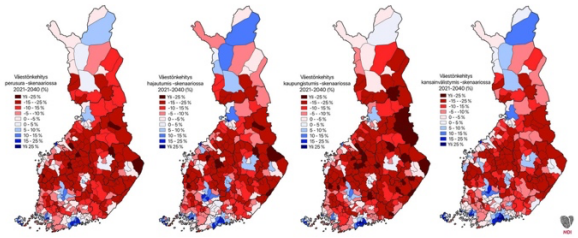
ASIANTUNTIJALAUSUNTO 1 (5)
Kristiina Patja, Dos, LT, terveydenhuollon erikoislääkäri
Terveydenhuollon professori, Helsingin yliopisto

KAA 2/2025 vp Oulaskankaan sairaalassa tulee mahdollistaa ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon päivystys

Kiitän eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokuntaa mahdollisuudesta lausua kansalaisaloitteesta : KAA 2/2025 vp Oulaskankaan sairaalassa tulee mahdollistaa ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon päivystys

Yleisesti sairaaloiden tulevaisuudesta Suomessa

Suomessa on käynnissä samantyyppinen aluekehitys kuin monissa maissa, jossa kaupungistuminen kiihtyy. Ennusteiden mukaan kehitys ei ole kääntymässä vaan Suomen väestön keskittyminen etelään ja suuriin kaupunkeihin jatkuu (Kuva 1). Kun terveydenhuolto ja erityisesti sairaala tarvitsee kalliin infrastruktuurin sekä erityiskoulutettua ammattihenkilöstä, olisi erityisesti sairaaloiden osalta oltava kansallinen pitkä ajan suunnitelma, joka huomioi väestön sijoittumisen. Osaavan henkilöstön riittävyys on merkittävä laatu- ja turvallisuushaaste. Kansalaisen kannalta kysymys on, että onko hänen kannaltaan yhdentekevää kuka häntä hoitaa vai olisiko olennaista saada osaavan ammattilaisen hoitoa? Lähisairaala voi luoda turvallisuuden tunnetta, mutta osin se voi luoda sitä väärin perustein. Sairaalaa ei tulisi pitää yllä työllisyyspoliittisista syistä, se on aivan liian kallis ja epävarma investointi, vaikka näin edelleen perustellaan sairaaloiden ylläpitoa.



Kuva 1. Suomen väestön sijoittuminen tulevina vuosina (lähde uomen-alueellinen-eriytyminen-on-tasaantumisen-sijaan-pikemmin-kiihtymassa-politiikassakin-tulisi-seurata-tarkemmin-vaestokehitysta)

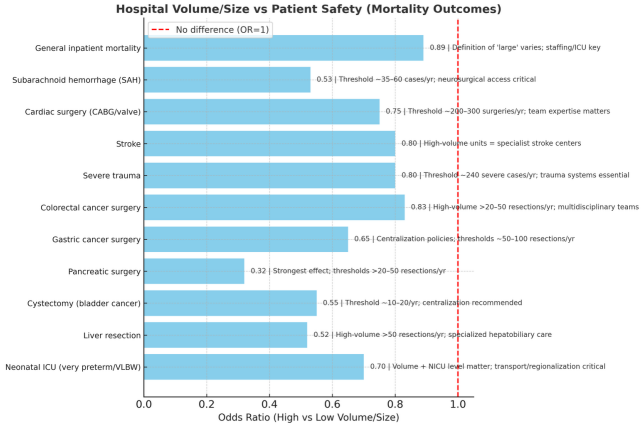
Sairaala nyt ja tulevaisuudessa

Suomalainen terveysjärjestelmä nojaa kattaviin avoterveyspalveluihin. Tutkimuksessa sairaalat jaetaan neljään ryhmään:

- Pieni sairaala (Small rural hospital), väestöpohja 10,000–50,000, ei erikoisalojen päivystystä tai leikkausvalmiutta, yöaikainen päivystys mahdollinen.
- Keskussairaala, väestöpohja 100,000–500,000, leikkausvalmius, päiväaikainen erikoisalamiehitys kohtalaisen laaja, yöaikainen päivystys.
- Yliopistosairaala, väestöpohja, 500,000+ muutamaan miljoonaan, pitkälle erikoistunut hoito ja diagnostiikka kaikilla erikoisaloilla
- Kansallinen osaamiskeskus, jossa hoidetaan kansallisesti kaikki ko. maan tai hyvin laajan alueen harvinaiset tai vaikeahoitoiset potilaat.

