

EDUSKUNNAN SOSIAALI-JA TERVEYSVALIOKUNNALLE

StV@eduskunta.fi

Asia: HE 241/2020 vp Hallituksen esitys eduskunnalle hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi.

Näkökulma hyvinvointialueiden aluejakoon

Sairaanhoitopiireihin perustuva aluejako onnistunut – vahvistaa peruspalveluita

Hallituksen esitys eduskunnalle hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi on hyvin laaja kokonaisuus. Se luo alueellisen rakenteen suomalaiseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon tuleviksi vuosikymmeniksi. On syytä muistaa, että tällä lakipaketilla kumotaan vuoden 1972 kansanterveyslaki ja vuoden 1989 erikoissairaanhoitolaki, jonka taustalla on pitkälti jo vuoden 1943 keskussairaalalaki. Uudella lainsäädännöllä muutetaan siis yli 50 vuotta toiminutta järjestelmää. On nähtävissä, että uusi nyt hyväksyttävä järjestämisen aluerakenne tulee olemaan käytössä useita vuosikymmeniä, vaikka lakiin on kirjattu tavat aluerakenteen muuttamisesta. Lakiesitys betonoi aluerakennetta pitkäksi ajaksi. Aluekehityksen, kantokyvyn ja väestökehityksen pitkän aikavälin trendejä on vaillinaisesti arvioitu. Muuttoliike ja ikääntyminen muuntaa alueiden voimavaroja voimakkaasti tulevana vuosikymmeninä.

Esitys alueellisesta rakenteesta perustuu pitkälti nykyiseen sairaanhoitopiirijakoon ja siten vanhaan keskussairaalaverkostoon, vaikka varsinaisesti edetään maakuntarakenteella. Tällainen alueellisen jaon pohja on hyvä. Jo nyt on monessa sairaanhoitopiirissä toteutettu hyvinvointikuntayhtymiä, jotka ovat toiminnallisesti lakiesityksen mukaisia. Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluiden näkökulmasta voidaan tällaisella aluerakenteella ottaa usein kattavasti huomioon paikalliset erot palveluiden tarpeessa ja saavutettavuudessa.

Kattavien erikoissairaanhoidon palveluiden järjestämiseen osa nyt suunnitelluista hyvinvointialueista ovat liian pieniä. Tämä koskee vaativampaa leikkaushoitoa, kuten syöpäleikkauksia, mutta edellyttää erityisjärjestelyitä usein myös synnytysten hoidossa sekä psykiatrian tahdonvastaisen hoidon toteutuksessa. Kattaviin palveluihin vastaaminen edellyttää toimivaa yhteistyöalueen yhteistyösopimusta. Usein tämä tarkoittaa yhteistyöalueen yliopistosairaalan halua ja mahdollisuutta tukea pienempiä hyvinvointialueita.

Yliopistosairaalan velvollisuus avustaa pieniä hyvinvointialueita on lakiesitykseen kirjattu ohuesti.

Nykyinen lakiehdotus palveluiden järjestämisen aluerakenteen osalta on hyvä kompromissi noin 300 kuntajärjestäjän ja viiden yliopistollisen alueen välillä. Hyvinvointialuemallilla turvataan erityisesti paikalliset olosuhteet huomioivat peruspalvelut. On muistettava, että juuri sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluiden toimintavolyymit ovat suurimmat ja ne koskettavat lähes kaikkia suomalaisia.

