösvallassa. Siksi lainsäätäjän tulee erikseen harkita, onko tarkoituksenmukaista velvoittaa maakunnat ottamaan vastuu tällaisista sopimuksista.

Kiittäen meille osoitetusta luottamuksesta luovutamme raporttimme käyttöönne.

Helsingissä, 15. päivänä tammikuuta 2018

Maija Rask

Maija Rask

Kasvatustieteen tohtori

Hannes Manninen

Hannes Manninen

Kaupunkineuvos, hallintotieteiden lisensiaatti

SISÄLLYSLUETTELO

1. MITEN TÄHÄN ON TULTU	sivu
1.1. Historiallisesta maakuntaidentiteetistä Länsi-Pohjassa	4
1.2. Sairaanhoidon organisoitumisesta Lapissa	4
1.3. Erimielisyyksistä ennen sote-uudistusta ja uudistuksen valmistelutilanteesta	5
2. TOIMEKSIANTO JA SELVITYSTYÖN TAVOITE	7
3. ALUEEN PERUSTIEDOT JA SAIRAANHOITOPIIRIEN VERTAILUA	
3.1. Lapin maakunnan ja sairaanhoitopiirien alue, väestötiedot ja sairastavuus	8
3.1.1. Asukastiheys ja väestöllinen huoltosuhde	9
3.1.2. Sairastavuusindeksit ja elintapavertailu Lapin ja koko maan kesken	9
3.2. Lapin ja Länsi-Pohjan keskussairaaloiden vertailua	10
3.2.1. LKS:n ja LPKS:n toiminnan ja henkilöstömäärän vertailua	11
3.2.2. Sairaaloiden leikkausmäärien vertailua	12
3.2.3. Sairaaloiden talouslukujen vertailua	13
3.3. Yhteenveto sairaanhoitopiirien toiminnan suhteellisista osuuksista	14
3.4. Sairaanhoitopiirien valmius- ja varautumissuunnitelmien perusteet	14
3.4.1. Lapin varautumissuunnitelmien erityishaasteet	15
3.4.2. . Lapin ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirien valmius- ja varautumistilanne	17
4. LÄNSI-POHJAN SAIRAANHOITOPIIIRIN ULKOISTAMISHANKE	
4.1. Hankepääätös, sisältö ja laajuus	20
4.2. Rajoituslaki ja kuntien päätösten sekä hankintapäätöksen oikeudellinen tilanne	21
4.3. Ulkoistamissopimuksen arviointia maakunnan järjestämistehtävän kannalta	21
4.3.1. Sopimuksen pituus ja vaikeutetut irtisanomisehdot ongelmallisia	22
4.3.2. Yhteisyrityksen vakavaraisuus ja toimitilojen siirrot	22
4.3.3. Päätämiskorvaus epätavallisen suuri	23
4.3.4. Palvelusopimuksen huono läpinäkyvyys	23
4.3.5. Henkilöstöjärjestöjen kantoja ja huolenaiheita	24
4.3.6. Selvityshenkilöiden kokonaisarvio ulkoistamissopimuksesta	25
5. YHTEISTYÖN EDELLYTYKSISTÄ JA RATKAISUVAIHTOEHDOSTA	26
6. SELVITYSHENKILÖIDEN EHDOTUKSEN PERUSTEET	29
6.1. Lapin erityistilanteen ja -olosuhteiden huomioiminen	29
6.2. Sosiaalisten oikeuksien sekä riittävien sosiaali- ja terveystalv palvelujen turvaaminen	31
6.3. Onnettomuus-, epidemia- ja muihin erityistilanteisiin varautuminen	31
6.4. Perusoikeudet ja taloudelliset voimavarat	32
6.5. Muu säädösperusta	33
7. SELVITYSHENKILÖIDEN EHDOTUKSET	
7.1. Lapin maakunnan erikoissairaanhoidon organisatorinen rakenne	35
7.2. Erikoisalojen työnjako sairaaloiden/toimipisteiden välillä	36
7.2.1. Erikoisalat/toiminnot	36
7.2.2. Leikkaustoiminta	41
7.2.3. Erikoissairaanhoidon sairaansijat	43
7.2.4. Erikoissairaanhoidon säästömahdollisuuksista	44
7.3. Lainsäädäntömuutosehdotukset erikoissairaanhoidon osalta	45
8. PERUSTERVEYDENHUOLTO JA IKÄIHMISTEN PALVELUT	
8.1. Lähtökohdat	48
8.2. Perusterveydenhuollon päivystys, hoitoon pääsy ja vuodeosastotoiminta	49
8.3. Palvelurakennetavoite tulevaisuudessa	50
8.4. Terveystalvdenhuollon kustannukset ja terveydenedistäminen	51
LIITTEET: Lähteet ja kuulemiset	

1. MITEN TÄHÄN ON TULTU

1.1. Historiallisesta maakuntaidentiteetistä Länsi-Pohjassa

Lapinmaat (ruots. Lappmarken) on keskiajalta lähtien esiintyvä nimitys Fennoskandian pohjoisosille. Ruotsin Lapinmaat muodostuivat kuudesta historiallisesta kaupp- ja verotusalueesta mm. Kemin Lappi ja Tornion Lappi. Vuonna 1751 osa Tornion Lapista luovutettiin Norjalle ja vuonna 1775 Kemin Lapin kaakkoisosat (nykyinen Itä-Lappi ja Kolari- Rovaniemi linjan pohjoispuolinen osa) liitettiin perustettuun Oulun lääniin.

Nykyisen Suomen alueelle jääneistä osista muodostui historiallinen Lapin maakunta, joka käsittää vain nykyisen Lapin maakunnan pohjoisimman osan.

Tornio ympäristöineen aina Muonion rajaan asti olivat vuoteen 1809 saakka osa Ruotsin Länsipohjan maakuntaa (Västerbotten). Siksi aluetta Kemin ympäristö mukaan lukien kutsutaan nykyäänkin Länsi-Pohjaksi. Tästä alueesta yhdessä nykyisen Lapin maakunnan eteläosan kanssa muodostui Peräpohjola (Nordbotten), joka on historiallisen Pohjanmaan pohjoisin osa. Näistä alueista (historiallinen Lappi ja Peräpohjola) muodostettiin Lapin lääni vuonna 1938. Peräpohjolaa, johon kuului myös Rovaniemi, on välillä pidetty myös omana maakuntana.

Luontaiset kulkureitit olivat Kemijoki ja Tornionjoki, joita pitkin asioiminen tapahtui pääosin myötävirtaan. Vastavirtaan liikkuivat lähinnä lohet, kauppiat ja verottajat.

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alue on historiallisesti kuulunut useisiin maakuntiin. Myös valtioiden rajamuutokset ovat silponeet aluetta. Selkeää maakuntaidentiteettiä ei ole. Alueen rajat on määritelty lailla tai hallinnollisilla päätöksillä ja usein vastoin alueen väestön tahtoa.

1.2. Sairaanhoidon organisoitumisesta Lapissa

Lapin ensimmäinen sairaala (30 hoitopaikkaa) perustettiin Tornioon keisari Aleksanteri II:n määräyksestä vuonna 1878. Kemiin yleinen sairaala valmistui 1941. Sairaanhoidon järjestämisvastuu siirrettiin kunnille vuoden 1956 sairaalalalla. Kemin keskussairaalan kuntainliitto perustettiin vuonna 1965. Länsi-Pohjan, Alatorniolle (nykyisin Torniota) valmistui vuonna 1961 Keroputaan B-mielisairaala, jossa kehitettiin 1980-luvulla aloitettu maailmallakin tunnustusta saanut ”avoimen dialogian hoitomalli”. Pienen mielisairaalan kehittämiseen liittyen tehtiin useita väitöskirjoja.

Rovaniemellä on toiminut yleinen sairaala vuodesta 1895 alkaen. Siitä tuli Lapin lääninsairaala vuonna 1941, joka siirrettiin Lapin keskussairaalan kuntainliitolle vuonna 1965. Rovaniemellä toimi vuodesta 1952 alkaen myös Lapin lastensairaala, joka liitettiin keskussairaalan kuntainliittoon vuonna 1967. Lapin mielisairaanhoidonpiiri (käsittäen koko läänin) perustettiin 1.1.1973 alkaen jakamalla Oulun mielisairaanhoidonpiiri kahtia. Kemin ja Tornion kaupungit vastustivat rajanvetoa ja olisivat halunneet pysyä Oulun piirissä. Kaupungit valittivat päätöksestä, Kemi aina korkeimpaan hallinto-oikeuteen saakka, mutta tuloksetta.

Lappiin perustettiin vuonna 1927 Muurolan keuhkotautiparantola, jonka toimintaa ylläpiti

Peräpohjolan tuberkuloosin vastustamisyhdistys vuoteen 1943, jolloin se siirtyi kuntainliitolle. Vastuu tuberkuloosin hoidosta siirtyi 1987 keskussairaaloille, joten kuntayhtymä lakkasi.

Merkittävin muutos tapahtui vuonna 1991, jolloin sairaanhoitopiirit aloittivat toimintansa ja mielisairaanhoido siirtyi keskussairaaloitten vastuulle. Koko Lapin kattavat terveydenhuollon kuntayhtymät loppuivat lukuun ottamatta kehitysvammaisten erityishuoltopiiriä. Kemijärven aluesairaala liitettiin Lapin sairaanhoitopiiriin ja Länsi-Lapin mielisairaalan kuntainliitto Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiriin. Alkuperäisistä Kemijärven keskussairaalan kuntainliiton jäsenkunnista Pello ja Kolari ovat siirtyneet Lapin sairaanhoitopiiriin jäseniksi. Näin syntyivät Lappiin nykyiset sairaanhoitopiirit.

1.3. Erimielisyyksistä ennen sote-uudistusta ja uudistuksen valmistelutilanteesta

Lapin lääniä perustettaessa vuonna 1938 Länsi-Lapin liittämistä Lapin lääniin vastustettiin. Samoin vastustettiin Kemi-Tornio alueen liittämistä Lapin mielisairaanhuoltopiiriin. Lapin keskusmielisairaala sijoitettiin entisen Muurolan tuberkuloosisairaalan tiloihin. Tilaa oli yli oman tarpeen. Myöhemmin sinne perustettiin päihdehuollon yksikkö. Tuberkuloosin hoito siirrettiin Rovaniemelle entisen Rovaharjun B-mielisairaalan tiloihin.

Lapin mielisairaanhuoltopiiriin kuntainliiton edustajat tekivät 1970/1980-luvun vaihteessa useita ehdotuksia Keroputaan sairaalan edustajille ja myös sosiaali- ja terveysministeriölle Keroputaan sairaalan lakkauttamisesta ja toiminnan siirtämisestä Muurolan tiloihin. Samalla esitettiin vapautuviin tiloihin sijoitettavaksi Tornioon suunniteltu uusi terveyskeskus. Länsi-Pohja ja erityisesti Tornio vastustivat jyrkästi suunnitelmaa ja ryhtyivät kehittämään entistä B-mielisairaala "aluepsykiatrisen mallin" pohjalta. Tässä onnistuttiin. Jako A- ja B-mielisairaaloihin poistui vuoden 1976 mielisairaslain muutoksella.

Viimeisten vuosikymmenien aikana muun Lapin toimesta on esitetty useita kertoja sairaanhoitopiirien yhdistämistä ja ellei se onnistu, niin selkeää työnjakoa. Yhdistymistä ei ole vakavasti edes harkittu Länsi-Pohjan alueella eikä työnjaosakaan ole saatu merkittäviä tuloksia aikaan. Pääasiasiassa yritykset ovat kariutuneet samoista syistä kuin jäljempänä tulee esille. Länsi-Pohjan palveluvalikoima on toimiva kokonaisuus, josta yhden osan poistaminen aiheuttaa dominoefektin.

Selkeä maakuntaidentiteetin puuttuminen, luontaiset yhteydet Ouluun ja Kemi-Tornio alueen teollisuuskeskittymä sekä alueen asukkaiden tarvitsemat palvelut ovat keskeisiä kysymyksiä myös sote-uudistuksen suunnittelussa. Lapin maakunnan järjestämisvastuun näkökulmasta on huomioitava myös maakunnan kustantamien palvelujen rahavirtojen säilyminen maakunnan sisällä.

Uudistuksen valmistelutilanteesta

Lapin liiton johdolla on valtakunnallisen ohjeistuksen mukaan valmisteltu sote-uudistusta. Kahden sairaanhoitopiiriin välisen jännitteen vuoksi Länsi-Pohjassa on samanaikaisesti valmisteltu alueen oma sote-malli. Ensimmäinen Länsi-Pohjan sote-yhteistoiminta-alue selvitys valmistui jo 31.3.2014 (Leväsvirta, Parviainen). Tarkoituksena oli luoda oma

kuntayhtymäpohjainen sote-alue sovitettuna pääministeri Kataisen hallituksen sote-esitykseen. Pääministeri Sipilän hallituksen sote-esityslakeihin sovitettavaa mallia varten toteutettiin Länsi-Pohjan soteprojekti 1.11.2016 – 15.11.2017 (Parviainen, Sakaranaho, Haapakorva-Kallio). Tuloksena oli yksityiskohtainen Länsi-Pohjan sote-palvelujen integroitu toimintakonsepti. Projektin aikana laadittiin Länsi-Pohjan sosiaali- ja terveystieteiden järjestämissuunnitelma 2018-2025 (Parviainen, Sakaranaho, Haapakorva-Kallio, Horsma).

Koko Lapin soten suunnittelu ei edennyt Länsi-Pohjan kuntia tyydyttävällä tavalla. Siksi alueella käynnistettiin Sote Oy yhteisyrityksen perustaminen. Tätä varten kunnat ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri aloittivat hankintamenettelyn huhti-toukokuussa 2017. Osapuolten ilmoituksen mukaan tarkoituksena oli alun perin vauhdittaa neuvotteluja muun Lapin ja valtiovallan suuntaan. Kun muut eivät ottaneet uhkaa vakavasti ja alueen toimijat kokivat, että heidän esityksensä kaikuivat ”kuuroille korville”, johti se 13.11.2017 kuntien päätöksiin ulkoistamisesta ja yhteisyrityksen perustamisesta Mehiläisen kanssa.

Lapin liiton johdolla toteutettiin Lapin Sote-Savotta-hanke (Lepojärvi). Esivalmistelun edistämiseksi asetettiin Koko Lapin Sote-hanke ja sille poliittinen ohjausryhmä, johon pyydettiin kaksi edustajaa jokaisesta kunnasta. Poliittisen ohjausryhmän alaisuudessa toimi aluksi kolme alaryhmää: järjestäminen, tuotanto ja TKI. Myöhemmin perustettiin erikoissairaanhoidon alatyöryhmä pohtimaan työnjakoa.

Erikoissairaanhoidon työryhmä esitti kompromissin, joka perustui yhden sairaalan ja kahden toimipisteen mallille. Siinä säilyivät pääosin Länsi-Pohjan keskussairaalan toiminnot. Poliittinen ohjausryhmä äänesti kompromissin kumoon. Tämän jälkeen neuvotteluyhteydet katkesivat.

Länsi-Pohjan kuntien edustajat katsoivat, että poliittinen ohjausryhmä ei kokoonpanoltaan vastaa miltään osin tulevan maakuntavaltuuston koostumista ja jatkoi yhteisyrityksen valmistelua. Poliittisen ohjausryhmän toimikausi on päättynyt ja jatkossa poliittisesta ohjauksesta vastaa Lapin liitto.

Lukkiintuneessa tilanteessa muutamaa päivää ennen valtuustojen kokousta (13.11.2017) sosiaali- ja terveysministeriö asetti selvityshenkilöiksi kasvatustieteen tohtori Maija Raskin ja kaupunkineuvos Hannes Mannisen.

2. TOIMEKSIANTO JA SELVITYSTYÖN TAVOITE

Selvityshenkilöiden tehtävänä on työparina arvioida maakunnan järjestämistehtävän näkökulmasta, miten väestön sote-palvelut Lapin maakunnassa on tarkoituksenmukaisinta suunnitella. Arvioinnissa on huomioitava aikaisempien selvitysten ja kokemusten perusteella väestön palvelutarve, palvelujen yhdenvertainen saatavuus ja väestökehitys sekä terveydenhuoltolaki (1326/2010, muutokset 1516/2016) ja sen nojalla annetut valtioneuvoston asetukset erikoissairaanhoidon työnjaosta ja tehtävien keskittämisestä (582/2017), kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksestä (583/2017) sekä sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoidosta (585/2017).

Erityisesti on arvioitava, mitä vaikutuksia mahdollisella sote-palvelujen laajamittaisella ulkoistamisella olisi maakunnan järjestämisvastuun toteutumiseen huomioiden rajoituslain (548/2016) ja siihen tehtyjen muutosten vaikutukset. Selvitystyössä on kuultava sote-toimijoita, muutosjohtajia sekä sidosryhmiä erityisesti Lapin ja Länsi-Pohjan keskussairaaloiden alueella.

Selvityshenkilöiden on tehtävä konkreettinen ehdotus, miten erikoissairaanhoidon työnjako toteutetaan Lapin ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirien sairaaloiden välillä ottaen huomioon yhteistyön edellytykset, työnjako erityisvastuu (ERVA) ja tulevilla yhteistyöalueella sekä perusterveydenhuollon toimipaikkaverkko. Samoin on selvitettävä, miten valmiudesta ja varautumisesta huolehditaan.

3. ALUEEN PERUSTIEDOT JA SAIRAANHOITOPIIRIEN VERTAILUA

3.1. Lapin maakunnan ja sairaanhoitopiirien alue, väestötiedot ja sairastavuus

Lapin maakunnan asukasluku noin 180 000 on 11. suurin eli 7 maakuntaa on asukasluvultaan pienempiä. Pinta-ala 92 674 neliökilometriä on lähes kolmannes koko Suomen pinta-alasta. Lappi on lähes kolme kertaa niin suuri kuin toiseksi suurin maakunta, Pohjois-Pohjanmaa. **Lappi on pinta-alaltaan yhtä suuri kuin Uusimaan, Varsinais-Suomen, Satakunnan, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen, Kanta-Hämeen, Kymenlaakson, Etelä-Karjalan, Etelä-Savon ja Keski-Suomen maakuntien pinta-alat yhteensä (10 maakuntaa).** Yksistään Inarin kunta on suurempi kuin Uusimaa ja Päijät-Häme yhteensä.

Lapin sairaanhoitopiiriin kuuluu viisitoista kuntaa, joissa asui vuoden 2016 lopussa 117 703 ihmistä. Lapin sairaanhoitopiirin pienin kunta on Pelkosenniemi 951 asukkaalla ja suurin Rovaniemi, jossa asuu 62 231 ihmistä. Lapin sairaanhoitopiirin kunnista on väkimäärä kasvanut vertailuvälillä 2015 – 2016 prosentuaalisesti eniten Rovaniemellä ja Enontekiöllä (molemmissa 0,6%). Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiriin kuuluu kuusi kuntaa ja 62 504 asukasta. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä ja koko Lapissa eniten (3,0%) asukkaitaan menettänyt kunta oli Tervola.

Taulukko 1. Koko maan, Lapin, Lapin sairaanhoitopiiriin, Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiriin ja Lapin kuntien tiedot väkiluvuista (31.12.2016), asukastiheyksistä (2016), taajama-asteesta (2016), huoltosuhteesta (31.12.2016) sekä THL:n ikävakioidusta ja ikävakiomattomasta sairastavuusindeksistä, vuosilta 2012 – 2014. Tilastokeskus

	Väkiluku	Asukastiheys km ²	Taajama- aste	Huolto- suhde	Sair.indeksi ikävakioitu	Sair.indeksi vakioimaton
Koko maa	5503297	18,1	85,6	59	100	100
Lappi	180207	1,9	77,4	65,1		
Lshp	117703	1,4	73,6	74		
Enontekiö	1872	0,2	29,7	60	88	102,5
Inari	6825	0,5	65,7	58	105,8	118,1
Kemijärvi	7661	2,2	69,9	84	105,7	128,5
Kittilä	6383	0,8	57,2	57	108,5	113,1
Kolari	3827	1,5	48,8	66	97,7	109,5
Muonio	2350	1,2	50,1	68	99,5	108,3
Pelkosenniemi	951	0,5	37,7	73	133,9	166,9
Pello	3565	2,1	52,5	85	121,7	154,1
Posio	3424	1,1	39,3	80	141,7	171,7
Ranua	4023	1,2	50,1	78	132,1	147,8
Rovaniemi	62231	8,2	89,7	53	104,2	102,8
Salla	3653	0,6	46,4	81	120,7	148,8
Savukoski	1044	0,2	40	71	132,7	154,1
Sodankylä	8653	0,7	64	64	117	129
Utsjoki	1241	0,2	26,8	72	114,7	127,1
Lpshp	62504	9	84,6	72		
Kemi	21602	226,5	99,5	64	150,7	161,5
Keminmaa	8316	13,3	89,2	66	118,4	124,5
Simo	3170	2,2	53,6	80	142	168,5
Tervola	3099	2	39,6	79	133,9	147,5
Tornio	22117	18,6	86,3	63	106,6	108,7
Ylitornio	4200	2,1	46,3	81	123,9	145,9

3.1.1. Asukastiheys ja väestöllinen huoltosuhde

Suomen pinta-alasta 303 912,28 neliökilometriästä Lapin osuus on 92 674 km². Koko Suomen asukastiheys on 18,1 ihmistä neliökilometrillä, Lapissa se on 1,9. Lapin sairaanhoitopiirin väestötiheys on 1,4 asukasta ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin 9,0 asukasta neliökilometrillä.

Lapin pinta-alaltaan suurimmat kunnat ovat Inari (15 055,11 km² ja Sodankylä (11 691,71 km²) ja pienin on Kemi 95,37 km². Kemi poikkeaa väestötiheydeltään (226,5 as/km²) täysin muusta Lapista. Seuraavaksi tiheimmin asutut kunnat ovat Tornio (18,6 as/km²) ja Keminmaa 13,3 (as. km²). Rovaniemen asukastiheys on 8,2 km². Harvimmin asutut kunnat ovat Enontekiö, Savukoski ja Utsjoki 0,2 asukasta neliökilometrillä.

Tilastokeskuksen mukaan taajamaksi kutsutaan asutus- ja rakennustihentymää. Taajamassa tulee olla riittävän tiheä rakennuskanta, rakennusten kerrosalამäärä ja ainakin 200 asukasta. Suomen taajama-aste on 85,6% ja Lapin 77,4%. Lapin sairaanhoitopiirin taajama-aste on 73,6% ja Länsi-Pohjan 84,6%.

Väestöllisellä huoltosuhteella ilmaistaan alle 15-vuotiaiden ja 65 vuotta täyttäneiden määrää sataa työkäistä kohden. Mitä korkeampi luku, sitä suurempi huoltovastuu työssäkäyvillä on. Suhdeluvun heikkoutena on, että harva 15 – 18-vuotias on työssä vakituisesti ja moni jää eläkkeelle jo alle 65-vuotiaana. Lisäksi osa työkäisistä on työttömänä, osa opiskelee, osa on varhaiseläkkeellä tai muuten vain kotona. Yhteiskunnan työnjakotaakkaa arvioidaan myös vanhus- ja lapsihuoltosuhteella sekä taloudellisella huoltosuhteella. Tässä esityksessä nojaututaan väestölliseen huoltosuhteeseen.