Suomessa on tällä hetkellä viisi yliopistosairaalaa, joista yhdessä on saatavilla kaikkien erikoisalojen osaaminen ja koulutus sekä jossa on kansallisia osaamiskeskuksia. Lääketieteen kehitys kulkee eteenpäin ja se tarkoittaa nyt ja tulevaisuudessa yhä erikoistuneempia hoitoja sekä tarvetta keskittää osaamista. Tutkimuksesta tiedetään, että monien sairauksien kohdalla hoidon laatu ja turvallisuus ovat parempia suurissa yksiköissä, joissa osaamista edellyttäviä toistoja ja toisaalta erikoituneita tiimejä on mahdollista pitää yllä. Oheisessa kuvassa muutamia esimerkkejä tutkimuksista.

Kuva2. Sairalaan potilasmäärä/koko vrs. Potilasturvallisuus (kuolleisuus)



Monissa maissa on jouduttu sairaalaverkkoa keskittämään ja toki Tanskan tilanne ei ole verrattavissa Suomeen sen etäisyyksien takia, mutta myös Australiassa ja USA:ssa sairaalaverkkoa jo keskitetty. Havainnot tutkimuksista ovat:

- **Parantunut hoidon laatu**: Monissa maissa, kuten Yhdysvalloissa ja Iso-Britanniassa, yöpäivystysten keskittäminen on johtanut hoidon laadun paranemiseen. Kun potilaat ohjataan erikoistuneisiin keskuksiin, joissa on enemmän resursseja ja asiantuntevaa henkilökuntaa, hoitotulokset ovat usein parempia.
- **Tehokkuuden lisääntyminen**: Keskittämisen myötä on havaittu, että resurssien käyttö tehostuu. Esimerkiksi Norjassa ja Ruotsissa yöpäivystysten keskittäminen on auttanut vähentämään päällekkäisyyksiä ja parantamaan henkilöstön työskentelyolosuhteita, mikä puolestaan on lisännyt työntekijöiden tyytyväisyyttä.
- **Alueellinen eriarvoisuus**: Toisaalta yöpäivystysten keskittämisellä voi olla myös haittavaikutuksia, kuten alueellinen eriarvoisuus. Esimerkiksi Itävallassa ja Saksassa on raportoitu, että pienemmillä ja syrjäisemmillä alueilla asuvien potilaiden on vaikeaa päästä hoitoon, mikä voi johtaa hoidon viivästymiseen ja potilasturvallisuuden heikkenemiseen.
- **Potilaiden ohjaaminen**: Useissa maissa, kuten Alankomaissa, on kehitetty järjestelmiä, jotka ohjaavat potilaita tehokkaasti oikeisiin hoitopaikkoihin. Tällaiset järjestelmät voivat sisältää puhelinpalveluja tai digitaalisia alustoja, jotka auttavat potilaita arvioimaan, tarvitsevatko he kiireellistä hoitoa vai voisivatko he hakeutua muualle.
- **Kustannustehokkuus**: Keskittämisellä on havaittu olevan myös taloudellisia hyötyjä. Esimerkiksi Kanadassa on todettu, että yöpäivystysten keskittäminen voi vähentää kustannuksia ja parantaa palveluiden saatavuutta, kun resurssit kohdennetaan tehokkaammin.
- **Koulutus ja osaamisen kehittäminen**: Useissa maissa keskitetyt yöpäivystyspalvelut ovat mahdollistaneet henkilöstön jatkuvan koulutuksen ja erikoistumisen. Tämä voi parantaa hoidon laatua ja potilasturvallisuutta.