Kahden lähellä toisiaan olevan sairaalan sijoittaminen eri hyvinvointialueisiin turvaa sairaaloiden olemassaoloa – esimerkkinä Pietarsaaren sairaala

Lakiesityksessä ei kaikilta osin ole noudatettu sairaanhoitopiirijakoa ja asukkaiden asiointisuuntaa. Esimerkiksi Kruunupyyn kunta kuuluu esityksen mukaan Pohjanmaan hyvinvointialueeseen, vaikka se on Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunta. Kruunupyyn keskustasta on vain 16 kilometriä Keski-Pohjanmaan keskussairaalaan ja 110 kilometriä Vaasan keskussairaalaan. On selvää, että väestö tulee käyttämään jatkossakin erikoissairaanhoidon palveluihin Keski-Pohjanmaan keskussairaalaan eikä tule hakeutumaan Vaasan keskussairaalaan. Toisaalta peruspalveluiden osalta Kruunupyyn suuntautuminen voi vahvistaa Pietarsaaren alueen peruspalveluiden tarjontaa ja tukea Kruunupyyn asukkaiden ruotsinkielisten palveluiden saantia. Esitys voi samalla tukea paikallista konservatiivista peruserikoissairaanhoidon tarjoavaa Pietarsaaren sairaalaa. Kokkolan ja Pietarsaaren kaupungit kuuluvat samaan työssäkäyntialueeseen, mutta kuuluisivat eri hyvinvointialueisiin. Mallissa Pietarsaaren sairaalalla on paremmat mahdollisuudet säilyttää asemansa konservatiivisia kuntouttavia erikoissairaanhoidon palveluita tarjoavana sairaalana samalla, kun väestö käyttää esimerkiksi synnytyspalveluissa lähellä olevaa Keski-Pohjanmaan keskussairaala. Kahden lähellä olevan samalaista palvelua ylläpitävän samaan hyvinvointialueeseen kuuluvan sairaalan toimintojen tehostamistarpeet johtaisivat helposti toiminnan keskittämiseen yhteen yksikköön eli käytännössä niistä suurempaan sairaalaan. Nyt riskiä tällaisesta ei ole.

Ikääntyneiden määrä kasvaa Uudellamaalla kaikkein nopeimmin – missä on palveluiden integraatio

Lakiesitystä valmisteltaessa kuntien ja alueiden mielipiteen kuuntelu aluerakenteesta on toteutettu kattavasti ja kuntien mielipidettä on pääsääntöisesti noudatettu. Tämä näkyy erityisesti Uudenmaan maakunnan alueella. Samalla Uusimaa on hajotettu maantieteellisesti pieniin hyvinvointialueisiin, vaikka alue on käytännössä yhtä ja samaa työssäkäynti- ja asiointialuetta. Asukkaiden näkökulmasta kuntien rajoilla on varsin vähäinen merkitys Uudellamaalla. Muodostuvien hyvinvointialueiden asukasmäärät ovat suuria ja väestöltään

kasvavia sekä ikärakenne suhteellisen nuorta ja tulo- ja koulutustaso korkeaa. Uudenmaan jaossa menetetään kuitenkin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden integraatio, kun erikoissairaanhoidon on osittain erillään hyvinvointialueiden palvelutoiminnasta. Tämä vaikeuttaa kattavien hoitoketjujen rakentamista ja helposti johtaa esimerkiksi erilaisten tietojärjestelmien käyttöön, josta on jo alueella esimerkkejä. Seuraavan 20 vuoden aikana Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan Uudellamaalla yli 74-vuotiaiden määrä lisääntyy lähes 120.000 asukkaalla ja samalla erityisesti hoivapalveluiden ja terveydenhuollon peruspalveluiden tarve lisääntyy nopeasti ja nopeammin kuin muualla Suomessa. Tämä edellyttäisi erityisesti hyvin integroitua palvelujärjestelmää ja yhtenäisiä digitaalisia palveluita. Nyt alueellinen hajautettu rakenne ei tarjoa siihen hyviä edellytyksiä. Väestökehitystä ja erityisesti ikääntyvän väestön nopeaa kasvua Uudellamaalla ja erityisesti Helsingin seudulla ei ole riittävästi huomioitu.