Kaija Ruotsalainen (stat.fi) toteaa, että vanhusväestön kasvu nostaa tulevaisuudessa väestöllistä huoltosuhdetta. Ennusteen mukaan huoltosuhteen arvioidaan vuonna 2020 olevan 62,8 ja vuonna 2030 hieman yli 70. Tämän perusteella työkäisen väestön osuus pienenee nykyisestä (2013) 65 prosentista alle 60 prosenttiin. Nämä ennusteet ovat vuodelta 2012.

Viime vuoden lopussa valtakunnallinen huoltosuhde oli 59. Lapin sairaanhoitopiirin alueella se oli 72 ja Länsi-Pohjan alueella 74. Lapin kuntien raskain huoltosuhde 85 oli Pellossa ja matalin Rovaniemellä 53.

3.1.2. Sairastavuusindeksit ja elintapavertailu Lapin ja koko maan kesken

THL:n sairastavuusindeksi koostuu sairastavuuden yleisindeksistä ja seitsemästä sairauskohtaisesta indeksistä, jotka ovat syöpäsairaudet, sepelvaltimotauti, aivoverisuonisairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, mielenterveydenhäiriöt, tapaturmat ja dementia. Indeksissä lueteltujen sairausryhmien yleisyyttä painotetaan sillä perusteella, mikä on sairausryhmän merkitys väestön kuolleisuuden, työkyvyttömyyden, elämänlaadun ja terveydenhuollon kustannusten kannalta. Sairausryhmäindeksit kuvaavat sairauksien yleisyyttä ikäryhmässä suhteessa koko maan samanikäisen väestön sairastavuuteen (koko maa=100).

Lapissa korkein ikävakioidu THL:n sairastavuusindeksi vuosina 2012-2014 oli

Kemissä 150,7. Seuraavina ovat Simo 142 ja Posio 141,7. Rovaniemen kaupungissa sairastavuusindeksi on lähellä koko maan arvoa 104,2 ja Kemijärvellä 105,7 sekä Torniossa 106,6. Alhaisimmat sairastavuusindeksit ovat Enontekiöllä 88,0, Kolarissa 97,7 ja Muoniossa 99,5.

Lapin korkeimmat ikävakioimattomat THL:n sairastavuusindeksit (2012-2014) olivat Posiolla 171,7, Simossa 168,5, Pelkosenniellä 166,9 ja Kemissä 161,5. Rovaniemen indeksi on 102,8, Tornion 108,7 ja Kemijärven 128,5. Kohtalaisen alhaiset ikävakioimattomat sairastavuusindeksit Lapissa ovat Muoniossa 108,3 ja Kolarissa 109,5. Alhaisin on Enontekiöllä 102,5.

Elintapavertailu Lappi ja Suomi

Elintapojen vertailu 20-64-vuotiaiden välillä Lapissa ja koko maassa vuosina 2015 ja 2016 osoittaa, että Lapissa tarvitaan toimia ennen kaikkea terveyden edistämiseen. Päivittäin tupakoivien %-osuus Lapissa oli 22,4% kun koko maassa tupakoi 14,3%. Alkoholia liikaa käyttävien osuus oli Lapissa lähes 39% koko maan luvun ollessa 32,6%. Lihavia lappilaisia (BMI 30 tai yli) oli 21,7% ja koko maassa 18,8%. Vapaa-ajan liikuntaa harrastamattomien osuus Lapissa oli 22,3% kun se muualla oli 18,1%. Niukasti tuoreita ja kypsennettyjä kasviksia käyttäviä oli Lapissa lähes kolmannes väestöstä, koko maan luku oli 21,4%. Ainoa asia, joka Lapissa oli selvästi koko maata paremmalla tolalla oli kannabiksen käytön vähyys. Viimeisen 12 kuukauden aikana vuonna 2016 oli käyttäjiä Lapissa 0,6% ja muualla 3,9%. (Hyvinvointikompassi.fi)

Vammojen ja myrkytysten vuoksi sairaalassa hoidettuja/10 000 kohti oli vuonna 2016 Lapissa 187,5 ja koko maassa 144. Sepelvaltimotautitapahtumat 35-79-vuotiaista/100 000 kohti vuonna 2013 olivat Lapissa 542 ja koko maassa 436. (Hyvinvointikompassi.fi)

3.2. Lapin ja Länsi-Pohjan keskussairaaloiden vertailua

Lapin ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirit kuuluvat maamme viidestä erityisvastuualueesta OYS-ervaon, johon kuuluu 68 kuntaa, eniten Suomessa. Muut OYS-ervan sairaanhoitopiirit ovat Pohjois-Pohjanmaa, Kainuu ja Keski-Pohjanmaa. Asukasluvultaan OYS-erva on maamme pienin, 741 950 asukasta, mutta pinta-alaltaan ehdottomasti laajin. (Kuntaliitto 2017)

Vuoden 2016 toimintakertomuksissa molempien sairaanhoitopiirien johtajien katsauksissa todetaan valmistautumisen maakunta- ja sote-uudistukseen vaatineen paljon aikaa. Riskinä pidetään, että maakuntauudistus ja valinnanvapaus toteutuvat, mutta sotella ei saavuteta sille asetettuja tavoitteita. Yhteistyöstä sairaaloiden kesken toteaa Jari Jokela: ”Lapin ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirien yhteistyö- ja työnjakokeskustelua käytiin vuoden mittaan, mutta ilman konkreettisia tuloksia”. (Sairaanhoitopiirien toimintakertomukset 2016)

Sairaanhoitopiirien vertailusta tehtävissä johtopäätöksissä on oltava varovainen. Erityisesti verrattaessa erikokoisia ja rakenteeltaan erilaisia sairaanhoitopiirejä. Suurten kaupunkien terveyskeskuksissa ja kuntien organisoimissa aluesairaaloissa on erikoislääkärijohtoisia toimintoja, jotka kirjautuvat pienissä sairaanhoitopiireissä niiden toimintalukuihin. Näistä syistä vertailu valtakunnan keskiarvoon ei anna aina läheskään oikeaa kuvaa tilanteesta.

3.2.1. LKS:n ja LPKS:n toiminnan ja henkilöstömäärien vertailua

Taulukko 2. Lapin keskussairaalan ja Länsi-Pohjan keskussairaalan toiminnan vertailulukuja 31.12.2016. Kuntaliitto.

	LKS	L-PKS
Asukasluku	117703	62504
Asiakkaat	44195	33152
Kaikki käynnit yhteensä	170996	146661
Ensikäynnit	27127	14459
Päivystyskäynnit	15386	24740
joista 22 - 07	4009	3370
Päivystyssidänsänotot	12032	7470
joista 22 - 07	-	2390
Lähetteet yhteensä	37704	21647
joista terveyskeskusläheteitä	22889	11697
joista yksityislääkäreiden läheteitä	8270	4125
Hoitojaksot	18928	11185
Hoitopäivät	79962	41899
Sairaansijat	288	119

Lapin keskussairaala on lähes kaikilla mittareilla Länsi-Pohjan keskussairaala suurempi. Vertailutaulukosta näkyy, että ainoastaan päivystyskäyntejä on LPKS:ssa enemmän kuin LKS:ssa. LPKS:n ylilääkäri Paavo Uusimaa (19.12.2017) arvioi, että kyse on erilaisesta tilastointitavasta akuuttiklinikan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kesken. LPKS:ssa ei enää erikseen tilastoida päivystysaikaan ”samasta ovesta” tulevia. Päiväaikaan terveyskeskusläheteellä tulevat menevät hekin samaan tilastoon.

Taulukko 3. LKS:n ja LPKS:n henkilöstön vertailutaulukko 31.12.2016
(2017, Kuntaliitto)

	LKS	LPKS
KOKO HENKILÖKUNTA	1973	1006
vakinaiset	1487	803
vakanssit	1653	812
täyttöaste	90,00%	99,00%
LÄÄKÄRIT	178	94
vakinaiset	91	50
vakanssit	162	90
täyttöaste	56,00%	56,00%
ERIASTEISET SAIRAANHOITAJAT	940	500
vakinaiset	740	416
vakanssit	789	376
täyttöaste	94,00%	111,00%
MUUT HOITOHENKILÖT	180	117
vakinaiset	143	94
vakanssit	144	97

täyttöaste	99,00%	97,00%
TUTKIMUS- JA HOITOHENKILÖT	236	36
vakinaiset	182	32
vakanssit	198	33
täyttöaste	92,00%	97,00%
TUTKIMUSTA JA HOITOA AVUSTAVAT	49	100
vakinaiset	36	83
vakanssit	43	81
täyttöaste	84,00%	102,00%
HUOLTOHENKILÖT	249	104
vakinaiset	204	83
vakanssit	218	90
täyttöaste	94,00%	92,00%
HALLINTO- JA TALOUSHENKILÖT	141	55
vakinaiset	91	46
vakanssit	99	45
täyttöaste	92,00%	101,00%

Lääkärtilanne on molemmissa sairaaloissa haavoittuva. Erikoislääkäreistä on jatkuva pula. Esimerkiksi LKS:ssa silmälääkäripula vaikeutui 2015 ja lääkäryö piti tilapäisesti ulkoistaa. Lapissa on vakansseja 162 ja vakinaisesti täytettynä 91, Länsi-Pohjassa vakansseja on 90, joista täytettynä 50. Erikoistuvia lääkäreitä on molemmissa sairaaloissa lähes yhtä monta noin 20. Työmatka Oulun seudulta Kemiin on yli 100 kilometriä lyhyempi kuin Rovaniemelle. LPKS:n lääkäreistä 43 prosenttia asuu Oulun seudulla. (NHG:n raportti, LKS:n tilinpäätös ja toimintakertomus 2016)

Tutkimus- ja hoitohenkilökunnan määrät ovat hyvin erisuuruiset sairaanhoitopiireissä, Lapissa 236 henkeä ja Länsi-Pohjassa 36 ihmistä. Tutkimusta ja hoitoa avustavat henkilöluvut ovat päinvastaiset; Lapissa heitä on 49 ja Länsi-Pohjassa 100. Kysymys on toimintatapojen erilaisuudesta ja työnjaosta.

3.2.2. Sairaaloiden leikkausmäärien vertailua

Taulukko 4. Leikkaustoiminnan vertailua LKS:n ja LPKS:n kesken vuonna 2016, lähde Kuntaliiton sairaanhoitopiirien tilastot

	LKS	LPKS
Leikkaukset yhteensä	8109	6440
elektiiviset	6285	5408
päiväkirurgiset leikkaukset	3834	3721
Päivystyskirurgisten leikkausten %-osuus kaikista	21,10%	16,00%
22 – 07 aloitetut %-osuus kaikista	6,50%	12,30%
Leikkausten jakautuminen erikoisaloittain		
Naistentaudit ja synnytykset	653	580
joista päivystysleikkausten %-osuus	21,60%	16,70%
joista 22 – 07 aloitetut %-osuus	32,60%	21,60%
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	443	739
Silmätaudit	1096	860
Suu- ja leukakirurgia	581	201
Plastiikkakirurgia	473	30
Lastenkirurgia	254	274

Neurokirurgia	-	25
Kaihileikkaukset	841	715
Lonkan ja polven tekonivelleikkaukset	600	325
Sepelvaltimotutkimukset ja toimenpiteet		
Angiografiat	1092	370
joista päivystyksen %-osuus	37,10%	46,20%
Pallolaajennukset	430	119
joista päivystyksen %-osuus	53,50%	68,10%
Synnytykset	1034	546
joista keisarinleikkauksia	128	76

Korva-, nenä- ja kurkkuleikkauksia on poikkeuksellisesti LPKS:ssa (739) enemmän kuin LKS:ssa (443), lasten kirurgiset operaatioita on vähän enemmän LPKS:ssa kuin LKS:ssa. Myös kaihileikkauksia on LPKS:ssa suhteellisesti LKS:aa selvästi enemmän.

3.2.3. Sairaaloiden talouslukujen vertailua

Taulukko 5. LKS:n ja L-PKS:n toimintatuottojen ja -kuluja vertailua vuoden 2016 luvulla. Lähde Kuntaliiton tilastot sairaanhoitopiireistä

	LKS	LPKS
TOIMINTATUOTOT	193,73 M€	109,86 M€
myyntituotot jäsenkunnilta	164,94 M€	97,04 M€
tuotot ulkokunnilta	4,66 M€	1,78 M€
maksutuotot	6,77 M€	4,43 M€
TOIMINTAKULUT	183,10 m€	105,12 M€
henkilöstökulut	96,33 M€	55,75 M€
palvelujen ostot	56,46 M€	35,22 M€
aineet ja tarvikkeet	26,33 M€	12,64 M€
apteekkitarvikkeet	8,88 M€	4,15 M€
hoitotarvikkeet	7,8 M€	4,3 M€
Toimintakulujen sisäinen jakauma %-osuuksin		
henkilöstökulut	52,60%	53,00%
ostopalvelut	30,80%	33,50%
aineet ja tarvikkeet	14,40%	12,00%
muut kuin edellä mainitut	2,20%	1,40%
INVESTOINTIMENOT	15,43 M€	3,71 M€
rakennukset	12,61 M€	1,65 M€
kiinteät rak. laitteet	-	0,13 M€
irtain	1,18 M€	1,22 M€
tietohallinta	1,49 M€	0,71 M€
ENSIHOITO nettotoim. menot	11,26 M€	5,11 M€

Molemmissa sairaaloissa suurin kuluerä ovat henkilöstömenot, noin puolet varoista menee henkilöstön palkkaamiseen.

Edellä olevien Kuntaliiton lukujen perusteella myyntituotot jäsenkunnilta asukasta kohden olivat Lapin sairaanhoitopiirissä 1401,2 € ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä 1552,5 €. Toimintakulut asukasta kohden Lapin sairaanhoitopiirissä olivat 1555,5 € ja Länsi-Pohjassa 1681,8 €. Laskettaessa toimintakulut asiakasta kohden niin Lapin sairaanhoitopiirissä summa oli 4143 € ja Länsi-Pohjassa 3170,8 €.

3.3. Yhteenveto sairaanhoitopiirien toiminnan suhteellisista osuuksista

Taulukko 6. LKS:n ja LPKS:n prosentuaalisten osuuksien vertailu eräiden muuttujien ja toimintojen välillä, Kuntaliitto

	LKS	L-PKS
Asukkaat	65 %	35 %
Sairaansijat	71 %	29 %
Hoitopäivät	66 %	34 %
Päivystyskäynnit	38 %	62 %
Päivystyssiisäännotot	62 %	38 %
Henkilökunta	66 %	34 %
Lääkärit	65 %	35 %
Leikkaukset yhteensä	56 %	44 %
Korva- nenä ja kurkkuleikkaukset	38 %	62 %
Silmäleikkaukset	56 %	44 %
Lastenkirurgia	48 %	52 %
Kaihileikkaukset	54 %	46 %

Taulukko osoittaa, että LSHP:ssä on sairaansijoja suhteellista asukasluukuosuutta enemmän. Päivystyskäyntien ja –sisäänottojen kirjaustapa on selvityksemme mukaan erilainen, joten ne eivät ole vertailukelpoisia. **Leikkausten määrät Länsi-Pohjassa ovat selkeästi asukasluukuosuutta suuremmat. Pääasiallinen syy lienee erikoislääkäreiden suhteellisesti parempi saatavuus, koska Kemi on lähempänä Oulua, josta 43 % lääkäreistä kulkee päivittäin yli 200 kilometrin työmatkan. Alihankintaleikkauksia lienee Kemissä myös enemmän. Nämä kaikki tekijät tulee huomioida suunniteltaessa työnjakoa sairaaloiden välillä. Taulukko kumoaa niitä perusteita, joilla Länsi-Pohjan toimintavolyymin suurta supistusta perustellaan erityisesti mittavilla kustannussyillä.**

3.4. Sairaanhoitopiirien valmius- ja varautumissuunnitelmien perusteet

Maailman terveysjärjestö WHO, EU ja Euroopan tautien ehkäisy- ja torjuntakeskus ovat kehottaneet jäsenmaita päivittämään pandemian ja polion varautumissuunnitelmat. Suomen kansallinen pandemian varautumissuunnitelma on päivitetty 2012. Sosiaali- ja terveysministeriö on velvoittanut sairaalat, terveyskeskukset ja kunnat/kuntayhtymät päivittämään influenssa-pandemiaan varautumisen suunnitelmat 30.6.2013 mennessä. Tärkeitä varautumiskohteita ovat myös hybridiuhkiin ja tietoverkkojen toimivuuteen liittyvät asiat. Niitä ei tässä esityksessä ole käsitelty.

Päivitystyössä tuli huomioida yhteistyö ja lisätarpeet pandemiatilanteessa yksityissektorin ja vapaaehtoisjärjestöjen kanssa. Yksityissektorilla ei ole samanlaista lakisääteistä veloitetta varautua poikkeuksellisiin oloihin kuin julkisella sosiaali- ja terveydenhuollolla (STM:n julkaisu 2012:9, 102). Asia on kirjattu Länsi-Pohjan keskussairaalan ja Mehiläisen yhteisyrityssopimukseen.

Varautumissuunnitelman tavoitteena on rajoittaa pandemian väestön terveydelle koituvia haittoja ja turvata yhteiskunnan toimintojen jatkuvuus mahdollisimman hyvin. Suunnitelma sisältää:

- 4) Suomen oloihin soveltuva kuva pandemian kehittymisestä ja sen
- 5) terveydellisistä, yhteiskunnallisista ja taloudellisista vaikutuksista
- 6) torjuntaan käytettävät keinot
- 7) eettiset erityiskysymykset
- 8) terveydenhuollon organisaatioiden vastuualueet ja erityisjärjestelyt
- 9) varautumisen materiaaliset tarpeet
- 10) rokotusten käytännön toteutus
- 11) eri hallinnonalojen yhteistyö
- 12) pandemian aikaisen organisoinnin erityispiirteet, viranomaisten välinen tiedonkulku ja viestintä väestölle.

(Kansallinen pandemian varautumissuunnitelma 2012)

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) määrää sairaanhoitopiirit vastaamaan alueellaan ensihoidosta ja suuronnettomuustilanteista. Lain 40§:n mukaan ensihoitopalveluun kuuluu:

- 1) äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan kiireellinen hoito ensisijaisesti terveydenhuollon hoitolaitoksen ulkopuolella lukuun ottamatta meripelastuslaissa (1145/2001) tarkoitettuja tehtäviä ja tarvittaessa potilaan kuljettaminen lääketieteellisesti arvioiden tarkoituksenmukaisimpaan hoitoyksikköön;
- 2) tarvittaessa potilaan, hänen läheisensä ja muiden tapahtumaan osallisten ohjaaminen psykososiaalisen tuen piiriin.
- 3) osallistuminen alueellisten varautumis- ja valmiussuunnitelmien laatimiseen suuronnettomuuksien ja terveydenhuollon erityistilanteiden varalle yhdessä muiden viranomaisten ja toimijoiden kanssa.
- 4) virka-avun antaminen poliisille, pelastusviranomaisille, rajavartiolaitosviranomaisille ja meripelastusviranomaisille niiden vastuulla olevien tehtävien suorittamiseksi.

3.4.1. Lapin sairaanhoitopiirien varautumissuunnitelmien erityishaasteet

Lapin sairaanhoitopiirin pelastus- ensihoito- ja palveluhaasteet johtuvat pitkistä etäisyyksistä, pohjoisesta ympäristöstä, harvasta asutuksesta, ikääntyneestä väestöstä ja lisääntyvästä turismista. Osuvasti laajan Lapin tilannetta kuvaa LKS:n ylilääkäri Jukka Mattila (sähköposti 18.12.2017). ”Alueella on 24 ambulanssia. Kuntaliiton selvityksen mukaan väestöön suhteutettuna niitä on 8 kertaa enemmän kuin HUS:n alueella, mutta jos ambulanssimäärä suhteutetaan pinta-alaan niin HUS:n alueella on 106 kertaa niin paljon ambulansseja kuin Lapissa”.

Lapin matkailu

Lisääntyvät matkailijamäärät on mieluisa tosiasia, mutta tämä vaatii terveydenhuollolta valmiutta ja varautumista. Vuonna 2016 Lapissa oli 2 666 850 rekisteröityä yöpymistä ja alkuvuodesta (tammi-lokakuu) 2017 yöpyjiä oli jo 2.263.993. Esimerkiksi Inarin kunnassa, jossa sijaitsee Saariselkä, asuu 6826 ihmistä. Saariselällä oli vuonna 2016 joulukuussa 73 366 rekisteröityä yöpymistä. Kun luku jaetaan keskimääräisellä viipymällä (2,5 vrk) arvio Saariselän matkailijamäärästä joulukuussa oli 29 346 turistia.

Inarin väkimäärään suhteutettuna matkailijoita oli yli nelinkertaisesti kunnan väkilukuun nähden. Kittilässä vastaava matkailijamäärä oli 5,6-kertainen. Lapin yöpymisistä vain puolet (Lapissa käytetään yleisesti laskukaavaa niin, että 1/3 on vain rekisteröinnin piirissä) ovat rekisteröityjä. Voimakkaasti lisääntynyt jakamistalouden majoitusilmiö, mm. Airbnb-toiminta ei ole mukana luvuissa. Yhteenvetona voi arvioida, että Lapin väestömäärä

nelinkertaistuu matkailusesongin huippukuukausien aikana. (Luiro 22.12.2017, Jänkälä 3.1.2018)

Meri-Lapin rekisteröidyt yöpymiset Kemi-Tornio alueella vuonna 2016 olivat 135 164. Kansainvälisiä yöpymisiä tammi-lokakuussa 2017 oli Kemissä 25 666. (Ruokamo 22.12.2017, Leinonen 22.12.2017)

Meri-Lapin teollisuus

Meri-Lapin elinkeinorakenne poikkeaa muusta Lapista. Alueella on useita suuria teollisuuden tuotantolaitoksia. Torniossa Outokummun terästehdas, Kemissä sijaitsevat metsäteollisuuslaitokset Stora Enso, Metsä Group ja Botnia Mill Service. Keminmaassa sijaitsee Elijärven kromikaivos. Torniossa on Röyttän satama LNG-laitoksineen ja Kemissä Ajoksen satama öljyvarastoineen. Kaikki nämä ovat niin sanottuja Seveso-kohteita.