Suomessa on edessä sairaalaverkon tarkasteleminen laadun ja turvallisuuden näkökulmista, jossa osaajien riittävyys tulee olemaan se merkittävin tekijä. Potilaan hoidon aloittaminen etänä sekä ambulanssien osaamistason edelleen kehittäminen tulevat todennäköisesti olemaan yhä merkittävämpiä. Oulaskankaan päivystyksen osalta terveyskeskustasoinen päivystys asettunee pienen /rural) sairaalan ryhmään, joka on erityisen haavoittuvainen ammattilaisten vaihtumiselle, vuokratyövoimalle sekä osaamisen kehittymiselle. Kuljetuskustannukset on helpompi laskea kuin kustannukset hoidon laadun vaihtelusta tai siitä, että väestö hakeutuu lähipalveluun, kun oikea paikka olisi keskussairaalatason hoitopaikka. Siksi taloudelliset arviot tulevat olemaan hyvin epäluotettavia. Päätöksiä tulisi tarkastella vähintään 10–15 vuoden aikaperspektiivillä huomioiden muuttoliike ja eritystä painoa tulee panna hoidon laatuun ja turvallisuuteen.

Hyvinvointialueiden resurssien jakautuminen alueilla

Hyvinvointialueiden väestö ja maantieteellinen rakenne ovat erilaisia. Nykyinen lainsäädäntö ja ohjaus lähtee siitä, että kaikkia ohjataan näennäisesti saman lain puitteissa. Tämä on jo nyt osoittautunut haastavaksi, kun olosuhteet ovat hyvin erilaiset eri puolilla maata. Suomalaista terveysjärjestelmää ei ohjata kokonaisuutena vaan STM keskittyy HVA ohjaukseen, joka on vain osa kokonaisuudessaan 32 mrd.€ kokonaisuudesta. Olisi syytä hyväksyä monikanavarahoitus ja monikanavatuottajuus, mutta ohjaus keskittää samoihin periaatteisiin ja velvoitteisiin. STM:n sairaalatyöryhmä on kuitenkin linjannut erinomaisesti kriteerejä yöpäivystykselle.

- Yöaikaisten päivystysvalmiuksien vähentäminen: Ympärivuorokautista perusterveydenhuollon päivystystä tulisi ylläpitää vain erityistapauksissa, kuten pitkien etäisyyksien vuoksi. Yöajan päivystysvalmiuden ylläpito ei tuota riittävästi terveyshyötyä suhteessa resursseihin.
- Väestön ohjaus oikea-aikaiseen hoitoon: Väestöä tulee ohjata käyttämään päivystystä vain silloin, kun se on todella tarpeellista. Tämä voidaan toteuttaa esimerkiksi digitaalisten hoitopolkujen ja muiden palveluiden avulla.
- Etäkonsultaatiot: Yleislääketieteen tasoisten osastojen yöaikaiset lääkäripalvelut voidaan turvata etäkonsultaatioilla, mikä mahdollistaa potilasturvallisuuden ylläpidon.

Hyvinvointialueiden rahoitus on yleiskatteellista, eikä se ole kohdennettu tiettyyn tarkoitukseen. Tämä tarkoittaa, että hyvinvointialueet saavat varat kokonaisuutena, ja niiden on itse päätettävä, mihin rahoitus käytetään. On hyvä ymmärtää, että yöpäivystyksen kriteerit ja rahoitus ovat tiiviisti sidoksissa toisiinsa: päivitysresurssi poissa muusta HVA toiminnasta, vaihtoehtoiskustannus. Nyt lainsäädännöllä rajoitetaan tätä oikeutta ja näissä pienissä muutoksissa tarvitaan lainsäädännöllisiä keinoja. Tämä ei ole järkevää. Kuitenkaan sairaaloiden ylläpitämistä avopalvelujen karsimisen kustannuksella ei voi pitää järkevänä ja alueellisesti avopalvelujen saatavuuden ja hoidon jatkuvuuden edellyttäminen ja seuranta voisivat toimia pidemmällä aikavälillä ohjaavina tekijöinä. STM:n raportissa todetaan, että muutosten vaikutuksia kustannusten hillinnässä ei voida tarkasti arvioida ilman kattavaa analyysia. Kustannusten hillinnän potentiaalia on odotettavissa, kun sairaala- ja päivystysverkkoa tiivistetään ja henkilöstöresursseja optimoidaan.