Lakiesitys sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä toteaa, että HUS-yhtymä koordinoi Uudenmaan alueella HUS-yhtymän ja hyvinvointialueiden varautumista. Koronaepidemiasta poiketen on arvioitavissa, että tulevat varautumista vaativat poikkeusolosuhteet aiheuttavat usein suurimman paineen erikoissairaanhoidon sijasta sosiaalipalveluihin. Koska HUS-yhtymän normaaliolojen palvelut keskittyvät vaatimaan erikoissairaanhoidon, on kysyttävä, onko HUS-yhtymällä riittävästi osaamista ja tietoa peruspalveluiden kokonaisuudesta. Muilla yliopistollisilla hyvinvointialueilla on luontaisesti paremmat edellytykset kattavan varautumisen luomiseen ja suunnitteluun osana päivittäistä työtä. Tämä koskee erityisesti valtakunnallista peruspalveluiden operatiivisen osaamisen hallintaa poikkeusoloissa.

Etelä-Savon hyvinvointialueella ei ole henkilöstöä ja taloudellisia resursseja ylläpitää kahta päivystävää ja leikkaavaa keskussairaalaa

Lakiesityksen suurin haaste liittyy Itä-Savon alueen pitkän aikavälin palveluiden järjestämiseen. Suunniteltu Etelä-Savon hyvinvointialue on Suomen hyvinvointialueista tulevaisuutta ajatellen heikoin. Alueen väestö on hyvin iäkästä, tulotaso ja koulutustaso matala sekä syntyvyys vähentynyt nopeasti. Maakunnan suurimmassa keskussairaalassa synnytystoiminta on jatkunut toistuvilla poikkeusluvilla ja toisessa keskussairaalassa synnyttäjien määrän kutistuttua loppunut. Poismuutto on alueelta voimakasta ja väestöstä puuttuvat erityisesti nuoret naiset.

Etelä-Savon maakunnan molemmat keskussairaalat (Mikkeli ja Savonlinna) ovat toimintoiltaan varsin samanlaisia. Molemmat sairaanhoitopiirit ovat toteuttaneet laajasti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden integraation. Molemmissa toteutetaan leikkaustointa kuten tekonivelleikkauksia ja pehmytosaleikkauksia sekä molemmat hoitavat kaavoava sydänsairauksien hoitoa kuten sepelvaltimoiden pallolaajennuksia. Molemmissa on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys usealla erikoisalalla.

Laitteistojen ja tilojen suhteen molemmat sairaalat ovat hyvin varustettuja. Mikkelin keskussairaala on väestöltään ja toiminnoiltaan kaksi kertaa suurempi kuin Savonlinnan keskussairaala. Mikkelin keskussairaalassa on toteutettu laaja uudisrakentaminen ja parhailaan on rakenteilla uusi sairaalarakennus. Savonlinnassa rakennetaan sairaalaan liittyvää peruspalveluiden yksikköä. Jo vuonna 2018 Maakuntien tilakeskus arvioi Etelä-Savon sote-kiinteistöjen laskennalliseksi vuokratustannukseksi vuosittain 67 miljoonaa euroa. Tämä on asukasta kohden maan korkein eli lähes kaksinkertainen Uuteenmaahan verrattuna ja vastaa noin 1.000 lähihoitajan vuosipalkkaa sivukustannuksin. Nyt kiinteistöjä rakennetaan lisää.

Kahden toiminnoiltaan samanlaisen hyvin varustetun keskussairaalan yhteistyön rakentaminen on ongelmallista. Sitä on jo vuosia yritetty tehdä tuloksetta. Mikkelin ja Savonlinnan eivät ole toistensa työssäkäyntialueita ja väestöt käyttävät hyvin vähän toisen keskussairaalan palveluita. Savonlinnan keskussairaala käyttää Mikkelin Moision psykiatrisen sairaalan palveluita tahdonvastaisessa hoidossa. Mikkelin ei hyödynnä mitään Savonlinnan sairaalan palveluita. Itä-Savon asukkaat käyttävät Kuopion yliopistosairaalan palveluita kuusi kertaa enemmän somaattisessa erikoissairaanhoidossa kuin Mikkelin keskussairaalan palveluita (mittarina kuntalaskutus). Erityisvastuualueen järjestämissopimuksessa on sovittu, että leikkaukset, joita ei Savonlinnassa tehdä lähetetään Kuopioon eikä Mikkeliin, vaikka Mikkelin niitä suorittaisi. Savonlinnan asukkaat ovat kansalaiskyselyssä lausuneet kantanaan, että he haluavat palvelut Mikkelin sijasta Kuopiosta. Myös terveydenhuollon henkilökunta, kaupunki ja sairaanhoitopiiri katsovat Kuopion olevan oikea suunta.