Outokummun Tornion terästehtaalla, satamassa ja Elijärven kaivoksella työskentelee reilusti yli 2000 ihmistä ja kesäaikana lomittajia on 400 -500 henkilöä. Henkilöstön määrää kuvaa se, että Lapissa on neljä kuntaa, joiden asukasluku on alle 2000. (Auvinen 4.12.2017)

Kemissä Stora Enson tehtailla työskentelee lähes 900 työntekijää (Mäkimattila 4.12.2017). Kemin Metsä Groupin henkilöstömäärä on 260 ja Botnia MillServicen 170 työntekijää (Kankaanpää, Kylmälä 18.12.2017). Yhteensä työntekijöitä näissä kolmessa tuotantolaitoksessa, joissa tuotetaan Suomen kokonaisviennistä noin 8 prosenttia, on yli 3500. Tämän lisäksi Ajoksen satamassa työskentelee Kemi Shippingin palveluksessa 120 työntekijää (Leppälä 9.1.2018) ja muissa satama-alueen työpaikoissa noin 50 työntekijää (Rantsi 9.1.2018). Kaikkiaan Meri-Lapin alueella on lähes 5000 teollista työpaikkaa. Alue on maamme teollistuneimpia alueita.

Meri-Lapin erityisluonnetta korostaa se, että alueella on maakunnan yhdeksästätoista ns. Seveso-kohteesta (joihin tulee laatia ns. ulkoinen pelastusuunnitelma) kymmenen. Kyse on paloherkistä ja räjähdysvaarallisista kohteista. Jokaisessa kohteessa harjoituksia tulee järjestää kolmen vuoden välein, joten kohteiden suuren määrän vuoksi Seveso-kohteissa harjoitellaan onnettomuuksien varalle 2-3 kertaa vuodessa. Ainakin kerran vuodessa harjoituksen aiheena on ns. "monipotilastilanne". Seveso-kohteita ovat tehtaot, kaivokset ja puolustusvoimien kohteet sekä satamat, joissa on vaarallisten aineiden varastoja. (Soppela 20.12.2017)

Liikenne

Meri-Lapin läpi kulkee runsaasti kemikaalikuljetuksia, "myrkkyyrekkoja" joiden vaarallisuutta ei tietenkään haluta korostaa, mutta ne ovat arkipäivää (Soppela 20.12.2017). Maantieliikenne Ruotsiin (molempiin suuntiin rajan yli) on tältä osin vilkasta. Muutenkin maantieliikenne Lappiin kulkee pääosin Kemi-Tornion kautta.

Liikennetilaston (2016) mukaan Oulu – Kemi – Tornio välillä kulkee 12 000 – 40 000 autoa vuorokaudessa. Kemi -Rovaniemi välillä autotiheys vuorokaudessa on 3000 – 6000 ajoneuvoa. Rovaniemi – Inari välin ajoneuvotiheys on 1000 – 3000 ajoneuvoa vuorokaudessa. (Liikenneviraston tilasto 2017) Lapin ainoa moottoritie kulkee Kemistä Tornioon. Liikenneviraston 23.11.2017 julkaiseman tiedotteen mukaan moottoritiet ovat huonolla kelillä vaarallisempia kuin muut maantiet

4.3.2 Lapin ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin valmius- ja varautumistilanne

Lapin sairaanhoitopiiri

Lapin sairaanhoitopiirillä on ajantasaiset toimintaohjeet niin suuronnettomuustilanteita kuin influenssapandemiaakin varten. Suuronnettomuusharjoitukset pidetään noin kerran vuodessa joko virtuaalisena tai osittain virtuaalisena. Osittain eri osa-alueilla pidetään käytännön harjoituksia. (LKS:n toimintaohje suuronnettomuustilanteessa, 6)

Lapin sairaanhoitopiirin ensihoidon ylikääkäri Antti Saari 16.12.2017 toteaa seuraavaa: ”Alueen ensihoidon resurssit ovat yksikkö- ja henkilöstömäärältään väestöpohjaan, muun maan tasoon suhteutettuna runsaat lakisääteisen tasavertaisuuden toteutumiseksi. Maantieteeltään poikkeuksellisissa olosuhteissa korostuu ensihoitopalvelun kenttäjohdon resurssijohto, yhteistyö rajanaapureiden ja muiden viranomaisten kanssa. Ensivastepalvelu toteutetaan pääasiassa pelastuslaitoksen toimesta.

Mahdollisissa suuronnettomuuksissa toimitaan valtakunnallisesti yhtenevin periaattein yhteistyössä muiden sairaanhoitopiirien kanssa ja tarvittaessa Barentsin alueen yhteistyösopimuksen mukaisesti rajanaapuriensa kanssa. Suuronnettomuuksissa sairaala on varautunut laajentamaan toimintaansa oman suunnitelmansa mukaisesti.

Sairanhoitopiiri osallistuu poikkeusoloja koskeviin harjoituksiin yhdessä muiden viranomaisten kanssa. Sairanhoitopiiri varautuu lääkkeiden ja hoitotarvikkeiden suhteen velvoite- ja huoltovarmuuskeskuksen varastoin mahdollisiin kriisitilanteisiin.”

Lappi houkuttelee runsaasti turisteja. Jos onnettomuudessa on uhrien joukossa ulkomaalaisia niin sairaalaan hälytetään turistikokousohje (LKS:n toimintaohje suuronnettomuustilanteessa, 34). Valtakunnan rajan ylittävää pelastusyhteistyötä tehdään Norjan, Ruotsin ja Venäjän kanssa. Vuosittain rajat ylittäviä yhteistyötehtäviä LKS:n alueella on yli viisikymmentä.

Helikopteritoiminnasta

Suomessa toimii lääkärihelikopterijärjestelmä FinnHEMS. Sillä on tukikohdat Vantaalla, Oulussa, Turussa, Tampereella, Kuopiossa ja Rovaniemellä. Näistä tukikohdista helikopteri saavuttaa 30 minuutissa hälytyksestä noin 70 prosenttia avuntarvitsijoista eri puolilla maata. Rovaniemen lääkintähelikopteri tavoittaa puolen tunnin sisällä hälytyksestä Rovaniemen lisäksi Tervolan, Pellon, Kemijärven ja Sodankylän. Hälytyksiä tulee noin viisi vuorokaudessa, vuodessa noin 1900. Hälytyksen syynä on useimmiten aivohalvaus, rintakipu tai hengitysvaikeus. Rovaniemen FinnHEMS 51-tukikohdassa työskentelee 27 ihmistä, 9 ensihoitajaa, 12 lentäjää ja 6 avustajaa. (FinnHEMS.fi)

Lapin Pelastushelikopterin Tuki ry ylläpitää pelastushelikopteri Aslakin toimintaa. Tukiyhdistyksen toiminnan tavoitteena on turvata pelastushelikopteripalvelujen saatavuus Lapin asukkaille ja Lapissa vieraileville matkailijoille. Aslakin kotikenttä on Sodankylä. Keskeisellä sijainnilla turvataan pelastushelikopteripalvelujen nopea saatavuus Lapissa. (Aslak.fi)

Lisäksi pelastustehtäviin voivat olla käytettävissä Rajavartiolaitoksen kopteri sekä mahdollisesti Oulun FinnHEMS 50-kopteri. Pelastuslaitoksella on ensivastesopimus sairaanhoitopiirien kanssa. (Soppela 2017)

FinnHEMS 51 helikopteritukikohtaan on vuonna 2017 tehty 8.12 1800 hälytystä ja niistä on jouduttu 209 kertaa jäämään maahan johtuen huonoista keleistä. Pohjoisessa operoivat helikopterit eivät ole ns. jäänpoistokoptereita. Näitä on

Rajavartioston ja Puolustusvoimien käytössä eteläisessä Suomessa. Jäätävä ilma voi estää pelastushelikoptereiden lennot. Lentämisen voi estää myös heikko näkyvyys, jolloin siirrytään lennonjohtopalveluita vaativaan mittarilentoon. Lapin pienillä kentillä näitä palveluita on tarjolla vain osapäiväisesti. (YLE.fi, uutinen, 11.12.2017 korjattu versio)

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri

Länsi-Pohjan keskussairaala sijaitsee Meri-Lapissa, Kemissä. Meri-Lappi eroaa oleellisesti muusta Lapista. Kemin asukastiheys on 226,5 asukasta km² ja Torniossakin 18,6. Koko Suomen asukastiheys on 18,1, Rovaniemen 8,2. **Alueena LPSHP on pieni verrattuna muuhun Lappiin, 6944 maaneliökm, mutta on kuitenkin suurempi kuin Etelä-Karjalan, Kanta-Hämeen, Keski-Pohjanmaan, Kymenlaakson ja Päijät-Hämeen maakunnat. Sairaanhoitopiirin alueella asuu 62 504 ihmistä.**

Länsi-Pohjan keskussairaalassa on vuonna 2015 laadittu Lääkinnällisen pelastustoimen suuronnettomuusohje (katastrofisuunnitelma) ja sitä päivitetään AVIA 2017-suuronnettomuusharjoituksen jäljiltä. Vilkkaan liikenteen ja raskaan teollisuuden sekä kaivostoiminnan mukanaan tuoma erityisriski on suurempi kuin väestöltään vastaavan kokoisten muiden kaupunkiseutujen riski, joten nämä seikat on huomioitu valmiussuunnittelussa.

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon varautumissuunnitelma influenssapandemiaa varten on päivitetty vuonna 2017. Sairaanhoitopiiri tekee yhteistyötä huoltovarmuuskeskuksen ja puolustusvoimien kanssa. Lääkkeiden ja hoitotarvikkeiden osalta on varauduttu kriisitilanteisiin. LPKS osallistuu Lapin laaja-alaisen maahantulon valmiusryhmän toimintaan.

LPKS:n johtava ylilääkäri Paavo Uusimaa kirjoittaa (20.12.2017) lausunnossaan sairaanhoitopiirin valmiudesta seuraavasti: **”Valmiuden kannalta oleellisin tekijä on sairaanhoitopiirin omana toimintana järjestämä ensihoito sekä päivystysjärjestelmä.** Palvelutasopäätöksemme mukaisesti ensihoitopalveluun sisältyy lakisääteisten tehtävien lisäksi pelastuslaitoksen tuottama ensivastetoiminta sekä varautuminen monipotilas- ja suuronnettomuustilanteisiin. Kahdeksan hoitotason ensihoitoyksikköä päivystää kuudessa eri asemapaikassa jäsenkuntien kuntakeskuksissa. Seitsemän hoitotason ensihoitoyksikköä ja yksi kenttäjohtoyksikkö päivystävät välittömässä lähtövalmiudessa 24h/vrk ja yksi ensihoitoyksikkö 12h/vrk.

Lisäksi on otettavissa käyttöön vapaavuorohälytyksellä 4 ambulanssia. Pelastuslaitoksella on käytössä lisäksi 6 ensivasteyksikköä. Päivittäisiin ruuhka- sekä poikkeustilanteisiin hälytetään tueksi ERVA-alueen sairaanhoitopiirien ja rajanaapuri Ruotsin ensihoitoyksiköitä. **Suuronnettomuusvälineistö on ajan tasalla ja pystymme perustamaan väliaikaisen hoitopaikan 60 potilaalle.**

Länsi-Pohjan akuuttihoito on keskitetty keskussairaalaan ja sen lisäksi alueen terveyskeskukset antavat kiireellistä apua virka-aikaan. Akuuttiklinikka toimii triage-luokittelun mukaisesti ilman eroa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Akuuttiklinikassa toimii tilanteesta riippuen 2-4 lääkäriä ja näiden tukena on hoidon tarpeen mukaan resursoitu hoitohenkilökunta.

Sairaalan muuhun päivystysvalmiuteen kuuluu sairaalapäivystyksessä oleva kirurgiaan erikoistuva lääkäri, anestesian ja tehohoidon erikoislääkäri sekä synnytysten ja naistentautien erikoislääkäri. 30 minuutin vasteajalla toimivat takapäivystäjät pehmytosakirurgiassa, ortopediassa, sisätaudeissa, lastentaudeissa, psykiatriassa ja radiologiassa. Teho-osastolla on 7 sairaansijaa ja näiden lisäksi

perustettavissa 2 lisäsairaansijaa katastrofitilanteissa. Leikkaussalihenkilökunta päivystää sairaalassa ja lisäksi sairaalassa on päivystykset radiologian osastolla ja laboratorioissa (Nordlab).”

4. LÄNSI-POHJAN SAIRAANHOITOPIIIRIN ULKOISTAMISHANKE

4.1. Hankepäätös, sisältö ja laajuus

Yhteisyrityksen perustaminen ja toimintojen osittainen ulkoistaminen ideoitiin Länsi-Pohjan Sote-projektissa ja vaihtoehdot käsiteltiin projektin aikana laaditussa sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämissuunnitelmassa vuosille 2018-2025. Niiden pohjalta Kemin, Keminmaan, Simon ja Tornion valtuustot päättivät kokouksissaan 24.4.2017 käynnistää yhteisyrityskumppanin kilpailutuksen. Määräaikaan mennessä tarjouksia tuli kolme: Pihlajalinnalla ryhmittymä, Ryhmittymä Suomen Terveystalo Oy ja Attendo Terveyspalvelut Oy sekä Mehiläinen ryhmittymä. Neuvottelumenettelyyn valittiin kaikki tarjoajat ja jatkoneuvottelujen pohjalta kunnanvaltuustot valitsivat 13.11.2017 yhteistyökumppaniksi Mehiläinen ryhmittymän.

Kuntien valtuustot päättivät 13.11.2017 perustaa yhteisyrityksen ja hyväksyä sen yhtiöjärjestyksen ja osakassopimuksen sekä valtuuttaa Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin hallituksen tekemään hankintapäätöksen terveyspalvelujen hankkimiseksi perustettavalta yhteisyritykseltä palvelusopimusluonnoksen (versio 22.8.2017) mukaisesti. Tornio hyväksyi esityksen äänin 25-18, Kemi äänin 22-21, Keminmaa äänin 24-7 kuitenkin siten rajattuna, että yhteisyrityksen hoidettavaksi tulee vain erikoissairaanhoito ja kuntoutus ja Simo äänin 11-6 huomautuksella, että osa Simon kunnan tehtävistä tulee Oulunkaaren kuntayhtymän hoidettavaksi.

Kemin valtuusto valtuutti sairaanhoitopiirin hallituksen tekemään sopimukseen teknisluontoisia muutoksia. Simon valtuusto valtuutti kunnanjohtajan neuvottelemaan ja kunnan hallituksen hyväksymään sopimukseen teknisluontoisia muutoksia. Keminmaan valtuusto valtuutti sairaanhoitopiirin hallituksen tekemään muutoksia sopimusluonnoksiin. Tornion valtuusto valtuutti kaupunginjohtajan käymään tarkentavia neuvotteluja ja valtuutti kaupunginhallituksen ja tarvittaessa sairaanhoitopiirin hallituksen tekemään/hyväksymään teknisiä/tarvittavia muutoksia sopimukseen. Lisäksi kunnat päättivät jatkaa laajennetun kuntayhtymän toiminnan valmistelua kun kuntayhtymän perussopimuksesta on yhteisymmärrys ja se on hyväksytty jäsenkuntien valtuustoissa.

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin hallitus teki kokouksessaan 17.11.2017 hankintapäätöksen. Kuntien eivätkä LPSHP:n päätökset ole vielä lainvoimaisia.

Palvelusopimusluonnoksen (versio 22.8.2017) mukaan sopimuskausi on 1.1.2018 – 31.12.2032 eli 15 vuotta. Irtisanomisehdot ja muut korvaukset koskevat vain yhtiön alkuperäisiä omistajia ja tilaajaa tietyin erityisehdoin ennen kuin sopimus siirtyy kolmannelle osapuolelle (oletuksena maakunta). Maakunnalla ei ole irtisanomis- eikä purkamis-oikeutta sopimuskauden aikana. Jos näin tehdään, on sopimuksen päättämiskorvaus 10 % palvelusopimuksen päättymishetkellä voimassaolevasta kokonaisvuosihinnasta kultakin jäljellä olevalta alkavalta sopimusvuodelta.

Yhtiöitettävän palvelukokonaisuuden hinta (versio 22.8.2017) on 73 940 046 euroa/vuosi vuosina 2018 ja 2019. Hinnassa ei ole mukana tilakustannuksia eli vuokria eikä sopimuksessa sovittuja vastikkeettomia irtaimiston ja kiinteiden laitteiden käyttöoikeuksia. Sopimushintaa korotetaan sen jälkeen vuosittain indeksillä, jossa 25 % hinnantarkistuksesta tapahtuu julkisten menojen hintaindeksin (sosiaali- ja terveystoimi) muutosprosentin mukaan, 25 % väestönmäärän muutosprosentin mukaan ja 50 %

hinnantarkistuksesta yli 75-vuotiaiden määrän muutosprosentin mukaan.

Palveluntuottajan vastuulle kuuluvat terveydenhuollon tarkoittaman erikoissairaanhoidon ja kuntoutuspalvelujen tuotanto- ja kustannusvastuu poisluettuna ensihoito, mielenterveyden- ja riippuvuuksien hoito sekä apuvälinekeskus. Tilaajan vastuulle kuuluvat myös erityistason erikoissairaanhoidon ostopalvelut. Terveydenhuoltolaissa kunnan järjestämistä vastuulle kuuluvat terveydenhuollon palvelut Kemin ja Tornion kaupunkien osalta kuuluvat tuottajan vastuulle.

Kun palvelusopimuksen allekirjoitetun version mukaan siitä on poistettu Keminmaan perusterveydenhuollon ja Simon kunnan Oulunkaaren rajaus, jää palvelukokonaisuuden hinnaksi 69 100 549 euroa/vuosi. Kohtaan 5.4 on lisätty säädökset päätösten kumoamisen varalle sekä tilanteeseen, jossa irtisanomisehto kirjataan lakiin pakottavan lainsäädännön perusteella.

4.2. Rajoituslaki ja kuntien päätösten sekä hankintapäätöksen oikeudellinen tilanne

Palvelusopimuksen kohdassa 5.4 todetaan, että liitteenä on rajoituslainsäädännön huomiointi TP 2016 laskelma, jossa yhtiöittävä kokonaisuus on alle 50 % kuntien ja Länsi-Pohjan sairaanhoito-piirin käyttökustannuksista. Liitettä ei ole kuitenkaan esitetty kuntien asiakirjoissa. Lapin aluehallintovirasto on selvittänyt asiaa ja todennut 30.11.2017 päivätyssä ja sosiaali- ja terveysministeriölle osoitetussa selvityksessä, että Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiriltä saadun selvityksen mukaan sen osuus on 58,28 % ja aiemmin esillä olleet luvut ovat 47,56 tai 46,88 %. Toisin sanoen laskentatavasta riippuen osuus on alle tai yli 50 %.

Kuntien valtuustojen yhteisyritystä ja palvelusopimusta koskevista päätöksistä on jätetty valitukset ainakin Kemissä, Torniossa ja Keminmaassa. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin hankintapäätöksestä on jätetty kaksi oikaisuvaatimusta ja valitus markkinaoikeudelle.

LPSHP:n hallitus on kokouksessaan 22.12.2017 hylännyt oikaisuvaatimukset ja hyväksynyt palvelusopimuksen ja sen allekirjoittamisen väliaikaisena hankintalain 153 §:n perusteella. Kun Simo, Keminmaa, Kemi ja Tornio ovat antaneet yhtiöjärjestyksen, osakassopimuksen ja palvelusopimuksen allekirjoittamisvaltuudet huolimatta siitä, että valtuustojen päätökset eivät ole lainvoimaisia, niin **ulkoistamissopimus on allekirjoitettu 22.12.2017.**

Kuntien hankintaan ja yhteisyritykseen liittyvät päätökset ja LPSHP:n hankintaa ja palvelusopimusta koskevat päätökset eivät ole lainvoimaisia. Tilanne on siten oikeudellisesti epäselvä ja lopputulos epävarma. Ne selviävät vasta siinä vaiheessa, kun oikaisuvaatimukset ja päätöksiä koskevat valitukset on ratkaistu lainvoimaisilla päätöksillä.

Rajoittamislain muutos on tullut voimaan 1.1.2018. Sen mukaan prosenttiraja laskee 30 %:iin. Jos ulkoistamispäätös kaatuu oikeuskäsittelyssä, niin sopimus voidaan tehdä uusilla päätöksillä kuitenkin siten, että sopimukseen lisätään maakunnalle oikeus lainmukaiseen irtisanomiseen.

4.3. Ulkoistamissopimuksen arviointia maakunnan järjestämistehtävän kannalta

Maakunnan järjestämistehtävän kannalta ulkoistamissopimuksen ongelmia ovat

sopimuksen pituus, tilaajan oikeuksien eriyttäminen perustajaosakkaiden ja kolmannen osapuolen välillä, irtisanomisehdot, päättämiskorvaus, yhteisyrityksen taloudellinen perusta ja tuottajaosakkaan tosiasiallisesti ylivertainen päätösvalta sekä sopimuksen huono läpinäkyvyys.

4.3.1. Sopimuksen pituus ja vaikeutetut irtisanomisehdot ongelmallisia

Kyseessä on 15 vuoden määräaikainen sopimus. Irtisanomisoikeus on palvelujen tuottajalla sekä alkuperäisillä yhteisyrityksen osakkailla ja tilaajalla (osakaskunnat ja sairaanhoitopiiri). Sen sijaan yhteisyrityksen uudeksi osakkaaksi ja tilaajaksi oletetulle maakunnalle irtisanomisoikeutta ei anneta alkuperäisessä versiossa ollenkaan ja viimeisessäkin vain pakottavan lainsäädännön nojalla.

Jos maakunta tulisi osakkeenomistajaksi, niin osakkaat eli tuottaja ja uusi tilaaja olisivat varsin erilaisessa asemassa osakkeenomistajina. Johtopäätös onkin, että alkuperäiset osakkaat ovat sopineet oletetun kolmannen osakkaan lukuun sellaista, mitä ne itse eivät ole keskenään olleet valmiita hyväksymään. Sama tarkoitus ilmenee selvästi eräistä muistakin sopimuksen sananmuodoista.

Sopimusaika on sosiaali- ja terveydenhuollon ulkoistamisesta tehtyihin sopimuksiin verrattuna selvästi tavanomaista pitempi. Huolimatta osakassopimukseen ja yhtiöjärjestykseen otetuista osakeyhtiölaista poikkeavista määräänemistövaatimuksista yhteisyrityksen tosiasiallinen päätösvalta on Mehiläisellä. Pitkä sopimus ilman irtisanomisehtoa terveydenhuollon alalla on ongelmallinen siksikin, että teknologinen kehitys alalla on nopeaa ja rakenteisiin vaikuttavaa.

Hankinnan arvo erikoissairaanhoidon osalta on noin 50 miljoonaa euroa vuodessa eli noin 18 – 20 % laskutavasta riippuen koko maakunnan erikoissairaanhoidon menoista. Kemian ja Tornion kaupunkien sote-menoista ulkoistuksen osuudet ovat 21 % ja 17 %. Erikoissairaanhoidon rakenteiden ja kustannusten osalta maakunnan oma päätösvalta olisi näiltä osin pitkälti sidottu ulkoistamissopimukseen.

Lainsäädännön ja asetusten vaikutus olisi sosiaali- ja terveysministeriön tulkinnan mukaan sama toimintamuodosta riippumatta. Tilannetta vaikeuttaa vielä se, että maakuntalain, sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain ja pelastustoimen järjestämisestä annetun lain voimaantulon 21 §:n mukaan yhteisyrityksen osakkeet, jossa kuntien osakeomistus yhteensä on alle 20 % eivät siirry maakunnan omistukseen. Myöskään sellaista voimassaolevaa lainsäädäntöä, että maakunta tulisi automaattisesti sopimuksen alkuperäisen tilaajan sijaan, ei ole. Kyseessä on vasta eduskunnan käsittelyssä oleva HE 15/2017 vp. Toisaalta osakassopimuksen mukaan osakkaalla/osakkailla on oikeus lunastaa osakkeet, jos ne siirtyvät kolmannelle osapuolelle.