Arvioidessaan HVA:t joutuvat pohtimaan seuraavia kysymyksiä:

- **Tehokkuuden parantaminen**: Keskittämällä yöpäivystystoimintaa voidaan saavuttaa suurempia volyymeja, mikä voi parantaa resurssien käyttöä ja vähentää päällekkäisyyksiä. Tämä voi johtaa tehokkaampaan hoitoon ja nopeampiin päätöksiin.
- **Asiantunteva hoito**: Kun yöpäivystys keskitetään tiettyihin yksiköihin, voidaan varmistaa, että potilaiden hoitoon osallistuu erikoislääkäreitä ja asiantuntevaa henkilökuntaa. Tämä voi parantaa hoidon laatua ja potilasturvallisuutta.
- **Kustannussäästöt**: Keskittäminen voi johtaa kustannussäästöihin, kun resursseja käytetään tehokkaammin. Tämä voi tarkoittaa esimerkiksi vähemmän henkilöstökuluja ja vähemmän tarvetta ylläpitää useita päivystysyksiköitä.
- **Parempi hoitoketju**: Keskitetyt palvelut voivat parantaa hoitoketjun sujuvuutta, kun potilaat ohjataan tehokkaammin oikeisiin hoitopaikkoihin. Tämä voi vähentää hoitoon pääsyn viivästyksiä ja parantaa hoitotuloksia.
- **Kehittyneet palvelut**: Keskittämisen myötä voidaan myös kehittää erikoistuneita palveluja ja hoitopolkuja, jotka vastaavat paremmin potilaiden tarpeita. Tämä voi sisältää esimerkiksi parempia etäkonsultaatioita ja digitaalisia palveluja.
- **Koulutus ja osaamisen kehittäminen**: Keskitetyt yksiköt voivat tarjota enemmän mahdollisuuksia koulutukseen ja osaamisen kehittämiseen henkilöstölle, mikä voi parantaa hoidon laatua ja henkilöstön tyytyväisyyttä.
- **Väestön terveydenhuollon tasa-arvo**: Keskittämällä palvelut voidaan varmistaa, että kaikilla potilailla on yhtäläinen pääsy korkealaatuiseen hoitoon, riippumatta siitä, missä he asuvat. Tämä voi vähentää alueellisia eroja terveydenhuollossa.

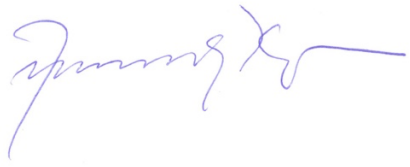
Alueellinen kokonaissuunnittelu pitkällä aikavälillä

STM:n raportti herätti paljon vastarintaa, vaikka se oli ehdotuksiltaan maltillinen huomioiden sairaaloita ja niiden tulevaisuutta koskevan tutkimuksen. Raportin uhat voidaan osin välttää viisaalla resurssoinnilla lähiavopalvelujen **saatavuuteen**

1. **Potilasturvallisuus**: Yöpäivystyksen väheneminen voi johtaa tilanteisiin, joissa potilaat eivät saa tarvittavaa hoitoa nopeasti. Tämä voi erityisesti vaikuttaa akuutisti sairastuneiden tai onnettomuuden uhreiksi joutuneiden potilaiden hoitoon. **Toisaalta: liian pienet päivystykset ovat tutkimusten mukaan potilasturvallisuusuhka**
2. **Päätöksenteon viivästyminen**: Jos yöpäivystystä ei ole riittävästi, potilaat saattavat joutua odottamaan pitkään ennen kuin he saavat hoitoa tai asiantuntevaa konsultaatiota. Tämä voi johtaa huonontuneeseen hoitotulokseen. **Toisaalta, jos hoitava ammattilainen ei ole riittävän kokenut ja/tai ammattitaitoinen, hoito voi viivästyä yhtä lailla, erityisesti esim. vuokratyövoimalla toimiessa**
3. **Yhteydenpidon vaikeutuminen**: Yöaikaisessa päivystyksessä voi olla haasteita yhteydenpidossa erikoislääkäreihin tai muihin asiantuntijoihin, mikä voi viivyttää potilaan hoitoa ja vaikuttaa hoitoketjun sujuvuuteen. **Konsultaatioiden sujuvuus on laatu/turvallisuustekijä**
4. **Väestön terveydenhuollon epätasa-arvo**: Yöpäivystyksen väheneminen voi johtaa eriarvoisuuteen eri alueiden välillä, erityisesti maaseutu- ja harvaan asutuilla alueilla, joissa päivystysmahdollisuudet ovat jo ennestään rajalliset. Tämä voi lisätä eroja hoidon saatavuudessa ja laadussa. **Toisaalta, jos kustannusten tulee jakautua samoin perustein alueellisesti, niin perustason hoidosta tingittävä, matalan kynnyksen avohoidon ensisijaisuus?**
5. **Väestön luottamus terveydenhuoltoon**: Mikäli yöpäivystystä vähennetään ilman riittäviä vaihtoehtoja tai selkeitä ohjeita, se voi heikentää väestön luottamusta terveydenhuoltojärjestelmään. Potilaat saattavat kokea, että he eivät saa tarvitsemaansa hoitoa, mikä voi johtaa hoitoon hakeutumisen viivästymiseen**. Olennaista on pelastuslaitoksen toiminta ja avopalveujen saatavuus hoitoon ajoissa hakeutumisessa**
6. **Kustannukset ja resurssien väärinkäyttö**: Yöpäivystyksen väheneminen voi johtaa tilanteisiin, joissa potilaat hakeutuvat päivystykseen aikaisemmin tai useammin, mikä voi lisätä kustannuksia ja kuormittaa muita terveydenhuollon palveluita. **Tämä tilanne on nykyisin, kun avopalveluihin ei pääse oikea-aikaisesti.**