Lakiesitys antaa mahdollisuuden kahden päivystävän sairaalan toimintaan Etelä-Savon hyvinvointialueella vuoteen 2032 asti. Ylimääräistä rahoitusta siihen ei ole luvassa. Vaikka laskentamallin tuottama rahoitus Etelä-Savolle on asukasta kohden valtakunnan korkeimpia ja siirtymätasaus tukee rahoitusta, tulee palvelutarpeen muutokseen vastaaminen ja toiminnan kehittäminen erittäin haasteelliseksi hyvin nopeasti. Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaisesti alueen asukkaisen määrä vähenee keskimäärin noin 1300 asukkaalla vuodessa. Tämä tietäisi laskennallisesti yli kuuden miljoonan euron vuosittaista vähennystä hyvinvointialueen rahoituksessa. Todellisuudessa asukasluvun vähennys on ollut ennustetta huomattavasti suurempi, esimerkiksi vuonna 2019 yli 2000 henkeä.

On nähtävissä, että suunniteltu Etelä-Savon hyvinvointialue joutuu aloitettuaan toimintansa parin vuoden sisällä saneeraamaan palvelurakennettaan merkittävästi, jos rahoitus toteutuu esitetyn rahoituslaskelman mukaisena. Sairaaloiden erikoislääkäripula voi johtaa vielä nopeampaan toimintojen muutostarpeeseen. Jo nyt on huomattavia vaikeuksia anestesialääkäreiden saatavuudessa ja tästä voi seurata nopeasti tarve keskittää leikkaustoiminta ja samalla yhteispäivystys vain yhteen sairaalaan. On selvää, että päivystys ja leikkaustoiminta tällöin keskittyy hyvinvointialueen suurempaan sairaalaan eli Mikkelin keskussairaalaan.

Vahvaa Kuopion yliopistollista sairaalaa tarvitaan patoamaan Itä-Suomen tyhjennistä väestöstä

Kuopion yliopistollinen sairaala on väestöltään yliopistosairaaloista pieni. Sen väestöpohja on noin puolet muista maakunnallisista yliopistosairaaloista (Oulu, Turku ja Tampere). Tämä näkyy myös suoriteluvuissa kuten synnytyksissä ja leikkaustoiminnassa sekä erikoislääkärikoulutuksessa. Yliopistosairaala ei ole väestöltään erityisvastuualueensa suurin sairaala. Keski-Suomen keskussairaala on osassa vaativia syöpäleikkauksia yliopistosairaala kaks kertaa suurempi toimija. Keski-Suomen keskussairaalaassa tehdään laajasti akateemista tieteellistä tutkimusta ja sen osaaminen on korkeatasoista. Uusi sairaalarakennus modernein varustein on juuri otettu käyttöön. Näin on mahdollistettu tehokkaat prosessit. Jämsän kaupungin siirto Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä Keski-Suomen hyvinvointialueelle edelleen vahvistaa Keski-Suomen keskussairaalaan väestöpohjaa. Myös Mikkelin keskussairaalan laaja yhteistyö Keski-Suomen suuntaan lisää sairaalan painoarvoa. Sydänsairauksien erikoissairaanhoidon siirtyminen Keski-Suomen keskussairaalaan Tampereen Sydänsairaalan toiminnaksi muuttaa painopistettä Tampereen yliopistosairaalan suuntaan. Voidaankin kysyä, mikä sairaala on Itä-Suomen johtava sairaala.