4.3.2. Yhteisyrityksen vakavaraisuus ja toimitilojen siirrot

Yhteisyritystä koskevan osakassopimuksen mukaan osakepääoma on 200 000 euroa. Vuosiliikevaihto Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin ulkoistuksesta tulee olemaan lähes 70 miljoonaa euroa. Sen lisäksi yhtiö voi harjoittaa myös ulkopuolista liiketoimintaa. Osakassopimukseen on nimenomaisesti kirjattu, että osakkailla ei ole minkäänlaista velvoitetta yhtiön lisärahoittamiseen tai takausten antamiseen. Näin mittavan ulkoistuksen

yhteydessä tilaajan tulisi aina varmistaa toiminnan jatkuvuus ja vaatia yritykseltä vakuuksia ja/tai riittävää vakavaraisuutta. Näin ei ole tässä tapauksessa tehty. Johtopäätöksenä voikin todeta, että osakepääoma suhteessa liikevaihtoon on erittäin pieni.

Maakunnalla mahdollisena tulevana tilaajana tulisi olla yhtiöltä vakuus siitä, että mahdollisessa konkurssitapauksessa toiminta voi jatkua vähintään niin kauan, että maakunnan liikelaitos voi siirtää toiminnan vastuulleen ilman taloudellisia menetyksiä.

Palvelusopimuksen kohta 12 koskee toimitilojen käyttöä. Kohdasta saa käsityksen, että jos maakunta tulee tilaajaksi kuntien ja sairaanhoitopiirin sijaan, niin ulkoistamissopimuksen lisäksi myös vuokra- ja käyttöoikeussopimukset siirtyvät. Voimaanpanolakiehdotuksen mukaan näin tapahtuu sairaanhoitopiirin kuntayhtymän osalta, mutta kuntien toimitilavuokraukset yrityksille eivät siirry.

4.3.3. Päättämiskorvaus epätavallisen suuri

Palvelusopimuksen päättämiskorvauksen suuruus on 10 % palvelusopimuksen päättämishetkellä voimassa olevasta kokonaisvuosihinnasta kultakin sopimuksen päättämispäivänä jäljellä olevalta alkavalta sopimusvuodelta. Näin ollen korvaus voi nousta lähes 100 miljoonaan euroon. Päättämiskorvausta voi pitää määrältään epätavallisen suurena. Se ylittää tason, jota yleisesti käytetään sopimuksissa irtautumiskorvauksena, kun pitkäkestoisen sopimuksen osapuoli haluaa irtautua sopimusveloitteesta.

Korvauksen suuruutta arvioitaessa on huomioitava, että sitä vastaan ei saada mitään vastiketta ja että sopimus on luonteeltaan toiminnallinen eikä velvoita tuottajaa mainittaviin investointeihin, sillä irtaimisto, laitteet ja muu toimintainfra on tilaajan vastuulla.

Sopimusehtoa voi pitää myös kohtuuttomana ja riitatilanteessa tulisi ilmeisesti korvauksen sovittelu ja kohtuullistaminen varallisuus oikeudellisista oikeustoimista annetun lain (228/1929, muutettuna 956/1982) 36 §:n nojalla. Sen yhteydessä pitäisi myös selvittää tavanomaisesta poikkeavaan sopimusehtoon suostuneen osapuolen edustajien oikeudellinen vastuukysymys, koska he ovat tietoisesti pyrkineet sopimaan niin, että vastuu päättämiskorvauksesta siirtyy kolmannelle osapuolelle.

4.3.4. Palvelusopimuksen huono läpinäkyvyys

Palvelusopimuksessa ei tuoda selkeästi esiin, että jos terveydenhuoltolain ja sen perusteella annettujen asetusten vuoksi joudutaan toimintoja lakkauttamaan keskittämisen tai leikkausten määrärajoitusten vuoksi, niin vähennetäänkö ja miten niistä aiheutuneet kustannukset kokonaishinnasta. Tästä syystä maakunnan liikelaitokselle voi syntyä ongelmia ja lisäkustannuksia palvelujen uudelleen järjestelyistä ilman mahdollisuutta joustavaan kokonaissopetukseen.

Sopimuksessa ei ole esimerkiksi mainintaa siitä, että synnytysosasto toimii poikkeusluvalla, joka on voimassa sopimuksen tekohetkellä 31.12.2018 saakka eikä jatkosta ole tietoa. Tulkintaongelmia voi syntyä myös OYS:n palvelujen valinnanvapauden perusteella syntyvien laskujen maksajasta, koska erityistason hoito OYS:stä ei kuulu ulkoistamissopimuk-

sen piiriin.

4.3.5. Henkilöstöjärjestöjen kantoja ja huolenaiheita

Selvityshenkilöt ovat toimeksiantoon perustuen kuulleet LPSHP:n henkilöstöjärjestöjä edustavia luottamusmiehiä. Kuulemisen aiheita ovat olleet, miten henkilöstöjärjestöjä ja työntekijöitä on informoitu yhtiön perustamisesta ja palvelusopimuksesta, mikä on heidän arvionsa palvelussuhde-etujen ja työpaikkojen säilymisestä ja onko kaikissa kunnissa järjestetty yt-lain mukaiset ennakkokeskustelut järjestelyistä? Juko/Akava, Tehy, Super, JHL ja Jyty ovat antaneet lausuntonsa joko suullisesti tai kirjallisesti.

Suurin huoli järjestöillä on keskussairaalan yli 1000 työpaikan säilymisestä, sillä kokemusten mukaan ulkoistamissopimukset ovat johtaneet henkilöstövähennyksiin. Mehiläisen soveltama terveystalouden työehtosopimus tulee johtamaan esimerkiksi peruspalkkojen alenemiseen, vuosilomien lyhenemiseen ja sairauslomaetuksien heikkenemiseen. Huolta kannettiin myös lähiesimiestyön tuesta (hoitotyön johto on Helsingissä) ja työaikapankin säilymisestä. Uuden työntekijän palkkarakenteesta ei ole tietoa eikä lääkärisopimusta vielä ole.

Merkittäviä eroja on myös luottamusmies- ja työsuojelujärjestelmien ajankäytössä. KVTS:n mukaan luottamusmiehellä on työstä vapaata tehtävien hoitoa varten 1 pv/viikko 100-120 edustettavaa kohden ja yksityisessä sopimuksessa 16-17/t/kuukausi 300 edustettavaa kohden. Kunta-alan sopimuksen perusteella alueella on nyt useita päätoimisia työsuojeluvaltuutettuja, mutta heidän osaltaan työsuojeluun käytettävä aika laskee 4 tuntiin viikossa. Ongelmia aiheuttaa myös useamman organisaation yhteensovittaminen ja siitä aiheutuva byrokratia.

Järjestöt pelkäävät muualla saatujen kokemusten perusteella, että hoitoalan opiskelijoiden harjoittelupaikat vähenevät keskussairaalassa, koska yrityksellä ei ole opetusvelvollisuutta. Uhkana nähdään myös hyvin toimivien hoitoketjujen mureneminen ja mahdolliset tietojärjestelmien ongelmat. Suurten teollisuuslaitosten ja E 4 -tien suuronnettomuusriskejä pelätään, jos leikkausvalmiuksia ja voimavaroja vähennetään.

Henkilöstöjärjestöt edellyttävät erillisen henkilöstön siirtosopimuksen tekemistä ja voimassa olevan kutsukorvaus- ja vuoronvaihtosopimuksen sekä työaikapankin säilyttämistä sellaisenaan. Valmisteluaikataulu on henkilöstön mielestä järjettömän nopea ja sopimuskausi pelottavan pitkä. Niissä kunnissa, joissa ei ole aloitettu yhteistoimintamenettelyä jo toukokuun (2017) puoliväliin mennessä, ei ole lain mukaan mahdollista tehdä päätöstä yhteisyritykseen siirtymisestä ennen kuin on käyty yhteistoimintamenettely.

Järjestöjen mukaan tiedotus on ollut yksipuolista ja markkinahenkistä eikä henkilöstöä ole aidosti kuultu. Sairaalan henkilöstön suuri enemmistö ei järjestöjen mukaan toivo yhteisyritykseen menoa, ei myöskään lääkäreiden keskuudessa. Nämä seikat näkyvät työntekijöiden työhyvinvoinnissa ja työilmapiirissä.

4.3.6. Selvityshenkilöiden kokonaisarvio ulkoistamissopimuksesta

Ulkoistamissopimuksen lähtökohtana on yhteisyrityksen kuntaosakkeiden ja palvelusopimuksen siirto maakunnalle ja sen vastattavaksi. Osakkeiden ja palvelusopimuksen siirto riippuu siitä, millaisen muodon voimaantulakiesitys saa lopullisesti eduskunnassa.

Palvelusopimuksessa palveluntuottajan ja tilaajan oikeudet erityisesti sopimuksen siirryttyä maakunnalle ovat epätasapainossa tuottajan eduksi (irtisanomisehdot, sopimusrikkomuskorvaukset jne). Päättämiskorvaus on suuruudeltaan kohtuuton.

Palvelu- ja osakassopimuksen henki on, että kaksi osapuolta tekevät keskenään tietoisesti sellaisen sopimuksen oletetun kolmannen osapuolen lukuun, jota ne eivät olisi keskenään tehneet. Pidämme sitä oikeudellisesti kyseenalaisena.

Arviomme mukaan kokonaisuus on sellainen, että lainsäätäjän on harkittava, voidaanko maakunta velvoittaa ottamaan vastuu sopimuksesta, jossa on tavanomaisesti selkeästi poikkeavia ehtoja ja jossa ei ole neuvottelu- eikä irtisanomisehtoa. Näin siitäkin huolimatta, että tuottamistapa sinänsä ei oikeuta eriarvoiseen kohteluun. Esitämme, että ministeriö pyytäisi sopimusoikeuden asiantuntijalausunnan muun muassa allekirjoitetun palvelusopimuksen mukaisista taloudellisista velvoitteista maakunnalle tapauksissa, joissa toiminnot vähenevät säädösperspektiivistä syistä.

5. YHTEISTYÖN EDELLYTYKSISTÄ JA RATKAISUVAIHTOEHDOSTA

Vapaaehtoisen yhteistyön edellytyksenä on, että kaikki osapuolet tuntevat saavansa hyötyä tai voivat vähentää niitä haittoja, joita syntyisi yksin toimiessa. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kunnat valmistelivat yhteisyritykseen pohjautuvan ulkoistamishankkeen, koska kokivat sen tuovan vähemmän haittoja kuin Lapin soten esivalmistelun poliittinen ohjausryhmä oli päättänyt tarjota. Tasaveroista neuvotteluasemaa ei ole, koska terveydenhuoltolaki ja sen nojalla annetut kiireellisen hoidon päivystys- ja keskittämisasi-asetukset semontoivat Lapin keskussairaalan nykyisen aseman, koska se on lailla säädetty ns. laajan päivystyksen sairaalaksi eikä sillä ole tarvetta neuvotella oman asemansa turvaamisesta.

Neuvottelujen katkeamisesta ja kuntien ulkoistamispäätöksistä huolimatta Lapin kunnat saatiin uudelleen neuvottelupöytään ja tahtoa maakunnalliseen ratkaisuun oli. Se olisi kuitenkin edellyttänyt valtiolta selkeää tahdonilmaisua tulevasta. Kun siitä ei saavutettu ainakaan toistaiseksi yhteistä näkemystä, niin ulkoistamis-sopimus allekirjoitettiin.

Ratkaisuvaihtoehtoista

Lapin maakunnan erikoissairaanhoidon tulevaisuuden vaihtoehtoja on näkemysemme mukaan useita. Arvioimme seuraavat viisi:

Vaihtoehto 1 - Lapissa 2 sairaalaa 2018-2019, sitten yksi sairaala 2 toimintayksikköä
Voimassa olevat terveydenhuoltolain 50 § ja päivystysasetuksen 5 § edellyttävät ympärivuorokautisen yhteispäivystysyksikön ylläpitämistä molemmissa maakunnan keskussairaaloissa vähintään vuoden 2019 loppuun: Rovaniemellä laajan päivystyksen ja Kemissä siinä laajuudessa kun Oys-ervan järjestämissopimuksessa on sovittu. Sopimuksessa on otettava huomioon alueen väestön palvelutarve, palvelujen saavutettavuus ja päivystysyksiköiden väliset etäisyydet. Keskittämisasi-asetuksen mukaisista leikkausmääristä on sovittava 1.7.2018 mennessä.

Maakunnan toiminnan alkaessa siirrytään malliin yksi sairaala 2 toimintayksikköä, jolla säästetään johdon ja hallinnon kuluja. Hallinnon ohella molempien sairaaloiden erikoisaloiilla toimisi mahdollisuuksien mukaan yhteinen johtaja. Tässä vaihtoehdossa **Lapin maakunnassa olisi edelleen 2 ympärivuorokautista yhteispäivystysyksikköä, joka turvattaisiin säätämällä Oys:n yhteistyöalueella mahdollisuus päättää joustavasti sairaalayksikköjen työnjaon ja päivystysyksikköjen määrästä ja sijoituspaikoista maakuntarajoista riippumatta. Perusteina ovat terveydenhuolto- ja perustuslain säännökset pitkistä etäisyyksistä ja yhdenvertaisuudesta. Oulun yliopistosairaalan yhteistyöalue on pinta-alaltaan noin 155 000 neliökilometriä eli yli puolet koko Suomen pinta-alasta. Erityisjärjestelyt TervhL:n 50 §:n muutoksella ovat kaikilta osin perusteltuja.**

Vaihtoehto 2 - Säädosmuutoksilla estetään 2 päivystävää sairaalaa Lapissa

Vaihtoehto johtaisi Kemi-Tornio alueen asukkaiden (noin 62 000) erikoissairaanhoidon palvelujen tason romahtamiseen saavutettavuuden osalta ja myös tosiasiallisen saatavuuden suhteen.

Päivystykset ja pääosa erikoissairaanhoidon palveluista siirtyvät noin 110 – 130 kilometrin

päähän. Vastaavanlaisiin väestö- ja teollisuuskeskittymiin (8 % maamme nettoviennistä, noin 5 000 teollista työpaikkaa, 10 Seveso-kohdetta) verrattuna alue joutuisi heikoimpaan asemaan koko maassa. Kyse olisi siis aktiivisesta heikentämisestä.

Vaihtoehto loukkaisi alueen asukkaiden perustuslaillisia oikeuksia riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuuden turvaamisesta yhdenvertaisesti ja tasa-arvoisella tavalla. **Perustuslakivaliokunta on lausunnossaan (PeVL 63/2016 vp.) hyväksynyt vain nykyisen keskussairaaloiden palveluverkon.** Vaihtoehto johtaisi arviomme mukaan myös alueen palvelujen, työpaikkojen ja elinvoiman näivettymiseen. Se voisi ajan kuluessa johtaa myös maakunnan hajoamiseen niin henkisesti kuin aluerajoiltaankin.

Vaihtoehto 3 - vaihtoehto 1, jonka osana Mehiläinen Länsi-Pohja Oy

Vaihtoehto 1 sillä erotuksella, että LPSHP:n toiminnasta noin puolet tuottaa yhteisyrittäjä Mehiläinen Länsi-Pohja Oy. Alueen kuntien johto uskoo, että yhteisyrittäjä voi jatkaa 2018-2019 leikkaustoimintaa tulevaisuudessa ilman asetuksen määrärajoituksia elinkeinonvapauden perusteella.

Sosiaali- ja terveysministeriön tulkinta on, että jo nykyisäädösten mukaan kunnan hankkiessa palveluja yksityiseltä, niiden tason tulee vastata sitä, mitä edellytetään vastaavalta kunnalliselta toiminnalta. Laatua ja turvallisuutta varmistetaan mm. määräkriteereillä. Tulkintaa tukee myös KHO:n päätös 4.7.2017, (taltionumero 3361). Valmistella olevat leikkaustoimintaa koskevat kriteerit koskevat samalla tavalla sekä julkista että yksityistä julkisella rahoituksella tuotettavaa toimintaa. Lukumäärät ovat osa kriteeristöä.

Arviomme mukaan Mehiläinen Länsi-Pohja Oy ei tuo mukanaan sellaista, joka ei voisi toteutua myös julkisessa toiminnassa. Palvelusopimuksen läpinäkymättömyydestä ja sopimusehtojen epätasapainosta maakunnan suhteen johtuu, että vaihtoehto toisi todennäköisesti lisäkustannuksia maakunnalle ja vaikeuttaisi koko maakunnan palvelujen järjestämistä joustavasti ja tehokkaasti. Valtion viranomaisten julkisuuteen antamien lausuntojen ja keskustelujen pohjalta olemme päätyneet johtopäätökseen, että myöskään ilmiöpiiri säädösmuutoksille tämän vaihtoehdon pohjalta ei ole suotuisa.

Vaihtoehto 4 eli Lex Lappi (laajuus ja etäisyydet)

Selkein ratkaisu olisi säätää suoraan Lex Lappi, joka velvoittaisi ympärivuorokautiseen yhteispäivystykseen ja työnjakoon Lapin ja Länsi-Pohjan molemmissa toimipisteissä. Se turvaisi varmasti asukkaiden sosiaaliset oikeudet ja riittävät sekä tasaveroiset sote-palvelut. Lapin maakunnan asukasluku noin 180 000 on 11. suurin eli 7 maakuntaa on asukasluvultaan pienempiä. Laajuutta kuvannee se, että maapinta-ala 92 674 neliökilometriä on yhtä suuri kuin Uusimaan, Varsinais-Suomen, Satakunnan, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen, Kanta-Hämeen, Kymenlaakson, Etelä-Karjalan, Etelä-Savon ja Keski-Suomen maakuntien eli 10 maakunnan pinta-ala yhteensä. Yksistään Inarin kunta on suurempi kuin Uusimaa ja Päijät-Häme yhteensä.

Selvityksen mukaan laajan päivystyksen sairaalassa (Rovaniemellä) ei välttämättä tarvitsisi olla kaikkia laajan päivystyksen erikoisaloja ja/tai osan niistä voisi jakaa 2 toimipisteen kesken eli 1 sairaala – kaksi toimintayksikköä. Tällä tavoin säästetään voimavaroja Lapin harvan asutuksen kuntien perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen palveluihin. Tämä edellyttää myös säädösmuutoksia ja työnjaon tarkastelua kokonai-

suudessaan Lapin alueella. Oikein toteutettuna ve 1:llä voidaan päätyä lähes samaan lopputulokseen kuin tällä vaihtoehdolla.

Tästä ve:sta hallituksen poliittiset ryhmät eivät päässeet kuitenkaan yksimielisyyteen väliraportin käsittelyn yhteydessä.

Vaihtoehto 5, LPSHP:n kunnat Pohjois-Pohjanmaan maakuntaan

Tässä vaihtoehdossa LPSHP:n jäsenkunnat siirtyisivät Pohjois-Pohjanmaan maakuntaan, jolloin terveydenhuoltolaki ei olisi esteenä päivystysjärjestelyille. Sillä olisi todella dramaattiset seuraukset. Lapin sairaanhoitopiiri todennäköisesti menettäisi laajan päivystyksen statuksen ja koko maakunnan tulevaisuus joutuisi uhanalaiseksi. Sillä olisi laajat seurannaisvaikutukset myös muihin kuin sote-asioihin. Vaikutukset ulottuisivat todennäköisesti EU:n aluepoliittisiin tukiin ja tukirajoihin, vaalipiirijakoon sekä valtion aluehallinnon organisointiin

Vaihtoehtoja arvioitaessa on huomioitava, että lausunnolla oleva valinnanvapauslaki mahdollistaa jokaiselle asukkaalle oikeuden valita erikoissairaanhoidosta vastaavan liikelaitoksen. Kemi-Tornio alueen asukkaat asioivat mieluummin Oulun suuntaan kuin Rovaniemelle, jos erikoissairaanhoidon palveluja ei saa Kemistä. Matka Ouluun Kemistä ja Tornioista on sama kuin Rovaniemelle ja Oulussa on tarjolla myös erityistason sairaanhoitopalvelut. Torniolainen, joka menee hoitoon Rovaniemelle, voi saada sieltä lähetteen Ouluun ja on tuolloin tehnyt reilun 200 kilometrin ylimääräisen sairaalamatkan eli matka Ouluun on yhteensä 330 km. Tästä syystä Kemistä saatavien erikoissairaanhoidon palvelujen ns. tulppausvaikutuksella on tärkeä merkitys koko maakunnan tulevaisuudelle. Huomionarvoista on myös se, että erikoisalojen osajia on monissa tapauksissa helpompi saada Kemiin kuin Rovaniemelle, sillä 43 % Länsi-Pohjan lääkäreistä asuu Oulun seudulla.

6. SELVITYSHENKILÖIDEN EHDOTUKSEN PERUSTEET

Ehdotuksen lähtökohtana on sellaisen päivystysjärjestelmän ja erikoisalojen välisen työnjaon esittäminen Lapin ja Länsi-Pohjan keskussairaaloitten välille, että se täyttää sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lakiesityksen (HE 15/2017 vp) 4 §:n palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta koskevat edellytykset sekä terveydenhuoltolain (1326/2010) 2 §:n tarkoituksen ja ottaa huomioon perustuslain 6,19 ja 22 §§:ien yhdenvertaisuutta, sosiaalisia oikeuksia sekä riittäviä sosiaali- ja terveystalvveluja koskevat säädökset.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lakiesityksen 4 § on kirjoitettu seuraavasti.

”Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus

Sosiaali- ja terveydenhuolto on suunniteltava ja toteutettava sisällöltään, laajuudeltaan ja laadultaan sellaisena kuin asiakkaiden tarve maakunnassa edellyttää. Palvelut on toteutettava yhteen sovitettuina palvelukokonaisuuksina sekä maakunnan väestön tarpeet huomioon ottaen lähellä asiakkaita. Palveluja kootaan suurempiin kokonaisuuksiin silloin kun palvelujen saatavuus ja laadun turvaaminen edellyttävät erityisosaamista tai kalliita investointeja tai kun palvelujen tarkoituksenmukainen, kustannusvaikuttava ja tehokas toteuttaminen edellyttävät sitä.

Sosiaali- ja terveystalvveluja toteutettaessa on edistettävä esteettömyyttä”.

Edellä olevia säädöksiä arvioidaan Lapin erityisolosuhteiden: ikärakenteen, korkean sairastavuusindeksin, pitkien etäisyyksien, harvan asutuksen, matkailijoiden suuren määrän ja vilkkaan liikenteen (E-4) sekä lukuisten suurten riskikeskittymien valossa.