Yhteenvetona totean, että vaikka ymmärrän alueen väestön kokeman tarpeen sekä poliittisen paineen, olisi hyvä löytää muu ratkaisu kuin lainsäädännön avaaminen aina, kun paikallisesti sovitellaan terveyspalvelujen kehittämistä. Sairaaloiden väestöpohjan kansallinen määrittäminen sekä tehtäväjaon ja keskittämisen kehitykselle ei ole näkyvissä loppua nykyisen väestökehityksen puitteissa, joten soisin, että terveysjärjestelmää kehitetään niin, että se huomioi tulevaisuuden lääketieteellisen hoidon korkean tason mahdollisuudet pienessä maassa.

Helsingissä 12.9.2025



Kristiina Patja
terveydenhuollon professori
Helsingin yliopisto
kristiina.patja@helsinki.fi

Kirjallisuus lausunnon taustalla:

Christiansen T, Vrangbæk K. Hospital centralization and performance in Denmark-Ten years on. Health Policy. 2018 Apr;122(4):321-328. doi: 10.1016/j.healthpol.2017.12.009. Epub 2018 Feb 9. PMID: 29475739.

Eriksson CO, Stoner RC, Eden KB, Newgard CD, Guise JM. The Association Between Hospital Capacity Strain and Inpatient Outcomes in Highly Developed Countries: A Systematic Review. J Gen Intern Med. 2017 Jun;32(6):686-696. doi: 10.1007/s11606-016-3936-3. Epub 2016 Dec 15. PMID: 27981468; PMCID: PMC5442002.

Hoshijima H, Wajima Z, Nagasaka H, Shiga T. Association of hospital and surgeon volume with mortality following major surgical procedures: Meta-analysis of meta-analyses of observational studies. Medicine (Baltimore). 2019 Nov;98(44):e17712. doi: 10.1097/MD.0000000000017712. PMID: 31689806; PMCID: PMC6946306.

Lasater KB, Sloane DM, McHugh MD, Cimiotti JP, Riman KA, Martin B, Alexander M, Aiken LH. Evaluation of hospital nurse-to-patient staffing ratios and sepsis bundles on patient outcomes. Am J Infect Control. 2021 Jul;49(7):868-873. doi: 10.1016/j.ajic.2020.12.002. Epub 2020 Dec 10. PMID: 33309843; PMCID: PMC8190185.

Mohammadi, F., Salimi, R., Shokouhi, M. *et al.* Design and psychometric evaluation of the Emergency Medical Services Safe Care Scale (EMSSCS): a mixed-method study. *BMC Emerg Med* **25**, 67 (2025). https://doi.org/10.1186/s12873-025-01222-y

Omori K, Vulliamy P, Aylwin C, Nagasawa H, Kan S, Takahashi J, Yamada N, Davenport R. Comparative analysis of emergency medical systems in the UK and Japan: recommendations for Japan based on on-site observations in the UK. Int J Emerg Med. 2025 Aug 20;18(1):155. doi: 10.1186/s12245-025-00956-7. PMID: 40835895; PMCID: PMC12366188.

Kansallinen erikoissairaanhoidon sairaaloiden ja päivystysten porrasteisuuden, työnjaon ja yhteistyön selvitys VN/24983/2023