Jos väestökehitys jatkuu samanlaisena, kuin se on ollut viimeisen parinkymmenen vuoden aikana, häviää itäisestä Suomesta noin 130.000 asukasta eli yhden maakunnan verran seuraavan kahden vuosikymmenen aikana. Itä-Suomesta puuttuu vahva keskus, joka pystyy pysäyttämään muuttovirtaa etelään ja länteen. Muuttovirran patoaminen edellyttää vahvaa yliopistoa ja siten myös siihen liittyvää vahvaa yliopistosairaala. Nyt sellaista ei ole Kuopiossa. Pohjois-Savon väkiluku ja siten yliopistosairaalan väestön määrä on liian pieni. Olisi ensiarvoisen tärkeää pystyä kasvattamaan Kuopion yliopistosairaalan väestöpohjaa.

Pieksämäen kaupunki on lausunnossaan esittänyt Savon hyvinvointialueen perustamista. Tällä voitaisiin muodostaa lähes 400.000 asukaan yliopistollinen hyvinvointialue. Silloin lähestyttäisiin sitä väestöpohjaa, mitä muilla yliopistollisilla hyvinvointialueilla on. Se mahdollistaisi kattavasti vaativan osaamisen ylläpidon ja kilpailuasetelman parhaista osaajista kilvoiteltaessa. Ottaen huomioon toteutettavan lainsäädännön aikataulun, ei tämä valitettavasti ole realistinen vaihtoehto tässä vaiheessa. Itä-Savon siirtäminen lausunnolla olleen lakiesityksen mukaisesti osaksi Pohjois-Savon hyvinvointialuetta mahdollistuisi noin 300.000 asukkaan väestöpohja, joka vahvistaisi merkittävästi yliopistosairaalan asemaa. Kuopion yliopistosairaalan ja Savonlinnan keskussairaalan toiminnot ovat erilaisia, jolloin kilpailuasetelmaa ei muodostuisi. Yliopistollisen sairaalan osana Savonlinnan keskussairaalan henkilöstön rekrytointi helpottuisi ja sairaalaa voitaisiin käyttää opetussairaala. Digitaaliset yhteydet mahdollistaisivat yhteiset kliiniset klinikkayhteisöt. Ratkaisu mahdollistaisi Itä-Savon väestölle hyvät yhtenäiset hoitoprosessit yliopistosairaalan kanssa. Itä-Savon sairaanhoitopiirin kokemus peruspalvelujen integroinnissa erikoissairaanhoidon toisi osaltaan osaamista yliopistolliselle hyvinvointialueelle.

Vuonna 2019 toteutettu Pohjois-Savon ja Itä-Savon sairaanhoitopiirien yhteenliittymisen hankeselvitys tuotti hyvän tietopohjan kliiniselle yhteistoiminnalle ja potilaspolkujen rakentamiseen. Selvitysraportin mukaan suurimmat haasteet liittyivät peruspääomiin, kiinteistöjen omistukseen ja nykyiseen lainsäädäntöön. Nyt sote-lainsäädännössä on näihin hallinnollisiin asioihin kirjattu ratkaisut, joten vuonna 2019 valmisteltu hanke sairaanhoitopiirien yhdistämisestä yhdeksi hyvinvointialueeksi olisi helppo toteuttaa. Siten voitaisiin turvata Itä-Savon asukkaiden erikoissairaanhoidon palveluiden saavutettavuus ja samalla vahvistaa yliopistosairaala.