6.1. Lapin erityistilanteen ja -olosuhteiden huomioiminen

Nykyinen voimassaoleva terveydenhuoltolaki ja sen nojalla annetut keskittämisen- ja päivystysasetukset koskevat Manner-Suomen kahtakymmentä keskussairaalaala ja niiden toimintaa. Siitä, minkä muodon terveydenhuoltolaki sekä päivystys- ja keskittämisenasetukset saavat siirryttäessä maakuntahallintoon, ei ole vielä annettu esityksiä. Ne on kuitenkin avattava jo terminologisista syistä, koska keskussairaalaajärjestelmä lopetetaan. Siksi työnjakoa arvioitaessa on erikseen huomioitava vuodet 2018 – 2019 ja 1.1.2020 alkaen, jolloin maakunnallinen toiminta käynnistyy.

Lapin maakunnan väestö on ikääntyneempää kuin maan eteläosissa. Ikärakenteesta, pienituloisuudesta ja elintavoista sekä elinolosuhteista johtuen sairastavuusindeksit ovat maan korkeimpia kuten edellä kohdassa 3.1.2 on todettu. Terveydenhuoltolain 2 §:n mukaan uudistuksen tarkoituksena on terveystalvvelojen kaventaminen ja siksi tarvitaan erityistoimia Lapin osalta sekä ehkäisevän terveydenhuollon että palvelujen tarjonnan suhteen.

Pitkät etäisyydet ovat poikkeusperusteena useissa lain ja asetusten kohdissa. Lapin laajuus vastaa 10 maamme eteläisintä ja läntistä maakuntaala. Kun asukkaita on noin

180 000, merkitsee se todella pitkiä etäisyyksiä ja harvaa asutusta. Maakunnan etelä-rajalta Simon keskustasta Utsjoen kirkonkylään on maanteitse 579 kilometriä eli lähes sama matka kuin Helsinkiin.

Konkreettisesti etäisyyksiä muualle Suomeen verrattuna kuvaa seuraava asetelma:

Kaupunki/kuntakeskusten väliset etäisyydet autolla (Lähde www.vaelimatka.org)

Rovaniemi	384 km	Utsjoki	Helsinki	422 km	Vaasa
Rovaniemi	290 km	Inari/Ivalo	Helsinki	270 km	Jyväskylä
Rovaniemi	176 km	Savukoski	Helsinki	210 km	Mikkeli
Rovaniemi	153 km	Salla	Helsinki	179 km	Tampere
Rovaniemi	152 km	Kittilä	Helsinki	170 km	Turku
Rovaniemi	131 km	Sodankylä	Helsinki	134 km	Kotka
Rovaniemi	123 km	Tornio	Helsinki	107 km	Lahti
Rovaniemi	119 km	Kemi	Helsinki	102 km	Hämeenlinna

Asetelmasta ilmenee Lapin asukkaiden matkat eräistä kuntakeskuksista Rovaniemen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystykseen. Matkat Kemi-Tornio alueelta ovat pidemmät Rovaniemelle kuin päivystävien sairaaloiden välimatkat muualla Suomessa. Ympäri vuorokautisen yhteispäivystyksen Rovaniemi-Oulu lyhin välimatka 203 km olisi pidempi kuin matka Helsingistä Tampereelle tai Turkuun ja suuri osa väestöstä asuu Rovaniemen pohjoispuolella.

Todellisuudessa Helsingin ja Jyväskylän, Turun, Tampereen, Lahden, Hämeenlinnan ja Mikkelin välillä asuvien matka on yleensä enintään puolet yllä olevasta välimatkasta, koska se on vain oman maakunnan rajalta päivystysyksikköön. Lapissa asetelman välimatkat ovat suurimmalle osalle väestöä todellisia tai vieläkin pidempiä. Jos esimerkiksi Kotkan, Lahden ja Hämeenlinnan erikoissairaanhoidon päivystykset siirrettäisiin Helsinkiin, olisivat näiden kaupunkien asukkaat kutakuinkin tasavertaisessa asemassa Kemi-Tornio alueen asukkaiden kanssa.

Näiden lukujen valossa ei voi mitenkään perustella, että Kemi-Tornio alueen asukkaita (noin 62 000) kohdeltaisiin lain edessä yhdenvertaisesti ja syrjimättä erikoissairaanhoidon suhteen, jos Länsi-Pohjan nykyiseltä sairaalalta lakkautettaisiin 1.1.2020 alkaen oikeus toimia ympärivuorokautisena yhteispäivystyksen sairaalana, joka sisältäisi tavallisimmin tarvittavien erikoisalojen päivystyksen. Tällöin yhteispäivystysyksikkö siirtyisi Rovaniemelle eli väärään suuntaan yliopistollisen sairaalan suhteen. Perustuslakivaliokunta on (PerVL 63/2016 vp.) arvioidessaan laajaan päivystyksen sairaalan sijoituspaikkaa Seinäjoen ja Vaasan kesken käyttänyt arviointiperusteena mm. sitä, että Seinäjoen kannalta Vaasa on väärässä suunnassa suhteessa yliopistosairaala Tampereeseen.

Lapin vilkas turistiliikenne ja useat riskikeskittymät erityisesti Kemi-Tornio alueella ovat myös huomioitavia erityistekijöitä. Erityistilanne johtuu siitä, että Lappi on maakunta, jonka alueella on nykyisin 2 lakisäätteistä keskussairaala. Niiden perustamiselle ovat pitkät välimatkat olleet aikoinaan keskeinen peruste.

Perusterveydenhuollon osalta pitkät välimatkat edellyttävät sote-keskuksen perustamista jokaiseen kuntaan. Näiden keskusten palveluvalikoima pitää määritellä erikseen jokaisen kunnan erityistarpeiden, olosuhteiden ja väestöpohjan mukaan. Lisäksi tarvitaan perusterveydenhuollon ympärivuorokautinen päivystys Ivalossa kuten

nykyisinkin. Arki-iltoina ja viikonloppuisin päivällä on oltava perusterveydenhuollon päivystys Tunturi-Lapin ja Itä-Lapin alueella, jotta esimerkiksi lapsiperheiden ei tarvitse lähteä tavanomaisten tulehdusten ja muiden sairauksien vuoksi satojen kilometrien päässä oleviin päivystyspisteisiin.

6.2. Sosiaalisten oikeuksien sekä riittävien sosiaali- ja terveystalvelujen turvaaminen

Riittävyys, saatavuus ja saavutettavuus sekä yhdenvertaisuus

Perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvelut. Perustuslain 19 §:n 1 momentin huolenpitovelvoite sisältää myös oikeuden kiireelliseen hoitoon ensihoidon järjestelyt mukaan lukien. Talvelut on järjestettävä siten, että jokaisella ihmisellä on mahdollisuus toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä. Viime kädessä on kyse jokaisen yksilön oikeudesta tarpeeseensa nähden riittäviin talveluihin (ks. HE 309/1993 vp.,s.71/II, PEVL 12/2015 s. 2).

Julkisella vallalla on tarvittaessa velvollisuus lainsäädännöllä huolehtia perustuslain 19 §:n mukaisten oikeuksien toteutumisesta. Tämän turvaamiseksi terveydenhuoltolaissa 4 § säädetään talvelujen saatavuudesta ja saavutettavuudesta sekä läheisyysperiaatteesta silloin, kun se on mahdollista. Perustuslain 6 §:n mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Äskettäin muutetun terveydenhuoltolain (29.12.2016/1516) 50 §:n 4 momentti turvaa tällä hetkellä tämän edellyttämällä ympärivuorokautista yhteispäivystystä Kemissä.

Riittävyyttä on arvioitava vertaamalla ihmisen tarpeita talvelujen saatavuuteen ja saavutettavuuteen. Niiden on oltava tasapainossa. Riittävä saatavuus edellyttää, että tarjolla on sisällöltään, laajuudeltaan ja laadultaan ihmisen tarpeen edellyttämä määrä talveluja. Saatavuuden käsitteeseen sisältyy implisiittisesti myös saavutettavuus, sillä vaikka talveluja olisi tarjolla riittävästi, mutta ne eivät ole etäisyydestä johtuen todellisuudessa kohtuudella ihmisen käytettävissä, niin ne eivät ole tosiasiallisesti myöskään saatavilla.

Perustuslain yhdenvertaisuusperiaate edellyttää, että eri osissa maata ja eri kunnissa asuvilla ihmisillä on tosiasialliset mahdollisuudet saada välttämättömät talvelut (PeVL 26/2017 vp., PeVL 67/2014 vp., PeVL 37/2006 vp., s. 2-3 ja PeVM 25/1994 vp., s. 32/II).

Selvityshenkilöiden käsityksen mukaan ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystyksen lakkauttaminen terveydenhuoltolain muutoksella Kemistä johtaisi siihen, että alueen asukkaiden perusoikeudet eivät toteutuisi perustuslain edellyttämällä tavalla. Näin ollen terveydenhuoltolain muutosta ei voitaisi käsitellä tavallisen lain säätämisyjärjestyksessä.

6.3. Onnettomuus-, epidemia- ja muihin erityistilanteisiin varautuminen

Lapin ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirit ovat laatineet valmius- ja varautumissuunnitelmat

edellä kohdassa 3.4. esitetyllä tavalla. Nämä suunnitelmat on sovitettava yhteen kaikilta osin 1.1.2020 alkaen. Erityisen tärkeää on ensihoidon valmiuksien turvaaminen, vaikka näitä kaikkia on jo koordinoitu erä-alueen puitteissa.

Kun terveydenhuoltolain ja päivystyksen sekä kiireellisen hoidon keskittämisasiäasetuksilla päivystyksiä, leikkauksia ja muita toimintoja pyritään keskittämään entistä harvempiin yksiköihin, on samalla arvioitava sen riskit erityistilanteissa.

Suuronnettomuustilanteissa on oltava riittävästi leikkaussalikapasiteettia ja ammattitaitoista avustavaa henkilökuntaa. Epidemian ja vakavien sairaalabakteerien leviämistilanteissa sekä esimerkiksi tulipalo- tai muiden katastrofitilanteiden jälkeen on oltava riittävästi väistötiloja.

Selvityshenkilöt katsovatkin, että edellä mainitut erityistilanteet myös puoltavat ympärivuorokautisen yhteispäivystyksen ja anestesiaa tarvitsevien leikkausten säilyttämistä Länsi-Pohjan sairaalassa.

6.4. Perusoikeudet ja taloudelliset voimavarat

Erikoissairaanhoidon säästöt ja ympärivuorokautinen yhteispäivystys

Pääministeri Sipilän hallitusohjelman liitteen 6 mukaan erikoissairaanhoidon kustannuserojen pienentämisellä ja alueellisen erikoissairaanhoidon järjestämisen tehostamisella mm. leikkauksia ja päivystyksiä keskittämällä säästetään menoja 350 miljoonaa euroa. Sen mukaan tavoitteena on, että keskitettävää hoito annettaisiin esim. enintään 2 yksikössä kunkin sairaanhoitopiirin alueella.

Tämän tavoitteen saavuttamiseksi terveydenhuoltolakia uudistettiin mm. 45, 50 ja 50a §§:t sekä annettiin niiden nojalla uudet kiireellistä hoitoa ja päivystystä sekä niiden keskittämistä koskevat asetukset.

Nyt voimassa olevan terveydenhuoltolain 45 §:n 4 momentin mukaan Länsi- Pohjan sairaanhoitopiirin tulee ylläpitää ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä, jossa on valmius väestön tavanomaisten kiireellisten terveysongelmien hoitoon. Ympärivuorokautinen yhteispäivystys luo edellytykset myös anestesiaa ja leikkaussaliolosuhteita vaativille leikkauksille. Asetuksilla tätä lainkohtaa ei voi muuttaa.

Edellä mainitun 4 momentin mukaisen yhteispäivystyksen yksikön yhteyteen erä-alueella on aina järjestämissopimuksen nojalla oikeus sopia muodostettavaksi sen laajuinen ja toiminnallisesti monipuolinen päivystyksen yksikkö, jota palvelujen saavutettavuus, päivystyspisteiden väliset etäisyydet ja sairaanhoitopiirin väestön kielellisten oikeuksien toteuttaminen edellyttävät. Perustuslakivaliokunta on (PeVL 63/2016) korostanut, että muiden kuin laajan päivystyksen sairaaloiden tulee ylläpitää yhteispäivystysyksikköä ja että siihen liittyviä asioita jätetään myöhempien lainsäädännöllisten ratkaisujen varaan.

Sosiaali- ja terveysvaliokunta on mietinnössään (StVM 43/2016 vp.) todennut terveydenhuoltolain muutoksesta mm. seuraavaa:

”Valiokunta toteaa, ettei osaamisen kokoaminen ja sairaaloiden välinen työnjako tarkoita vain toimintojen siirtämistä yliopistosairaaloihin ja laajan päivystyksen sairaaloihin.

Suppeamman päivityksen keskussairaaloissa voi esimerkiksi olla jonkin erikoisan erityisosaamista ja riittävästi siihen perehtynyttä henkilökuntaa. Erityisvastuualueella on jatkossa pystyttävä sopimaan kussakin sairaalassa tehtävistä leikkauksista ottaen huomioon niissä käytettävissä olevien lääketieteen erikoisalojen osaajien ja moniammatillisten työryhmien riittävyys”.

Hallitusohjelman säästöt ja Länsi-Pohjan asukkaiden perusoikeudet

Hallitusohjelmassa olevia säästöjä on tähän saakka käsitelty pitkälti yleisellä tasolla. Perustuslakivaliokunta on antanut edellä (6.4.) mainitun lausuntonsa ja hyväksynyt nykyisen terveydenhuoltolain ja siinä olevat asetuksenantovaltuudet. Jos Länsi-Pohjan sairaalan ympärivuorokautinen yhteispäivitys aiotaan lopettaa säästöyistä terveydenhuoltolain muutoksella, edellyttää lainmuutos käsityksemme mukaan perustuslakivaliokunnan hyväksyntää. Sitä varten perustuslakivaliokunnalle on esitettävä selvitys säästöjen kohdentamisesta, jotta valiokunta voi arvioida, miten säästöt vaikuttavat tosiasiallisesti nykyisten keskussairaala-alueiden palveluverkkoon ja asukkaiden perusoikeuksiin.

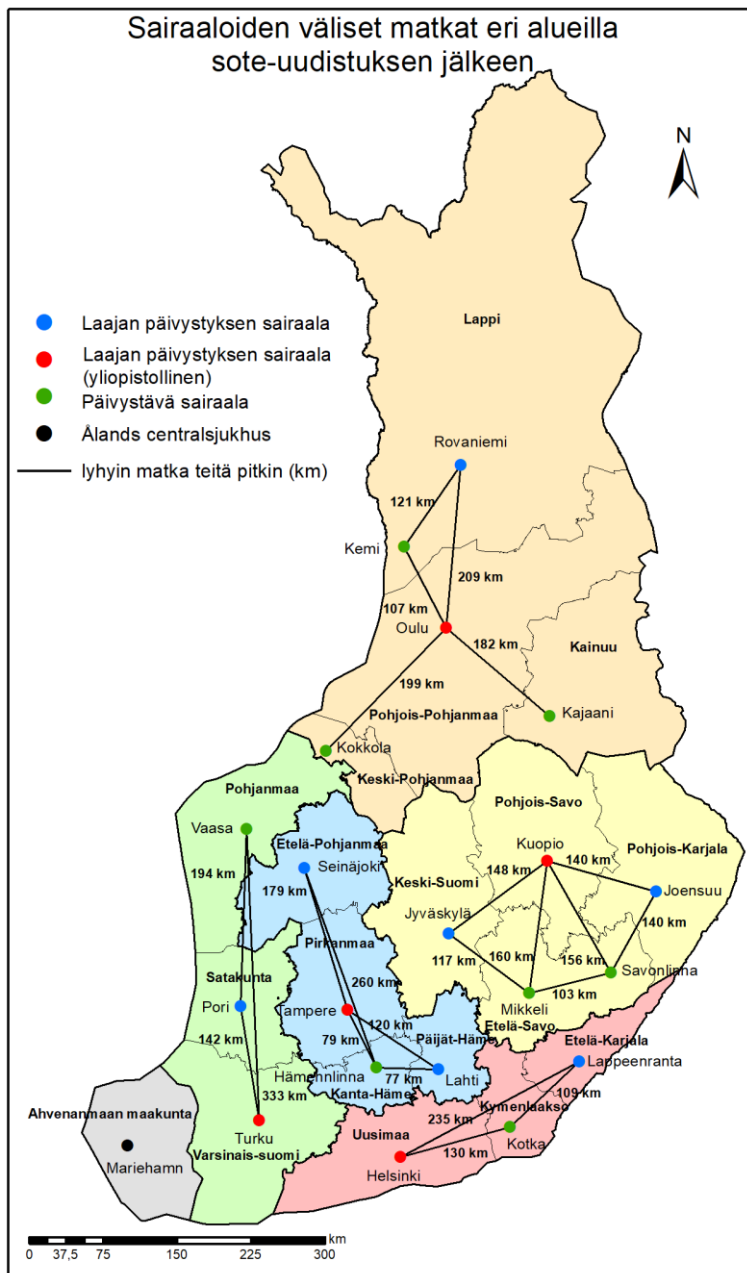
Käsityksemme mukaan muutos merkitsisi sellaista puuttumista esimerkiksi Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueen asukkaiden elintärkeisiin perusoikeuksiin, että perustuslakivaliokunnan on punnittava, täyttyvätkö enää PerL:n 6 ja 19 §§:ien edellytykset, edellä tässä luvussa esitettyjen objektiivisten tosiseikkojen valossa. Katsomme kohdassa 6.2.1 esittämiemme perustelujen nojalla, että muutos olisi mitä ilmeisimmin perustuslain vastainen.

Oikeuskäytännössä on tähän saakka katsottu muun muassa, että kansalaisten subjektiiviset oikeudet on toteutettava budjettiin varatuista määrärahoista riippumatta. Perusoikeudet eivät myöskään voi olla riippuvaisia varatuista määrärahoista, joten säästöt eivät ole tällaisessa tilanteessa riittävä peruste lakkautukselle.

6.5. Muu säädösperusta

Ehdotuksen perustana ovat tietysti myös lakiehdotus sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sekä sen voimaannpanosta (HE 15/2017 vp. laki 2. ja laki 3.), terveydenhuoltolaki 1326/2010 siihen tehtyine muutoksineen (1516/2016) sekä näiden lakien nojalla annetut valtioneuvoston asetukset kiireellisen hoidon perusteista ja päivityksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä (583/2017) sekä erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä (582/2017) ja sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta (585/2017).

Maakuntien toiminnan käynnistyttyä 1.1.2020 lakeihin ja asetuksiin tarvitaan terminologisia tarkistuksia, mutta käsityksemme mukaan perustuslakia koskevat perusoikeus- ja yhdenvertaisuussäännökset eivät salli enää palvelurakenteita heikentäviä muutoksia. **Seuraavalla sivulla oleva maakuntakartta, eritasoiset keskussairaalat ja niiden väliset etäisyydet osoittavat, että Oulun yliopistollisen sairaalan yhteistyöalueella tarvitaan kokonaisvaltaista arviointia ja suunnittelua ympärivuorokautisten yhteispäivitysten sijoittamiseen myös yli maakuntarajojen ja ennen kaikkea joustavuutta niiden toiminnallisiin järjestelyihin. Esitämmekin ratkaisua näihin näkökohtiin perustuen.**



Huomioita kartasta:

Pisimmät välimatkat muodostuvat nimenomaan Oulun yliopistollisen sairaalan yhteistyöalueella sen eteläosiin (nykyisin synnytys sairaala Oulaisissa) ja pohjoiseen Kemi-Rovaniemi. Perusterveydenhuollon ympärivuorokautiset päivystyspisteet tarvitaan Kuusamossa ja Ivalossa sekä päivystys ilta-aikaan ja viikonloppuna päivisin Lapissa ainakin Tunturi- ja Itä-Lapin seutukunnissa. Utsjoen erikoissairaanhoidon palveluja haetaan Norjasta saamankielisinä Kirkkoniemestä, jossa on tarjolla palveluja, vaikka Kirkkoniemessä on vain 3 000 asukasta. Matka-aika Utsjoelta noin 3 tuntia.

7. SELVITYSHENKILÖIDEN EHDOTUKSET

7.1. Lapin maakunnan erikoissairaanhoidon organisatorinen rakenne

Lapin maakunnassa on vuosina 2018 – 2019 Lapin ja Länsi-Pohjan keskussairaalat, joissa molemmissa on terveydenhuoltolain 50 §:n 4 momentin mukaisesti ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys ja joissa molemmissa tehdään anestesiaa ja leikkaussaliolosuhteita vaativia leikkauksia asetusten edellyttämässä puitteissa.

Lapin maakunnassa on 1.1.2020 alkaen yksi sairaala, jolla on kaksi toimintayksikköä: Rovaniemellä ja Kemissä. Rovaniemen yksikkö toimii terveydenhuoltolain mukaisena laajan päivystyksen ympärivuorokautisena yhteispäivystysyksikkönä ja Kemien yksikkö muun sairaalayksikön yhteydessä toimivana perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystysyksikkönä, jossa on valmius väestön tavanomaisten kiireellisten terveysongelmien hoitoon sekä muu päivystysvelvoite yhteistyöalueen yhteistyösopimuksen puitteissa. Molemmissa yksiköissä tehdään päivystyksellisiä ja myös anestesiaa ja leikkaussaliolosuhteita vaativia leikkauksia erikoisaloilla jäljempänä esitetyn työnjaon mukaisesti. Katsomme, että tämä on edellytyksenä Lapin maakunnan asukkaiden perustuslain mukaisten sosiaalisten oikeuksien ja riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdenvertaisuuden toteuttamiseksi.

Maakunnan erikoissairaanhoidon nykyiset johto- ja tukitoimintaorganisaatiot yhdistetään hallinnollisesti 1.1.2020 alkaen. Henkilöstön työpaikat uudessa organisaatiossa pysyvät mahdollisuuksien mukaan nykyisissä toimipaikoissa. Kun sairaalan toimipisteiden työnjaon vuoksi tapahtuu väistämättä henkilöstösiirtoja, niin tukitoimintoja uudelleen organisoitaessa pyritään mahdollisuuksien mukaan kompensoimaan työpaikkavinouman syntymistä.

Maakunnan puitteissa on tarkistettava ja yhteen sovitettava nykyiset sairaanhoitopiirien ensihoidon suunnitelmat myös palvelutasopäätösten osalta yhdessä Oulun yliopistollisen sairaalan kanssa yhteistyösopimuksen puitteissa. Vastaavasti on yhteen sovitettava valmius- ja varautumissuunnitelmat.

Johto-organisaatiota kevennetään myös siten, että niille erikoisaloilla, jotka ovat molemmissa toimipisteissä, on mahdollisuuksien mukaan yksi ja yhteinen johto. Tämä ei liene kuitenkaan mahdollista niin kauan kun Kemissä erikoissairaanhoidosta vastaa erillinen palveluntuottaja.