Etelä-Savon sairaanhoitopiiri hyvinvointialueena onnistuu parhaiten yksin – toimintojen saneeraustarve pienenee

Itä-Savon suuntautuminen Pohjois-Savoon pienentäisi muodostuvan Etelä-Savon hyvinvointialueen väestön vajaan 100.000 asukkaan suuruiseksi. Alue on kulttuurisesti hyvin yhtenäinen kuten lähes puolta pienemmät Kainuu ja Keski-Pohjanmaa. Alue on Pieksämäen kaupunkia lukuun ottamatta yhtä työssäkäyntialuetta. Palvelujen integraatio on pitkälti toteutettu ja uusi sairaala Mikkelin ydinkeskustassa hyvin varustettu. Sillä on hyvät mahdollisuudet toimia ja vaativammassa erikoissairaanhoidossa suuntautua Jyväskylään ja Kuopioon. Yhteinen Etelä- ja Itä-Savon sairaanhoitopiireistä muodostuva hyvinvointialue joutuisi aloituksen jälkeen vaikeaan ja repivään toimintojen saneeraukseen. Yksin Etelä-Savon sairaanhoitopiiristä muodostuva hyvinvointialue olisi paljon vahvempi toimija, kuin Itä-Uudenmaan hyvinvointialue, jolta puuttuu yhtenäinen kulttuuritausta ja integraatio.

Yhteenveto

Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat tärkeimpiä julkisista palveluista väestölle. Ne koskettavat käytännössä jokaista kansalaista ja palvelutapahtumien määrä on useita kymmeniä miljoonia vuodessa. Tämä korostaa alueellisen rakenteen merkitystä palveluiden saavutettavuuden näkökulmasta. Aluehallinnon ja monialaisten maakuntien parlamentaarinen selvitys esitti, että tässä vaiheessa hyvinvointialueilla edetään sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastuksen sisällöllä. Pelastustoiminnan tehtävistä suurin osa on ensihoitoa, joka on kiinteä osa terveydenhuoltoa.

Hyvinvointialueiden aluerakennetta tulisi tarkastella pitkän aikavälin aluetalouden ja demografisten muutostekijöiden valossa, kun pyritään hyvään palveluiden saavutettavuuteen. Tällöin väestöpohja, sen rakenne ja erityisesti kehitys seuraavina vuosikymmeniä ovat keskeisin elementti suunnitteluun.

Hyvinvointialuejaolla tulisi pystyä vahvistamaan Kuopion yliopistollisen sairaalan asemaa Itä-Suomen vaativan erikoissairaanhoidon ja osaamisen keskuksena. Lakiesitys ei turvaa

yliopistosairaallalle riittävää väestöpohjaa. Yliopistosairaalan ja samalla yliopiston asema terveydenhuollon alueellisessa kehittämisessä jää muun maan yliopistollisia hyvinvointialueita heikommaksi. Tämä vaikuttaa negatiivisesti myös Itä-Suomen aluetalouteen ja sitä kautta väestökehitykseen. Itä-Savon ja Etelä-Savon sairaanhoitopiirien liittämien yhteen Etelä-Savon hyvinvointialueeksi johtaa rahoituksen ja henkilöstön saatavuusongelmien takia esitetyssä rahoitusmallissa nopeasti toiminnan saneeraustarpeeseen. Jos siihen alue vastaa vahvasti erikoissairaanhoitoa tukien, seurauksena on alueen peruspalveluiden heikkeneminen. Itä-Savon suuntautumisella Pohjois-Savoon voidaan tukea Kuopion yliopistosairaala ja samalla paremmin turvata erikoissairaanhoidon palveluiden saavutettavuus Itä-Suomen asukkaille.

Yhteenvetona voidaan todeta Etelä-Savon kohdalla seuraavaa. Kahden köyhän ja riitaisen pakkoavioliitto johtaa siihen, että perheessä tarvitaan paljon sosiaalityötä, kun rahat loppuvat. Voi olla, että tarvitaan myös poliisin käyntejä selvittämään perheen sisäisiä riitoja. Samalla pohjoisessa on talollinen, jolla on suuri tarve laajentaa tilaansa, jotta se pysyy elinkelpoisena ja menestyvänä muutoksessa. Naimakauppa pohjoiseen suutaan olisi tärkeä itäisen Suomen kylän elinvoiman näkökulmasta.

Kunnioittavasti

Helsinki 29.3.2021

Timo Keistinen,

lääket. ja kir. toht, kansanterveystieteen dosentti