**Yhden sairaalan ja kahden sairaalatoimintayksikön malli mahdollistaa työntekijän toiminnan eri toimipisteissä ja päivystämisen tarvittaessa yhteisessä päivystysringissä. Työntekijät palkataan sairaalan, ei toimipisteen palvelukseen. Ongelmana ovat kuitenkin pitkät etäisyydet. Järjestely mahdollistaa helpommin myös osai-
aikaisten työntekijöiden käytön. Länsi-Pohjan päivystystä voidaan helpottaa Oulussa asuvien/työskentelevien erikoislääkäreiden toimesta.**

7.2. Työnjako sairaaloiden/toimintayksiköiden välillä

7.2.1 Erikoisalajat/toiminnot

Erikoisalajien työnjakoa arvioitaessa on hyödynnetty Nordic Healthcare Group:in (jäljempänä NHG) Koko Lapin Soten työtä varten laatimia profiilintimalleja, joille on annettu julkaisulupa 13.6.2017. NHG on arvioinut myös eri vaihtoehtojen kustannussäästöjä.

Työnjaon laadintaa vaikeuttavat monet seikat. Sairaanhoidopiirejä koskeva lainsäädäntö on voimassa vuoden 2019 loppuun ja synnytystoiminnan nykyinen poikkeuslupa päättyy 31.12.2018 eikä jatkosta ole tietoa. Myös Rovaniemi joutunee anomaan synnytystoiminnan poikkeuslupaa jatkossa, vaikka se on laajan päivystyksen sairaala, jossa vaaditaan synnytysvalmius. Ristiriita on syytä ratkaista säädösmuutoksella.

Huomiota kiinnittää se, että Oulun nykyisen erva-alueen kuudesta synnytysyksiköstä vain 2 täyttää asetuksen vaatimukset. Käsityksemme mukaan se osoittaa, että sama lainsäädäntö ei erityisolosuhteista johtuen sovi koko Suomeen. Samalla toteamme, että esimerkiksi Kemin reilun 500 synnytysten sairaalan tiedoista ei löydy sen lakkauttamiselle minkäänlaisia turvallisuusperusteita. (ylläkäri Eila Knuutin tilastot) Kyse on siten vain säästöistä. Terveystoimintamme historiassa kuolema ulkoistettiin aikoinaan lähiomaisten kokemuspäiriin ulkopuolelle. Nyt näyttää perheille käyvän samoin synnytysten suhteen Pohjois-Suomessa.

Sairaaloiden työnjako ei ole vain Lapissa päätettävä asia, sillä sairaaloiden työnjaosta on sovittava erityisvastuu/yhteistyöalueen järjestämisyhteistyösopimuksessa.

Tärkeä huomioitava seikka on myös Länsi-Pohjan sairaanhoidopiirin ja sen jäsenkuntien allekirjoittama erikoissairanhoidon ja Kemin sekä Tornion osalta myös perusterveydenhuollon väliaikainen ulkoistamissopimus. Jos sitä koskevat päätökset saavat lainvoiman, sopimuksen voimassaoloaika on 15 vuotta toiminnan aloittamisesta lukien edellyttäen, että eduskunta hyväksyy sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain voimaantulon hallituksen esittämässä muodossa (HE 15/2017 vp. laki 3).

Kun on ilmeistä, että ainakin osa valituksista ratkaistaan KHO:ssa, niin sopimuksen tulevaisuus selvinnee kahden vuoden kuluessa. Toivottavaa onkin, että päätökset on tehty ennen maakuntahallinnon käynnistymistä 1.1.2020. Esityksemme on laadittu siten, että ulkoistamissopimuksesta syntyviä rajoitteita organisaatioon, päätöksentekoon ja muuhun toimintaan ei ole huomioitu.

Jäljempänä olevaa työnjakoa kuvataan taulukoimalla virka-ajan ulkopuolinen ja virka-aikainen valmius sekä erikoisosaaminen virka-aikana.

Virka-ajan ulkopuolinen valmius

Virka-ajan ulkopuolisen valmiuden Rovaniemellä määrittelee päivystysasetus. Synnytysten hoitaminen Kemissä poikkeusluvalla edellyttää nykyistä päivystysvalmiutta.

Virka-ajan ulkopuolinen valmius	Rovaniemen sairaalayksikkö	Kemin sairaalayksikkö
Sairaalan valmius	Traumaortopedinen valmius Sisäelinkirurginen valmius Synnytysvalmius Sisätautivalmius Tehohoitovalmius Traumaortopediset ohjataan päivystykselliseen leikkaushoitoon Rovaniemelle, jos leikkaus ei voi odottaa virka-aikaa.	Sisäelinkirurginen valmius Synnytysvalmius (poikkeuslupa) Sisätautivalmius Tehohoitovalmius Valmius psykiatrian tahdosta riippumattomaan hoitoon Sisäelinkirurgisia päivystyspotilaita hoidetaan molemmissa sairaaloissa.
Etupäivystäjät	Yleislääketiede, akuuttilääketiede, muu soveltuva erikoisala, erikoistuvat lääkärit ja lääketieteen kandidaatit Sosiaalipäivystys	Yleislääketiede, akuuttilääketiede, muu soveltuva erikoisala, erikoistuvat lääkärit ja lääketieteen kandidaatit Sosiaalipäivystys
Sairaalassa 24/7 päivystävät erikoisalat, ns. aktiivipäivystys	Anestesiologia Naistentaudit Kirurgian osastopäivystäjä	Anestesiologia Naistentaudit Kirurgian osastopäivystäjä Psykiatrian päivystys
Vapamuotoisesti 24/7 päivystävät lääkärit	Sisätaudit Radiologia Ortopedia ja traumatologia Sisäelinkirurgia Lastentaudit	Sisätaudit Radiologia Sisäelinkirurgia Lastentaudit

Muu päivystysvalmius	Neurologian vapaamuotoinen päivystys osa-aikaisesti Psykiatrian vapaamuotoinen päivystys osavuorokautisesti Kardiologia hälytystyönä Hammaslääketiede virka-ajan ulkopuolella klo 8 – 21	Psykiatrian osalta päivystysasetukseen joustoa muutetun TervhL:n 50 §:n nojalla siten, se voi toimia Kemissä
Ympäri vuorokautine n toimenpide- ja muu valmius	Päivystysosasto Leikkaustiimi välittömässä valmiudessa Röntgenhoitajien valmius Laboratoriovalmius Lasten sairauksiin perehtynyt hoitaja Kardiologinen tiimi hälytystyönä	Päivystysosasto Leikkaustiimi välittömässä valmiudessa Röntgenhoitajan valmius Laboratoriovalmius Lasten sairauksiin perehtynyt hoitaja

Muutokset nykyiseen valmiuteen:

Traumaortopedinen päivystysleikkausvalmius on ehdotuksessa ainoastaan Rovaniemellä. Kemissä leikataan potilaat, joiden leikkaushoito voidaan toteuttaa virka-aikaisen ortopedian ja traumatologian valmiuden puitteissa.

Psykiatrian tahdosta riippumaton hoito keskitetään Kemiin. Päivystysasetus edellyttää, että psykiatrian päivystäjä on välittömässä valmiudessa nykyisen varallaolon sijaan, kun hoidetaan potilaita akuutilla suljetulla osastolla. Päivystysasetusta esitetään tältä osin muutettavaksi.

Päivystysasetus velvoittaa lisäämään Rovaniemelle yleislääketieteen yöaikaisen päivystyksen, suun terveydenhuollon päivystyksen ja sosiaalipäivystyksen. Sosiaalipäivystystä lukuun ottamatta asetuksessa pitäisi olla poikkeuslupamahdollisuus näiden päivystysten osalta.

Virka-aikainen valmius

Virka-aikaisella valmiudella tarkoitetaan tässä valmiutta hoitaa kiireellisiä potilaita virka-aikana. Päivystysaikana sisään sairaalaan tullut potilas voi usein odottaa turvallisesti päivä- tai virka-aikaista hoitoa, esimerkiksi leikkaushoitoa, kardiologista toimenpidettä tai tutkimusta päivystyksessä aloitetun hoidon ja sairaalaseurannan turvin. Virka-aikaisessa kiireellisessä toiminnassa käytetään samaa osaajapoolia ja muita resursseja, jotka tarvitaan kiireettömän vastaanotto toiminnan, tutkimusten ja toimenpiteiden tekemiseen, minkä vuoksi virka-aikaisen valmiuden ylläpitäminen kahdessa sairaalassa ei sinänsä

merkittävästi lisää kustannuksia, ainakaan ellei toiminnassa tarvita kalliita investointeja. Kemissä toimintainfra on hyvässä kunnossa eikä uusinvestointeja tarvita psykiatriaa lukuun ottamatta. Siihen on nyt tarvetta molemmilla, mutta se on järkevää keskittää.

Virka-aikainen valmius kiireellisten potilaiden hoitamiseen on syytä olla molemmissa sairaaloissa kaikilla päivystävillä erikoisaloilla. Muilla kuin päivystävillä erikoisaloilla päivystyksellisiä poliklinikkakäyntejä on eniten silmätäudeilla, korva-, nenä- ja kurkkutäudeilla, suu- ja leukakirurgialla, keuhkosairauksilla ja neurologialla. Ainakin näillä erikoisaloilla on perusteltua olla kattava virka-aikainen valmius molemmissa sairaalayksiköissä. Virka-aikaista valmiutta voidaan suurimmilla erikoisaloilla laajentaa tarpeen mukaan osavuorokautiseen varallaoloon esimerkiksi viikonloppujen tai pitkien pyhien aikana.

Muilla erikoisaloilla tarvittava valmius toteutetaan tarpeen mukaan sairaalayksiköiden yhteistyönä osaamisen ja resurssien mukaan. Valmius on pienillä erikoisaloilla haavoittuvainen. Pieniä erikoisaloja, joilla on vain yksi erikoislääkärin vakanssi on LPSHP:ssa on 17 ja LSHP:ssa 7. Lapin sairaalayksiköiden erikoisalojen tulee toimia yhteen siten, että vähintään maakunnan toisessa sairaalassa on erikoisalan hoitoa saatavilla potilaiden tarpeen mukaisesti. Ensihoidossa ja päivystyksessä tulee olla tieto virka-aikaisesta valmiudesta ja niiden poikkeamista, jotta päivystyspotilaat voidaan ohjata oikeaan sairaalaan hoitoon.

Virka-aikainen valmius, työnjako	Rovaniemen sairaalayksikkö	Kemin sairaalayksikkö
Erikoisalaosaaminen	Katso taulukko Erikoisalaosaaminen. Kukin erikoisala toimii yhtenä kokonaisuutena maakunnassa.	Katso taulukko Erikoisalaosaaminen. Kukin erikoisala toimii yhtenä kokonaisuutena maakunnassa.
Päivystyspotilaiden hoitoon tarvittavat päiväaikaiset yksiköt	Sydänpaja Leikkaus- ja anestesiaosasto Maha-suolikanavan tähytykset Erikoisalapoliklinikat Kuntoutus Kotiutustiimi	Sydänpaja Leikkaus- ja anestesiaosasto Maha-suolikanavan tähytykset Erikoisalapoliklinikat Kuntoutus Kotiutustiimi

Erikoisalaosaaminen Lapin sairaalayksiköissä virka-aikana	Polikliiniset kiireettömät palvelut		Virka-aikainen valmius joka arkipäivä			OYS / muu
	Roi	Kemi	Roi	Kemi	Sovita an	OYS / muu
Sisätaudit	X	X	X	X		
Anestesiologia ja tehohoito	X	X	X	X		
Gastroenterologinen kirurgia	X	X	X	X		
Ortopedia ja traumatologia	X	X	X	X		
Synnytykset ja naistentaudit	X	X	X	X		
Lastentaudit	X	X	X	X		
Psykiatria	X	X	X	X		
Radiologia	X	X	X	X		
Hammaslääketiede	X	X	X	X		
Kardiologia	X	X	X	X		
Neurologia	X	X	X	X		
Geriatría	X	X	X	X		
Silmätaudit	X	X	X	X		
Keuhkosairaudet ja allergologia	X	X	X	X		
Suu- ja leukakirurgia	X	X	X	X		
Kliininen neurofysiologia	X	X	X	X		
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	X	X	X	X		
Patologia	X	X	X	X		
Yleiskirurgia	X	X	X	X		
Ihotaudit ja allergologia	X	X			X	
Lastenneurologia	X	X			X	
Lastenpsykiatria	X	X			X	
Nuorisopsykiatria	X	X			X	
Lastenkirurgia	X	X			X	
Plastiikkakirurgia	X	X			X	
Urologia	X	X			X	
Infektiosairaudet	X	X			X	
Kliininen hematologia	X	X			X	
Nefrologia	X	X			X	
Syöpätaudit	X	X			X	
Endokrinologia	X	X			X	
Gastroenterologia	X	X			X	
Reumatologia	X	X			X	
Fysiatria, kuntoutus	X	X			X	
Verisuonikirurgia	X	X			X	OYS
Käsikirurgia	X	X				OYS
Neurokirurgia, sydän- ja rintaelinkirurgia						OYS
Foniatria, perinnöllisyyslääketiede						OYS
Kliininen kemia, kliininen mikrobiologia						Nordlab
Oikeuslääketiede						THL
Työterveyshuolto						Työterveyshuollot

Taulukko yllä: Erikoisalaosaaminen virka-aikana Rovaniemellä ja Kemissä

Yllä olevasta taulukosta ilmenee, että Lapin molemmissa sairaalayksiköissä on kattava erikoisalaosaaminen ja virka-aikainen valmius. Muutoksena nykytilaan on, että erikoisalat toimivat yhtenä kokonaisuutena (ellei ulkoistamissopimus sitä estä). Tällä tavoin turvataan erikoisalojen valmius ja polikliiniset palvelut maakunnassa kohtuullisella etäisyydellä suurimmalle osalle väestöstä.

7.2.2. Leikkaustoiminta

Lapin sairaaloissa tehtiin vuonna 2016 noin 14 500, joista LKS:ssa tehtiin yhteensä 8109 leikkausta ja LPKS:ssa 6440 leikkausta. Leikkaustoiminta on lukujen valossa väestön usein tarvitsema terveyspalvelu, minkä vuoksi leikkaustoiminta molemmissa toimipisteissä on väestön tarpeen ja lähipalveluperiaatteen näkökulmasta perusteltua. Leikkaustoiminnan edellytys on ympärivuorokautinen yhteispäivystys. Päivystysleikkaustenkin tekeminen edellyttää tarkemmin määriteltyä laajempaa valmiutta.

Leikkaustoiminta, työnjako	Rovaniemen sairaalayksikkö	Kemin sairaalayksikkö	OYS, yhteistoiminta-alue
Päivystykselliset ja kiireelliset leikkaukset	Päivystykselliset traumakirurgiset leikkaukset. Päivystykselliset pehmytkirurgiset leikkaukset Päivystykselliset gynekologiset leikkaukset mm. sektiot	Päivystykselliset pehmytkirurgiset leikkaukset Päivystykselliset gynekologiset leikkaukset mm. sektiot	Tavoitteena on järjestämissopimuksessa saada vastuuta Koillismaan alueen päivystyskirurgiasta LKS:n valmiuden hyödyntämiseksi.
Työnjakoasetuksen mukaiset leikkaukset	Tässä ei esitetä kattavaa leikkausten työnjakoa asetuksen mukaisista leikkauksista, koska asia on valmistelussa pohjoisella erwa-alueella kevään 2018 aikana. Sovittaessa työnjaosta OYS-erwa-alueella tulee työnjaolla tukea Lapin kahden päivystävän sairaalan valmiuden ylläpitämistä.		

<p>Työnjakoasetuksen mukaiset leikkaukset, esimerkki</p>	<p>Työnjakoasetuksen 7§:n mukaiset rintasyöpäleikkaukset (2016 maakunnassa 315 kpl)</p> <p>Keskittämisasiasetuksen mukaiset lonkka- ja polviproteesit</p> <p>Keskittämisasiasetuksen mukaiset selkäleikkaukset</p>	<p>Työnjakoasetuksen 7§:n mukaiset paksusuolen syövän (2016 76 kpl) leikkaukset</p> <p>Keskittämisasiasetuksen mukaiset selkäleikkaukset</p>	<p>Työnjakoasetuksen 6§ mukaiset leikkaukset sekä 7§:n mukaiset kilpirauhasen, eturauhasen, munuaisen, lisäkilpirauhasen ja endometriumien syöpien leikkaushoito</p>
<p>Ei asetuksella säädettyt elektiiviset leikkaukset</p>	<p>Työnjaosta sovitaan jatkossa siten, että tuetaan valmiutta molemmissa yksiköissä. Painotus päiväkirurgiassa. Potilaat voidaan ohjata toiveensa ja lyhimmän jonon mukaan kumpaan tahansa. Valinnanvapaus tuo epävarmuutta leikkausmääriin.</p>	<p>Kaihileikkaukset Kemissä</p> <p>Työnjaosta sovitaan jatkossa siten, että tuetaan valmiutta molemmissa yksiköissä. Painotus päiväkirurgiassa. Potilaat voidaan ohjata toiveensa ja lyhimmän jonon mukaan kumpaan tahansa. Valinnanvapaus tuo epävarmuutta leikkausmääriin.</p>	<p>Ei asetuksella säädettyissä leikkauksissa toteutetaan mahdollisuuksien mukaan OYS:n alihankintaa.</p>

Yläpuolella olevassa taulukossa on esitetty niitä periaatteita, joiden mukaan leikkauksista pyritään kattavasti sopimaan.

Käydyissä keskusteluissa on todettu, että esimerkiksi silmälääkäreitä on helpompi saada Kemiin, koska sinne on puolta lyhyempi matka Oulusta kuin Rovaniemelle. Samoin on todettu, että molemmilla sairaaloilla on suunnitelmissa rakentaa uusia tiloja psykiatrialle. Kun psykiatrian hoidossa vuodeosastopäiviä on tällä hetkellä Lapin sairaanhoitopiirissä selvästi maan keskiarvoa enemmän ja Länsi-Pohjassa keskiarvoa vähemmän niin hoidon painopistettä voi siirtää Länsi-Pohjan suuntaan. NHG ehdottaa tahdonvastaisen toiminnan keskittämistä.

Edellä olevan perusteella ehdotamme, että kaihileikkaukset keskitetään Kemin

toimipisteeseen ja psykiatrian tahdonvastainen uusi hoitoyksikkö sijoitetaan Kemin uuden psykiatrian tilojen yhteyteen. Tällöin Rovaniemi voi luopua investoinnista tältä osin.

Investointisuunnitelmista on sovittava Lapissa keskussairaaloiden välillä jo ennen maakunta-uudistuksen käynnistymistä. Sairaalan tilat Kemissä ovat kaikki saneerattu hyvään kuntoon. Ainoa investointisuunnitelma koskee edellä mainittua psykiatrian uudistusta. Myös laitteisto ja koneet vastaavat hyvän keskussairaalan tasoa. Rovaniemellä sen sijaan on investointitarpeita.

Erityisen tärkeää on huolehtia siitä, että molemmissa sairaaloissa pystytään tuottamaan suurivolyymiset kaikkien erikoisalojen polikliiniset toiminnot, päiväkirurgia sekä elektiivinen kirurgia (lyhki) ja muualla tehtävien vaativan kirurgian jatkohoito ja kuntoutus.

7.2.3. Erikoissairaanhoidon sairaansijat

Sairaalahoitoon kasvaa väestön ikääntyessä erityisesti kuntoutuksen, geriatricin ja yleislääketieteen alalla. Erikoissairaanhoidon sairaalahoitoon kasvaa loivemmin, sillä erikoissairaanhoidon painottuu nuorempiin ikäluokkiin, jotka pienenevät. Erikoissairaanhoidon avohoitoa kehittämällä, hoitajaksojen kestoa lyhentämällä saadaan väestön ikääntymisestä huolimatta sairaansijamäärää vähennettyä nykyisestä molemmissa sairaaloissa. Lapin keskussairaalaossa on tavoitteena kyetä hoitamaan lievästi kasvava leikkauspotilaiden määrä sairaansijamäärää kasvattamatta ja Länsi-Pohjassa tulee sairaansijamäärää sopeuttaa vähentyvän toiminnan mukaisesti.

Sairaalahoito työnjako	Rovaniemen sairaalayksikkö	Kemin sairaalayksikkö
	Teho- ja valvontapaikat	Teho- ja valvontapaikat
	AVH-yksikkö	AVH-yksikkö
	Päivystysosasto	Päivystysosasto
	Aikuisten somaattiset sairaansijat eri erikoisalojen ja potilasryhmien tarpeisiin, määrä vähenevä	Aikuisten somaattiset sairaansijat eri erikoisalojen ja potilasryhmien tarpeisiin, määrä vähenevä
	Lastenosasto ja vastasyntyneiden tehopaikat	Lastenosasto ja vastasyntyneiden tehopaikat
	Psykiatrian avo- ja kriisi-osastot avohoidon tukena	Psykiatrian avo- ja kriisi-osastot avohoidon tukena
	Lasten- ja nuorisopsykiatrian viikko-osasto	Psykiatrian suljettu akuuttiosasto ja pitkäaikaisosasto

Muutokset nykyiseen: Sairaalahoido vähenee Kemissä noin kuuden sairaansijan verran leikkausten työnjaon ja traumaortopedisen päivystyksen siirtymisen vuoksi. Vähenevien sairaansijojen ja tuloksellisemman hoitomenetelmän vuoksi psykiatrian pakkohoito keskitetään Kemiin.

7.2.4. Erikoissairaanhoidon säästämahdollisuuksista

Selvityshenkilöillä ei ole ollut käytettävissä olevan ajan puitteissa mahdollisuutta selvittää/ selvityttää tarkemmin eri vaihtoehtojen kustannusvaikutuksia. NHG:n selvityksessä on arvioitu säästöjä ja säästöpotentiaalia erikoissairaanhoidossa.

Taustaksi on syytä todeta, että erikoissairaanhoidon kustannukset ovat maan keskitasoa korkeammat sekä Länsi-Pohjan että Lapin sairaanhoitopiireissä. Tarvevakioidut sotemenoindeksit vuosina 2013-2015 ovat vaihdelleet Kemissä 97 – 103 ja Rovaniemellä 99 - 105 välillä (Suomi =100). Sen sijaan erikoissairaanhoidon tarvevakioimattomat nettomenoindeksit vaihtelevat ko. vuosina Kemissä 135 -134 välillä ja Rovaniemellä 104 – 111 välillä.

Pääasialliset syyt erikoissairaanhoidon menoihin ovat somaattisen erikoissairaanhoidon hoitajaksojen määrä, joka ylittää Länsi-Pohjassa 27 % maan keskiarvon ja Lapissa 8 %. Vaikutusta lisää myös hoitajaksojen keskimääräistä pidempi aika. Osasyynä tähän on varmaan se, että somaattisten hoitajaksoissa on myös sellaisia, joiden oikeampi hoitopaikka olisi hyvin varustettu terveyskeskus. Osittain saattaa olla myös kysymys leikkaus- ja hoitoindikaattien löysentämisestä.

NHG:n laskelmien mukaan säästöpotentiaali olisi toimenpiteiden määrän yhtenäistämässä 10 miljoonaa euroa. Tavoitteen saavuttaminen kokonaan on epärealistinen, koska sairastavuusindeksiin voi vaikuttaa vain pitkällä tähtäyksellä. Hoitajaksojen kestoajan yhtenäistämällä maan keskiarvoon säästyisi 7 milj. euroa. Hoitokulttuurin muutos vaatii vuosien työn, mutta se on mahdollista. Näillä keinoilla voidaan säästää pidemmällä tähtäyksellä ehkä 10 miljoonaa euroa, koska ainakin osa näistä hoidoista joudutaan antamaan muissa, joskin halvemmissä hoitopaikoissa.

NHG:n laskelmien mukaan, jos Kemistä poistetaan traumatologia, pehmytosakirurgia, naistentaudit ja synnytykset, lastentaudit, kardiologia, neurologia ja teho-osasto eli todella merkittävä osa palveluista, niin säästöt olisivat 4.6 miljoonaa euroa/v, mutta valinnanvapauden, matkojen lisääntymisen ja keskittämisen vaikutukset lisääisivät matkakustannuksia noin 2 miljoonaa euroa. Nettosäästö olisi 2.6 miljoonaa euroa. Tämän seurauksena arviolta 7.5 miljoonan euron arvosta toimintoja siirtyisi Kemistä Ouluun ja sadat työpaikat vähenisivät Kemistä.

Merkittävienkin rakenteellisten toimien säästövaikutus on vähäinen verrattuna haittoihin ja asukkaiden perusoikeuksien heikentämiseen eikä sitä näin laajana voi pitää perustuslain mukaisena yhdenvertaisuusvaatimuksen vuoksi. Tarkemmat perustelut on esitetty edellä luvussa 6. **Nykytilan ja toisen ääripään välille on löydettävissä vaihtoehto, joka tasaa molempien sairaaloiden tarkoituksenmukaisen toiminnan. Se vaatii vielä jatkotyötä.**

Hallituksen sote-paketin rahoituskehys vuoteen 2022 edellyttää sote-menojen karsintaa Lapin osalta 12.3 miljoonaa euroa. Lisäksi esim. asukasluvun mukainen laskennallinen osuus hallituksen erikoissairaanhoidon 350 miljoonan erillispaketista olisi reilut 11 miljoonaa euroa. Ainoa mahdollisuus saavuttaa se, on pyrkiä pienemmillä rakennemuutoksilla,

hoitojakson määrän vähentämisellä ja kestoajan lyhentämisellä sekä leikkausten työnjaolla edellä esitetyllä tavalla. **Kokonaismenojen osalta on huomattava, että perusterveydenhuoltoa koskevissa aiemmin tehdyissä selvityksissä on osoitettu toimintarakenteen ja -tapojen muutoksilla saatavan aikaan suuremmat säästöt kuin erikoissairaanhoidossa.**

7.3. Lainsäädäntömuutosehdotukset erikoissairaanhoidon osalta

Ehdotuksemme toteutuminen vaatii muutosta ainakin terveydenhuoltolain 50 §:ään. Ratkaisumallimme tausta on hallintopolitiikan alivaltiosihteeri Tuomas Pöystin 20.12.2017 päivätty lausunto, joka koskee väliraporttimme 13.12.2017 ratkaisuvaihtoehtojen ja STM:n niistä laatiman muistion vaihtoehtojen perustuslakiarviota. Pöysti toteaa mm.

”STM-muistiossa tuodaan esille myös sellaisia Lapin maakunnan alueen erityispiirteitä, joiden valossa sääntelyn muuttaminen näyttäisi toisaalta olevan perusteltua ja yhdenvertaisuusperiaatteen näkökulmasta mahdollista. **Olennaista on alueen asukkaiden palvelutarpeiden toteuttaminen ja tarpeisiin suhteutettu palveluiden saatavuus.**

STM-muistiossa on esitetty seikkoja, jotka yhdenvertaisuusperiaatteen ja perusoikeuksien toteuttamisvelvoitteen valossa perustelisivat sitä, että Pohjois-Suomen erityisvastuualueen puitteissa säädettäisiin joustavasti sairaalayksiköiden työnjaon mahdollisuuksista. Sääntelylle kuitenkin on edellytyksenä, että kyse on objektiivisesti perustelluista kriteereistä ja ne perustelevat tosiasiallisen yhdenvertaisuuden palveluiden saatavuudesta parempaa toteutumista. STM:n muistiossa hahmoteltu 2. vaihtoehto näyttäisi näin myös olevan mahdollinen ja perusteltu”.

Vaihtoehto 2 koski Lex Lappia, jossa päivystykset voitaisiin jakaa kokonaisuuden näkökulmasta joustavasti koko erityisvastuualue huomioiden ja myös Rovaniemen ja Kemmin kesken. Ehdotuksessamme olemme osoittaneet, että kyse on objektiivisesti perustelluista kriteereistä kuten lausunnossa edellytetään.

Edellä olevan perusteella esitämme, että terveydenhuoltolain lain 50 §:ään lisätään 5 momentti. Terminologiset korjaukset huomioiden esitämme seuraavaa muotoilua: (muutokset tummennettuna)

50 § ([29.12.2016/1516](#))

Kiireellinen hoito

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

Kiireellisen hoidon antamista varten **maakunnan** on järjestettävä vastaanottotoiminta siten, että potilas saa arkipäivisin ilmoitettuna aikana välittömästi terveydenhuollon ammattihenkilön arvion ja hoidon kiireellisissä tapauksissa lähellä asuinpaikkaansa, ellei potilasturvallisuuden ja palveluiden laadun turvaaminen edellytä arvion ja hoidon keskittämistä päivystyksikköön. **Maakunnan** on järjestettävä terveydenhuollon ilta-ajan ja viikonlopun päiväaikainen perus-terveydenhuollon kiireellinen vastaanottotoiminta

silloin, kun palvelujen saavutettavuus sitä edellyttää.

Helsingin ja Uudenmaan, Varsinais-Suomen, Satakunnan, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen, Etelä-Karjalan, Pohjois-Karjalan, Pohjois-Savon, Keski-Suomen, Etelä-Pohjanmaan, Pohjois-Pohjanmaan ja Lapin **maakuntien** on järjestettävä laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikkö **sairaalansa** yhteyteen. Laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköllä tarkoitetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä, joka pystyy tarjoamaan laajasti palveluita usealla lääketieteen erikoisalalla ympärivuorokautisesti välittömästi ja jolla on voimavarat terveydenhuollossa tarvittavan valmiuden ylläpitämiseen ja erityistilanteiden hoitamiseen. Laajan ympärivuorokautisen päivystyksikön tulee tukea muita päivystysyksiköitä. Väestön kielellisten oikeuksien turvaamiseksi Etelä-Pohjanmaan **maakunnan** on järjestettävä päivystyspalvelut suomen ja ruotsin kielellä siten, että potilas saa palvelut valitsemallaan kielellä. **Maakunnat**, joissa on yliopistollinen sairaala, voivat väestön palvelutarpeen niin edellyttäessä perustaa useamman kuin yhden ympärivuorokautisesti päivystävän yhteispäivystysyksikön sairaaloidensa yhteyteen.

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

Sen estämättä, mitä 3 ja 4 momentissa säädetään, Oulun yliopistollisen sairaalan yhteistyöalueella maakuntien on riittävien ja yhdenvertaisten sosiaali- ja terveystarjoajien turvaamiseksi järjestettävä yhteistyösopimuksella maakuntien tarjoajien estämättä riittävän useaan alueen sairaalayksikköön ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä, jossa on valmius väestön tavanomaisten kiireellisten terveysongelmien hoitoon. Yhteispäivystyksessä tulee olla riittävä osaaminen tarvittavilta erikoisaloilta väestön tavanomaisten kiireellisten terveysongelmien hoitoon. Sen lisäksi yhteistyösopimuksen nojalla on aina oikeus sopia, että tällaiselle sairaalayksikölle voidaan muodostaa sen laajuinen ja toiminnallisesti monipuolinen päivystyksen yksikkö, jota palvelujen saavutettavuus, päivystyspisteiden väliset etäisyydet ja maakunnan väestön kielellisten oikeuksien toteuttaminen edellyttävät.

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

Päivystävissä yksiköissä on oltava riittävät voimavarat ja osaaminen, jotta hoidon laatu ja potilasturvallisuus toteutuvat. Päivystyksestä ja sen laajuudesta on sovittava

terveydenhuollon **yhteistyösuunnitelmassa** ja erikoissairaanhoidon **yhteistyösopimuksessa** ottaen huomioon alueen ensihoitopalvelu, päivystyspisteiden väliset etäisyydet sekä väestön palvelutarve.

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

Muutoksen seurausvaikutukset

Uusi momentti vaatii lain 50 a §:n 3 momentin viittaussäännöksen... ja 4 momentissa tarkoitetuissa muutettavaksi muotoon ja 4 sekä 5 momenteissa..... Lisäksi päivystysasetuksen (583/2017) 2 §:n 2 momentin viittaus ... 50 §:n 5 momentissa on muutettava muotoon 50 §:n 6 momentissa ja vastaavasti 18 §:n 4 momentin viittaus 50 §:n 7 momentissa on muutettava muotoon 50 §:n 8 momentissa. Lakimuutoksen perusteluissa on mainittava, että uusi momentti turvaa nykyisen Länsi-Pohjan keskussairaalan yhteispäivystyksen säilymistä Kemissä. Päivystyksen laajuus kokonaisuudessaan määritellään yhteistyösopimuksessa kuten muidenkin ei laajan päivystyksen sairaaloiden osalta.

Muut päätökset

Raportin käsittelyn ongelmana on, että osapuolilla valtiota lukuun ottamatta ei ole toimivaltaista maakuntatasoista toimielintä. Tosin osa valtionkin toimivaltuuksista on vasta eduskunnan käsiteltävänä ja lakiluonnoksena. Hallituksen ja eduskunnan päätökset kuitenkin ratkaisevat myös sen, missä määrin Lapin maakunta voi tulevaisuudessa käyttää itsehallinnollista päätösvaltaansa raportissa käsiteltyjen asioiden suhteen.

Lapin ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirien on siltä osin kuin ne yhtyvät raportissa esittämämme huolehdittava siitä, että esitykset otetaan nykyisen Oys-erva-alueen järjestämissopimukseen. Maakunnan ja sen väliaikaisen valmisteluelimen on samoin esitettävä omien päätöstensä mukaiset esitykset tulevan yhteistyöalueen yhteistyösopimukseen. Molempien on myös anottava tarvittavat poikkeusluvut siltä osin kun säädökset edellyttävät.

8. PERUSTERVEYDENHUOLTO JA IKÄIHMISTEN PALVELUT

8.1. Lähtökohdat

Koko Lapin Soten valmistelun yhteydessä on tehty perusteellinen kartoitus ja hyväksytty valtakunnalliset suositukset palvelujen mitoitukselle. (Liisa Niiranen, Maija Valta) **Lähtökohtana on Lapin pitkistä etäisyyksistä johtuen, että jokaiseen kuntaan perustetaan sote-keskus, jonka palveluvalikoima määritellään kunnan väestöpohjan, erityistarpeiden ja olosuhteiden mukaisesti**

Maakunnan ottaessa vastuun sosiaali- ja terveydenhuollosta 1.1.2020 on huomioitava, että perusterveydenhuollon palvelut on ulkoistettu Posion kunnassa ja päätös on tehty Keminsa kunnan osalta (pl. kuntoutus). Keminsa ja Tornion kaupunkien perusterveydenhuollon palvelut kuuluvat Mehiläinen Länsi-Pohja Oy:n kanssa tehtyyn toistaiseksi väliaikaiseen ulkoistamissopimukseen. Simon palveluista pääosan tuottaa tällä hetkellä Oulunkaaren kuntayhtymä. Useat kunnat käyttävät ostopalveluja tutkimusten ja erikoispalvelujen hankkimiseksi.

Rajayhteistyö ja etäpalvelut

Lapin maakunta rajoittuu lännessä Ruotsiin, pohjoisessa Norjaan ja idässä Venäjään. Muutamilla kunnilla on yhteistoimintaa yli valtakunnan rajan Ruotsin ja Norjan kanssa. Tällä hetkellä lännessä Ylitornion ja Övertorneån kunnilla on yhteistyötä röntgentutkimuksissa ja valohoidoissa. Torniolle on yhteistyötä myös terveydenhuollossa ja pelastustoimissa yli valtakunnan rajan. Lisäksi Muoniossa ja Karesuvannossa (Enontekiö) käy akuuttipotilaita Ruotsista. Rajayhteistyö tulee sallia myös jatkossa.

Suurempi merkitys on erikoissairaanhoidon osalta tehdyllä yhteistyösopimuksella Lapin sairaanhoitopiirin ja Finnmarkssykehusetin välillä saamenkielisten palvelujen järjestämisestä (esimerkiksi aikuis-, nuorten ja lastenpsykiatria, psykologit, päihdetyö, kardiologi, sisätautilääkäri, ihotautilääkäri ja muut erikoislääkärit) ja synnytykset Kirkkoniemen sairaalassa. Yhteistyötä on myös ensihoidossa mm. helikopteritoiminnan osalta. Tämän sopimuksen jatkuminen on erityisen tärkeää.

Etäpalvelut pääsääntöisesti ostopalveluina

Lapin olosuhteissa on terveydenhuollon etäpalveluilla suuri merkitys turvattaessa ihmisille hyvä ja nopea hoito. Etäpalveluina on tarjottu esimerkiksi geriatrin, kardiologin, diabetes- ja terveyskeskuslääkärin etävastaanottoja. Kuvakonsultaatiota on toteutettu ihotaudeissa, ortopediassa ja sukupuolitaudeissa. Internetin välityksellä kulkevat EKG:n pitkäaikaisrekisteröinnit ja kämmenhermon tutkimukset. Etäpalveluina on tarjottu myös holter-, uniapnea- ja luuntiheysmittauksia. Puheterapiapalvelut voivat myös olla etäpalveluna saatavilla. Psykiatriset hoitokokoukset ja muu koulutus voi tapahtua videoyhteyden avulla. Jotta kunnissa pystytään vastaamaan potilaiden tarvitsemaan päivitykseen ja hoitoon pääsyyn, ovat kunnat tehneet runsaasti ostopalvelusopimuksia yksityisten toimijoiden kanssa. Ostoilla täydennetään omia palveluita. Ostettuja lääkäripalveluita ovat: psykiatrin, geriatrin, kardiologin, hammaslääkärin, erikoishammaslääkärin ja suukirurgin palvelut. Ostoina välitetään myös toimintaterapiaa, fysioterapiaa ja neuropsykiatrista kuntoutusta. Ostettujen tutkimusten lista on pitkä: rtg, ultraääni, ct/magneetti, uniapnea, holter, luuntiheys, skopiat, mammografiat, ENMG ja silmänpohjakuvaukset. Hammas-

laboratoriopalvelut (kipsimallit, purentakiskot, proteesit) ja saamenkielinen terveydenhoitaja ovat ostopalveluina saatavilla. Tämän lisäksi ostetaan fysio-, toiminta-, puhe- ja erityisterapioita kotihoitoon, palveluasumiseen ja kuntoutukseen vanhuksille ja muille erityisryhmille. (Valta 2018)

Etäpalveluiden kehittämisen suuri este on rahan puute. Etäpalvelut koetaan kunnissa järkevänä toimintana ja kehittämisen toivottiin olevan systemaattista. Tulevaisuudessa erikoislääkäreiden maakuntiin jalkautumista toivotaan ja niin sanottujen välimuotoisten konsultaatiopalvelujen kehittämistä jatketaan. (Valta 2018)

8.2. Perusterveydenhuollon päivystys, hoitoon pääsy ja vuodeosastotoiminta

Ympäri vuorokautinen perusterveydenhuollon päivystys on keskussairaaloitten yhteydessä Rovaniemellä ja Kemissä. Ivalon terveystalossa (Inarin kunta) on akuuttipäivystys myös yöaikaan klo 21-08 ja sieltä annetaan puhelinkonsultaatioapua myös muille Lapin sairaanhoitopiirin kunnille. Ilta-ajan päivystyksestä vastaavat joko kunnat itse tai keskusairaalat. Tunturi-Lapissa toimii rengaspäivystys (Muonio, Kittilä, Kolari) ja Itä-Lapissa Lapponia-sairaala Kemijärvellä iltaisin ja päiväsaikaan viikinloppuna. Posiolle Coronaria on järjestänyt puhelinpäivystyksen 24/7.

Sairaaloiden ohella pidämme välttämättömänä Ivalon ympärivuorokautisen akuuttipäivystyksen sekä nykyisten iltapäiväajan ja viikonloppupäivien päivystyksen säilyttämistä nykytasoisena.

Kiireettömän hoidon osalta lääkäriin pääsyajat vaihtelevat kunnittain merkittävästi. Maija Vallan vuoden vaihteen raportin mukaan odotusaika enintään 5 vrk oli viidessä kunnassa, 6-14 vrk kolmessa kunnassa, 15-30 vrk seitsemässä kunnassa, 31-60 vrk yhdessä kunnassa ja yli 2 kk kahdessa kunnassa. Kiireellinen lääkärin vastaanottoaika järjestyi alle 3 vrk 17 kunnassa ja yhdessä kunnassa alle 5 vrk:n. Kuudessatoista kunnassa pääsi kiireettömälle hoitajan vastaanotolle viikon sisällä. Kahdessa kunnassa hoitajan vastaanotolle pääsi vasta 14-30 vuorokauden kuluessa. (Valta 2018)

Hoitajien avovastaanotot keskittyivät sairauksien kuten diabeteksen, sydänvaivojen, hengityselinsairauksien ja syöpäsairauksien seurantaan ja hoitoon. Monipuoliset sairaanhoitotoimenpiteet kuuluvat hoitajien työhön kuten haavahoidot ja lääkehoidot. Hoitajien asiakkaita ovat myös muistisairaat, mielenterveyden häiriöitä potevat ja uniapneasta kärsivät. (Valta 2018) Huomiota herätti, että kuudestatoista kunnasta vain kahdessa mainittiin terveydenedistämiseen liittyviä toimenpiteitä hoitajien vastaanottotoiminnassa. Mainituiksi tulivat riippuvuudet ja elämäntavat, joista mainittiin tupakointi ja painonhallinta.

Maakunnassa on pyrittävä selvästi nopeuttamaan perusterveydenhuollossa lääkäriin pääsyä. Erityisen tärkeänä pidämme, että perusterveydenhuollon toiminnassa siirretään painopiste perussairaanhoidosta perusterveydenhoitoon ja ennen kaikkea terveyden edistämiseen.

Perusterveydenhuollon vuodeosastotoiminta ja ympärivuorokautinen hoiva

Terveydenhoito Suomessa on liian sairaalakeskeistä. Näin on myös Lapissa. **Valtakunnallisten suositusten mukaan terveystalosten vuodeosastoilla tai vanhainkodeissa tulisi olla enintään 1 % yli 75-vuotiasta.** Vuoden 2016 selvityksen mukaan (Maija Valta,

Lapin Liitto) yhden päivän otannan mukaan vuodeosastoilla Lapissa (Pelkosenniemi-Savukoski ky ei vastannut) oli yhteensä 596 potilasta. Akuuttipotilaita oli 273, kuntoutuspotilaita 98, muuta paikkaa jonottavia 71, intervallipotilaita 24 ja pitkäaikaispäättöksellä olevia potilaita yhteensä 130.

Lapissa oli vuodeosastoilla kolmannes sellaisia potilaita, joiden hoiva ja huolenpito tulisi turvata kodinomaisissa olosuhteissa. Laitospaikkoja oli vuonna 2016 yhteensä 754, josta 158 oli vanhainkotipaikkaa. Vuoden vaihteessa tehdyn tutkimuksen mukaan Lapissa on nyt yhteensä 589 vuodeosastopaikkaa (mukana myös Tornio ja Pelkosenniemi). Vuodeosastojen bruttotäyttöasteet vaihtelivat viimeisimmän puolen vuoden aikana (lähtöpäivä mukana tai e) 50 ja 111% välillä. Kahdessa kunnassa ei täyttöasteita seurata.

Ympäri vuorokautisen hoivan piirissä (tehostettu palveluasuminen) Lapissa oli 2016 reilu 8 prosenttia yli 75-vuotiaista, valtakunnallinen suositus vuoteen 2022 on 5-6 %. Joissakin Lapin kunnissa hoivapaikkoja ei ole lainkaan kun taas toisissa paikkoja on lähes 20 prosenttia 75-vuotiaiden määrästä.

8.3. Palvelurakennetavoite tulevaisuudessa

Kunnat ovat aloittaneet ylimääräisten laitoshoitopaikkojen purkamisen mutta työtä on edelleen jatkettava kohti vuoden 2022 väestöennusteen mukaista tarvetta vastavaksi eli 217 pitkäaikaishoitopaikkaa. Vuoden 2022 jälkeen aina vuoteen 2040 mennessä 75-vuotiaiden määrä Lapissa nousee yli 10 000 ihmisellä. Samalla nousee myös vuodeosastopaikkojen tarve, 334 sairaansijaan. Hyvin hoidettu säännöllinen kotihoito, omaishoito ja tehostettu palveluasuminen vähentävät laitoshoidon tarvetta ja tekevät elämisestä inhimillisempää ja kodinomaisempaa kuin sairaalassa. Samalla myös pienentyvät hoidosta kunnille kertyvät kustannukset.

Taulukko 7. Yli 75-vuotiaiden määrät Lapissa vuonna 2015 ja palvelurakennesuositus vuoteen 2040.

	Lähde Sotkanet:	75 v. määrä				
	Tilanne Lapissa	v.2015	v. 2022	v. 2025	v. 2030	v. 2040
	v. 2015	18209	21676	24636	28885	33406
Kotona asuvat	ka. 90,6 %	90,5 %	93,5 %	93,5 %	93,5 %	93,5 %
	81,7% -93,6%	16479	20267	23035	27007	31235
Säännöllinen kotihoito	ka. 11,9 %	13,5 %	13,5 %	13,5 %	13,5 %	13,5 %
	4,8% - 30%	2458	2926	3326	3899	4510
Omaishoito	ka. 6,6%	5,5 %	7,0 %	7,0 %	7,0 %	7,0 %
	4,0% -15,1%	1001	1517	1725	2022	2338
Tehostettu palveluasuminen	ka. 7,4%	5,5 %	5,5 %	5,5 %	5,5 %	5,5 %
	3,3% - 16,9%	1001	1192	1355	1589	1837
Pitkäaikaislaitushoito (tk-vo + vanhainkoti)	ka. 2,0%	2,50 %	1,00 %	1,00 %	1,00 %	1,00 %
	0% -11,7%	455	217	246	289	334

Tavoitteena on valtakunnallisen suosituksen mukainen hoivarakenne, jolla voidaan selkeästi alentaa kokonaiskustannuksia. Toimintarakenteen muutoksilla on selvitysten mukaan saatavissa Lapin perusterveydenhuollossa todella mittavia kustannussäästöjä ilman, että palvelujen laatu heikkenee. Kun siihen lisätään terveyden edistämistoimen-

piteet, niin samalla paranee myös elämänlaatu. Säästöpotentiaali on lähes 10 milj. euroa.

Kotihoito, kotisairaanhoido, kotisairaala ja ensihoito

Kotihoidon tärkein tehtävä on asiakkaan turvallisen kotona asumisen tukeminen mahdollisimman pitkään. Kotisairaanhoido ja kotipalvelu toimivat monissa Lapin kunnissa yhtenä kokonaisuutena saman johdon alaisuudessa. Kotisairaanhoidot huolehtivat lääkärin määräämistä hoidoista kotona asuville pitkäaikaissairaille, vanhuksille ja vammaisille. Tehtävät vaihtelevat haavahoidosta saattohoitoon.

Kotisairaaloimintaa Lapissa on vain kolmessa kunnassa mutta toimintaa laajennetaan kuluvana vuonna uusiin kuntiin. Kotisairaalan henkilökunta hoitaa muun muassa laskimonsisäisiä lääkityksiä, kipuhoitoja, vaativia haavahoitoja sekä tukee saattohoitoa. Kotisairaala on tiiviisti yhteistyössä vuodeosaston kanssa jotta tarpeen tullen kotisairaalan potilas voidaan siirtää viivytyksettä sairaalahoitoon. Kotihoidon, tehostetun palveluasumisen ja terveyskeskusten vuodeosastojen tulee kyetä vastaanottamaan erikoissairaanhoidosta siirtyvä potilas välittömästi oman kunnan tarkoituksenmukaiseen hoitopaikkaan.

Ensihoidosta huolehtii tänä päivänä sairaanhoitopiirit. Kunnissa ollaan pääsääntöisesti tyytyväisiä ensihoidon tasoon vaikkakin kustannusten rajua nousua karsastetaan. Harmillisena nähdään se, etteivät ensihoitajat enää osallistu hoitoon vuodeosastoilla tai avovastaanotoilla. Yhtenä haittana nähdään kunnissa sekin, että paikallistuntemus on heikentynyt.

Arviointia THL:n TEAviisarin perusteella

TEAviisari.fi osoittaa kuinka hyvin kunnissa on hoidettu perusterveydenhuolto, ikääntyneiden palvelut tai terveydenedistämisaktiivisuus. Viisari ilmaisee tason pisteinä: ”hyvä tulos” 75 – 100, ”parannettavaa ” 25- 74 ja ”huono tulos” 0-24 pistettä. Ikääntyneiden palvelujen arvioinnissa koko maan pistemäärä on 73.

Lapissa ikääntyneiden palvelut on TEAviisarin perusteella järjestetty parhaiten Kemijärvellä (91) ja Simossa (90). Koko maan tason ylittävät ja samalla ”hyvään tulokseen” ylittävät Kittilä, Tornio, Ranua, Sodankylä ja Ylitornio. Kaikissa muissa kunnissa on parannettavaa, Enontekiöllä, Savukoskella ja Tervolassa eniten.

Tervolan kunnan perusterveydenhuolto saa ainoana kuntana Lapissa arvion ”hyvä tulos”, 79 pistettä. Kunnassa ovat lähes kaikki arvioidut asiat ”hyvän tuloksen” piirissä eli johtaminen, voimavarat, yhteiset käytännöt, osallisuus ja muut ydintoiminnot. Heikoiten pärjasi Pello, ainoana Lapin kunnista sen tulos jäi alle 20 pisteen eli ”huono tulos”. Kaupungeista Tornion jälkeen oli Kemijärvi paras, sen jälkeen Kemi ja viimeisenä Rovaniemi. (TEAviisari.fi)

8.4. Terveystenhuollon kustannukset ja terveydenedistäminen

Sekä kuulemistilaisuuksissa että perusterveydenhuollon kyselyssä tulivat vahvasti esille terveydenhuollon jatkuvasti nousevat kustannukset. Erityisesti pienten kuntien edustajat pelkäsivät erikoissairaanhoidon kustannusten vievän rahat perusterveydenhuollosta. Tuleva maakuntauudistus ja Meri-Lapin suuri yksityistämishanke huolettivat koska valinnanvapauden myötä Meri-Lapin palvelujen kysyntä kohdistuisi Oulun suuntaan (NHG) ja murentaisi Lapin sairaanhoitopiirin ja laajan päivystyksen sairaalan nykyistä

heikommaksi.

Terveydenhuollossa ovat tärkeitä katkeamattomat hoitoketjut, jolloin potilaan hoidosta huolehditaan turvallisesti erityistason sairaanhoidosta erikoissairaanhoidon sieltä perusterveydenhuoltoon. Hoitoketjua on syytä tarkastella myös toiseen suuntaan. Mitä on tehtävissä ettei terve sairastuisi ja joutuisi hoitoketjuun?

Terveen hoitaminen on vaikeaa, vasta sairastunut haluaa hoitoa. Kuntien palveluksessa olevat terveydenhoitajat (nykyään heillä on myös sairaanhoitajan tutkinto) ovat avainasemassa terveydenedistämässä. Terveydenedistäminen perustuu kansanterveyslakiin ja on osa kansanterveystyötä. Terveydenhuollon kustannukset esitetään lähes aina toteutuneina kustannuksina kunnille. Harvoin näkee rahasummia, jotka olisi säästettävissä kun terveydenhuollon painopiste siirrettäisiin terveydenedistämiseen.

Esimerkkejä kustannussäästöistä

Tupakoinnista aiheutuvat välittömät sairaanhoidonkustannukset yhteiskunnalle olivat vuonna 2012 noin 290 – 294 miljoonaa euroa. Tupakoinnista johtuvat tulonsiirrot yhteensä noin 327 miljoonaa euroa. Tupakoinnista johtuvat välilliset sairauspoissaoloista johtuvat kustannukset arvioitiin noin 840 – 930 miljoonaa euroon eli tupakoinnin kokonaishinta yhteiskunnalle nousi 1,5 miljardiin euroon. (Vähänen 2015)

THL:n mukaan HUS:n alueella on 280 000 alkoholin suurkuluttajaa. Jos terveydenhuollon ammattilaiset käyttäisivät mini-interventiota (yksikkökustannus 240e), kokonaiskustannukseksi tulisi 67,2 miljoonaa euroa, mutta alkoholin käytön väheneminen säästäisi yhteiskunnan varoja 110 miljoonaa euroa. (THL.fi)

Mini-interventio on riskikuluttajan lyhyt neuvonta, jonka avulla hoitaja tai lääkäri pyrkii tukemaan potilasta alkoholin käytön vähentämisessä. Mini-interventiossa kartoitetaan alkoholin kulutus ja muutaman lyhyen seurantakäynnin aikana tuetaan asiakasta alkoholin käytön vähentämisessä. (Päihdelinkki.fi)

Tyypin 2 diabeteksen riskitekijät, joihin voidaan vaikuttaa, ovat lihavuus, terveyden kannalta riittämätön liikunta, kohonnut verenpaine ja mahdollisesti tupakointi. Jos väestö olisi normaalipainoista, niin tyypin 2 diabeteksestä voitaisiin ehkäistä 40 % (Kiiskinen ym. 2008).

Elämäntavat

Suomalaiset sairastava sydän- ja verisuonisairauksia, aivoverisuonisairauksia, tuki- ja liikuntaelinsairauksia, tapaturmia, mielenterveydenhäiriötä ja dementiaa. Tyypin 2 diabetes on yleinen vaiva. Monet näistä ovat niin sanottuja kansatauteja, joiden syntyyn elämäntavoilla on suuri merkitys. Kansantajuisesti sanottuna: viina, tupakka, ylensyönti ja liikkumattomuus ovat pääsyitä. Tutkimusten mukaan lopettamalla tupakointi vähentyy riski sairastua sepelvaltimotautiin, aivohalvaukseen, ääreisverenkierron sairauksiin sekä moniin syöpäsairauksiin (paksusuoli, rinta, keuhko, prostata, suu, kurkunpää, nenä, ruokatorvi, virtsarakko, munuaiset, haima, mahalaukku ja kohtu) sekä keuhkohtaumatautiin, impotenssiin, erektio- ja fertiilitteettiongelmiin, silmän neuropatiaan, kaihiin ja silmänpohjan rappeumaan. Tupakointi raskauden aikana lisää keskenmenoriskiä lisää komplikaatiota ja

aiheuttaa sikiön pienipainoisuutta. (Kiiskinen ym. 2008)

Terveydenedistämistoimet perusterveydenhuollossa

Alkoholi

Suuri osa runsaasti alkoholia käyttävistä jää tunnistamatta terveydenhuollossa. Kun asiaa on kysytty terveydenhuollon ammattilaisilta, on syyksi sanottu: ”en osaa”, ”ei kuulu minulle” ”ei alkoholinkäyttöön voi kuitenkaan vaikuttaa”. Asiasta kirjoittaa Jaana Markkula THL:n blogissaan 2.11.2017. Hän jatkaa, että alkoholinkäyttö tulisi rutiinisti ottaa puheeksi traumapäivystyksessä.

Tapaturmapotilaista kolmasosa oli humalassa, puolet oli kaatunut, puolella oli myrkytys. Lähes kaikki pahoinpidellyt olivat humalassa. Huomattavaa oli, ettei mini-interventio termiä tuntenut kolmannes erikoissairaanhoidon ja 10 prosenttia perusterveydenhuollon työntekijöistä. Moni terveydenhuollon työntekijöistä suhtautuu kielteisesti päihtyneisiin potilaisiin. (Heikkilä 2012)

Tupakka

Tutkimukset vahvistavat, että lääkärin ja hoitohenkilökunnan tupakoinnin lopettamiskehotus vähentää potilaiden tupakointia. Suomalaiset odottavat äidit tupakoivat enemmän kuin esimerkiksi ruotsalaiset odottavat äidit. Tupakoinnin vähentämiseksi tulee henkilökunnan sitoutua savuttomuuteen myös omalla esimerkillään.

”Tupakoimattomana leikkaukseen” -toimintamalli otetaan käyttöön. Koko perheen savuttomuuteen tähdätään äitiysneuvoloissa, motivoituneina on jo laajasti otettu käyttöön häkämittarit. Häkämittareiden hinnat ovat noin 500 euroa. Myös päihde- ja mielenterveysasiakkaiden tupakoinnin lopettamista tuetaan.

Kouluterveydenhuollossa viidesluokkalaisilta kysytään tupakoinnista, suun terveydenhuollossa puututaan myös tupakoinnin haittoihin. Terveydenhuollossa tulee asiakkaan vasta Omakantaan tupakointi ja jatkossa terveydenhuollon henkilökunnan tulee asia päivittää. Erikoissairaanhoidon lähetettäessä tiedot tulostuvat automaattisesti. (STESO, 2017)

Tuoreen väitöstutkimuksen mukaan neljä kuukautta pallolaajennuksen jälkeen melkein 16 prosenttia potilaista tupakoi, alle puolet liikkui suositusten mukaan, yli puolet käytti alkoholia suosituksia enemmän ja vain joka kymmenes söi riittävästi kasviksia. Vahvasti hoitoon sitoutuneet olivat motivoituneita hoitoonsa ja kokivat saaneensa tukea lääkäreiltä ja läheisiltään. (Kähkönen 2017)

Liikunta

Liikunnan terveysvaikutukset ovat kiistattomia. Lisäämällä liikuntaa voidaan vähentää riskiä sairastua esimerkiksi tyypin 2 diabetekseen, osteoporoosiin, alaselän kipuihin ja masennukseen. Sepelvaltimotaudin ja aivohalvauksen ja ääreisverenkierron sairauksien riski pienenee liikunnan avulla. (Kiiskinen ym. 2008)

UKK-instituutti on ansiokkaasti toiminut liikunnan lisäämiseksi markkinoimalla niin sanotun Liikkumisreseptin (UKKinstituutti.fi). Henkilökohtaisella kehotuksella liikkumiseen lääkärin

tai terveydenhoitajan vastaanotolla on selvä vaikuttavuusnäyttö liikunnan lisääntymiseen (Kiiskinen ym.2008).

Lihavuus ja ravitsemus

Suomi on väestötasolla lakannut lihomasta, työikäisten vuosikymmeniä jatkunut painoindeksin ja vyötärön ympäryksen kasvu on hidastunut. Tästä huolimatta puolet aikuisista on ylipainoisia tai lihavia. (THL.fi)

Terveysneuvonnalla on mahdollisuuksia auttaa ihmisiä vähentämään sairastumisriskiä muuttamalla ruokailutottumuksia. Lihavuuteen liittyvissä sairauksissa 5 -10 prosentin painonlasku edistää terveyttä ja tyypin 2 diabetesriski voi alentua jopa 60 prosentilla. Rasvan vähentäminen ruokavaliossa vähentää sydän- ja verisuonikuolleisuutta, pehmeän rasvan suosiminen vähentää sepelvaltimoriskiä, kuidun saanti alentaa kokonaiskolesterolia ja LDL-kolesterolia ja suolan vähentäminen alentaa verenpainetta. (Kiiskinen ym. 2008)

Yhteenveto

Edellä mainitut terveydenedistämiskeinot on otettava laajasti käyttöön. Liikkumisresepti, lyhythoito (mini-interventio) suositukset niin alkoholin, tupakan kuin ravitsemuksenkin suhteen. Henkilökuntaa on kannustettava ja koulutettava terveydenedistämiseen. Ryhmätoimintaa painonhallintaan ja riippuvuutta aiheuttavien aineiden vierotukseen tulee lisätä.

Terveydenhoitaja on korkeasti koulutettu terveyden asiantuntija. Terveydenhoitajan vastaanotolle on matala kynnys, onpa sitten kyse kouluterveydenhoitajasta, lastenneuvolasta tai aikuisvastaanotosta. Heidän työtään on tuettava.

Arviointi terveydenedistämisestä THL:n Teaviisarin avulla

Terveydenedistämisaktiivisuudessa mikään Lapin kunnista ei saa puhtaita papereita. Tulospisteet jäävät välille ”parannettavaa”. Korkeimman pistemäärän saa Salla 72 ja Simo 69, eniten parannettavaa on Enontekiöllä 41 ja Utsjokella 45. Koko maan pistemäärä oli 70 eli parannettavaa on.

Liikuntamahdollisuuksista Lapin kunnista ”hyvän tulokseen” yltävät Rovaniemi, Salla, Kolari ja Inari. Kaikilla muilla kunnilla on parannettavaa, eniten parannettavaa on Tervolassa.

Terveyden edistäminen on halvin ja paras sairaanhoidon säästämiskeino.

Lähteet.

- FinnHEMS.fi
- Heikkilä, A. 2012. Alkoholin yhteys ensiavussa todettuihin tapaturmiin ja hoitohenkilökunnan asenteet ja osaaminen päihtyneen potilaan kohtaamisessa. Pro gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.
- Hyvinvointikompassi.fi, luettu 4.12.2017.
- Kansallinen lihavuusohjelma 2012 – 2018. THL.fi
- Kansallinen pandemian varautumissuunnitelma 2012, STM.
- Kansallinen varautumissuunnitelma influenssapandemiaa varten. STM:n julkaisu 2012:9
- Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen S. & Aromaa, A. 2008. Terveystiedon edistämisen mahdollisuudet – vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Helsinki. STM 2008:1
- Koko Lapin Sote, poliittisen ohjausryhmän pöytäkirjat aineistoinen vv. 2016-2017. Kunnat.net.
- Kuntaliitto.fi
- Kähkönen, O. 2017. Adherence to Treatment of Patients with Coronary Heart Disease after A Percutaneous Coronary Intervention. Väitöskirja. Tarkastettu Itä-Suomen yliopistossa 15.12.2017.
- Lapin aluehallintoviraston selvitys Länsi-Pohjan sote-yrityksestä 30.11.2017.
- Lapin keskussairaalan toimintaohje suuronnettomuustilanteessa. 1.5.2017.
- Lapin sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon varautumissuunnitelma influenssaepidemiaa varten. Toimintaohje 15.2.2017.
- Lapin sairaanhoitopiirin tilinpäätös ja toimintakertomus 2016.
- Lapin Sote-Savotta-hanke, asiantuntijaselvitykset 2014-2017.
- Lepojärvi Tommi. Lapin Sote Savotta ja selvitykset 2014-2017.
- Leväsvirta, Parviainen, 2014. Länsi-Pohjan sote-yhteistoiminta-alue selvitys. Liikenneviraston tilasto 4/2017
- Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin voimassaoleva perussääntö 2017.
- Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä toimintakertomus 2016.
- Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin jäsenkuntien valtuustojen pöytäkirjat v. 2016
- Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon varautumissuunnitelma influenssapandemiaa varten 17.12.2013.
- Lääkinnällisen pelastustoimen suuronnettomuusohje (katastrofisuunnitelma) Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 1.6.2015, päivityksessä.
- Mehiläinen.fi
- Parviainen S., Sakaranaho P. & Haapakorva-Kallio M. 2017. Länsi-Pohjan soteprojekti.
- Parviainen S., Sakaranaho P., Haapakorva-Kallio M. & Horsma T. 2017. Länsi-Pohjan sosiaali- ja terveystieteiden järjestämissuunnitelma 2018-2025.
- Perustuslakivaliokunnan lausunto 26/2017 vp. –HE 15/2017 vp, HE 47/2017 vp, HE 52/2017 vp, HE 57/2017 vp, HE 71/2017 vp.
- Perustuslakivaliokunnan lausunto 63/2016 vp.
- Päihdelinkki.fi
- Ruotsalainen, K. Päivitetty 21.2.2013. Väestö vanhenee – heikkeneekö huoltosuhteet? Artikkelit Tilastokeskuksen sivulla. Stat.fi. Luettu 4.1.2018.
- Saari A. Kuvaus Lapin sairaanhoitopiirin valmiudesta. 16.12.2017.
- Salomaa Eva, Lapin sairaanhoidon 120 vuoden tarina jatkuu. Kalvosarja 14.6.2016.
- STESO, Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja orgaaniatit ry, tiedote 16.5.2017.
- Teaviisari.fi
- THL.fi/fi/web/hyvinvointi

Tilastokeskus.fi UKKinstituutti.fi/liikkumisresepti

Valta, M. 2018. Lapin maakunnan perusterveydenhuoltoa koskeva selvitys. Lapin liitto. 6.1.2018.

Vähänen, M. 2015. Tupakoinnin yhteiskunnalliset kustannukset ja niiden arviointimenetelmät. Helsinki. THL: raportti 15/2015

Wikipedia, luettu 2017, Suomen maakunnat.

Yle.fi.uutinen. 11.12.2017, korjattu versio.

Julkaisemattomat:

NHG:n raportti: Sairaalahoidon palvelurakenne ja profilointi. 13.06.2017.....

Manninen Hannes, Sote- ja maakuntauudistuksen lainsäädäntöehdotusten arviointia erityisesti perustuslaillisesta näkökulmasta. 03.11.2016.

Manninen Hannes, Niemeläinen Heikki, Sote/Maakuntauudistuksen valinnanvapauslakiehdotuksen arviointia erityisesti asiakkaan, maakunnan ja palveluverkon näkökulmasta sekä soteinfran omistusproblematiikan kannalta. 28.02.2017.

Sähköpostit

Auvinen Pekka, VP Human Resources, Outokumpu Steinless Oy, 4.12.2017

Jänkälä Susanna Ely-keskus 3.1.2018

Kankaanpää Marjut Paikka-asiantuntija. Oy Metsä Botnia Mill Service AB, 18.12.2017

Kylmälä Mikko, Area HR Manager, Metsä Group, 18.12.2017

Leinonen, R. Suunnittelija Kemin kaupunki. 22.12.2017

Luiro Satu Lapin liitto 22.12.2017

Mattila Jukka johtava lääkäri LKS 18.12.2017

Mäkimattila Juha, tehtaanjohtaja Stora Enso Veitsiluoto, 4.12.2017

Ruokamo Oili, kehittämiskoordinaattori Kemin kaupunki 22.12.2017

Soppela Ari, valmiuspäällikkö Lapin Pelastuslaitos, 13.12.2017, 20.12.2017, 21.12.2017

Uusimaa Paavo johtava lääkäri L-PKS 19.12.2017; 20.12.2017.

Puhelinyhteydet

Leppälä Heikki, Kemi Shippingin turvallisuuspäällikkö 9.1.2018

Rantsi Jaakko, Kemin satama Oy:n toimitusjohtaja 9.1.2018

Lait ja asetukset:

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa (lausunnolla)

HE 15/2015, Hallituksen esitys eduskunnalle maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi.

Kirjanpitolaki (1336/1997)

Laki kuntien ja kuntayhtymien eräiden oikeustoimien väliaikaisesta rajoittamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa (548/2016).

Laki varallisuusosoikeudellisista oikeustoimista (228/1929).

Perustuslaki (731/1999)

Terveystoimintalaki (1326/2010)

VN:n asetus (582/2017) erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä.

VN:n asetus (583/2017) kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä.

STM:n asetus 585/2017 ensihoitopalvelusta.

Kuulemistilaisuudet:

Selvityshenkilöt ovat järjestäneet tai olleet muiden järjestämässä kuulemistilaisuuksissa seuraavasti:

Yhteisyrityksen kuntaosakkaiden kuuleminen 27.11.2017, kunnan/kaupungintalolla

Kemin kaupunki	kello 8.00 - 11.00
Tornion kaupunki	kello 11.30 - 13.00
Keminmaan kunta	kello 13.30 -15.30
Simon kunta	kello 16.00 -18.00

Lapin sairaanhoitopiirin yhtymävaltuuston seminaari 29.11.2017 Rovaniemellä

Kuulemiset Rovaniemellä 11.12.2017

FT Maija Valta kello 8.00 – 9.30
Rovaniemen kaupunki kello 10.00 – 12.30
Maakuntajohtaja Mika Riipi ja muutosjohtaja Marja Perälä kello 13.00 – 15.00

Tilannekatsaus ja keskustelu eduskunnassa 13.12.2017 kello 17-18

Ministerit Saarikko ja Mattila, valtiosihteeri Artjoki, ylijohtaja Varhila, alivaltiosihteeri Pöysti, kansanedustajat Lohi ja Kulmuni

Puhelinkeskustelu Tornion kaupunginhallituksen kokouksen kanssa 13.12.2017

Lapin keskussairaalan johdon kuuleminen 14.12.2017 kello 10 – 12, Rovaniemellä
Länsi-Pohjan keskussairaalan johdon kuuleminen 14.12. kello 15-17

Länsi-Pohjan keskussairaalan ammattijärjestöjen luottamusmiesten kuuleminen Kemissä 18.12.2017 JUKO Pia Vittaniemi, SUPER Jonna Keinänen ja Eija Sunnari, JHL Ilkka Aittola, JYTY Erja Hekkanen ja 19.12.2017 Tehyn luottamusmiehet

Lapin kaikkien kuntien johdon (kutsu Kv:n ja Kh:n pj:t sekä Kj:t) kuuleminen eri vaihtoehtoista

19.12.2017 kello 14 -16. Edustus kaikista kunnista Enontekiötä lukuun ottamatta

Keskustelu työnjaosta Länsi-Pohjan keskussairaalassa 08.01.2018. Lapin sotekoordinaattori, sairaanhoitopiirin johtaja Riitta Luosujärvi, johtava lääkäri Paavo Uusimaa.

