

28.10.2008

## TERVEYDENHUOLTOLAKITYÖRYHMÄN MIETINTÖ

Suomen Lääkäriliitto kiittää mahdollisuudesta lausua otsikon asiasta. Kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon yhdistäminen on maamme terveyspalvelujärjestelmään suuresti ja kauan vaikuttava tärkeä uudistus, joten kommentoimme esityksiä laajasti. Lääkäriliitto pitää tärkeänä, että laki säädetään työryhmän toimeksiannon mukaisista lähtökohdista.

Yleisten huomioidemme (A) lisäksi vastaamme lausuntopyynnössä esitettyihin kysymyksiin (B) ja ehdotamme (C) eräitä tarkennustarpeita yksittäisiin pykäläteksteihin.

### A YLEISTÄ

Työryhmän muistiossa on paneuduttu moniin palvelujärjestelmämme ongelmiin, mutta mahdollisesti valmisteluajan riittämättömyyden vuoksi ei ratkaisuja kaikista niistä ole kirjattuna lakitekstin luonnokseen. Lakiehdotuksen lähtökohtana on lain tarkoituksena (2 §) mukaan mm. toimivan ja eheän palvelurakenteen luominen ja asiakaslähtöisyyden edistäminen. Tavoitteena tulisi siis olla tarkoituksenmukaista ja järkevää terveyden- ja sairaanhoitoa haittaavien rajapintojen mahdollisimman täydellinen poistaminen, hoitoketjujen sujuvoittaminen ja kansalaisen mahdollisimman suuri vallinnanvapaus. Lakiesitys on tältä osin jäänyt puolitiehen; lainsäädäntöä tulisi edelleenkin kehittää mainittuun suuntaan.

**Mielenterveyspalvelujen** koordinaation ongelma kuvataan ansiokkaasti – onko tarkoitus ollut lähiaikoina muuttaa mielenterveyslakia? B-mielisairaalaverkoston purkaminen on johtanut erilaisiin tuetun ja palveluasumisen järjestelyihin Kelan ja kuntien kustannusvastuulla, mutta psykiatristen substanssipalvelujen tarvetta niissä ei ole huomioitu. Tähän lakiluonnokseen (34 §) kirjattu ”mielenterveystyö” tarkoittanee psykiatrista palvelujärjestelmää laajempänä terminä ehkäisevää monialaista toimintaotetta, joka kuuluu pikemminkin 17 § mukaiseen asiakokonaisuuteen.

Oma ongelmakenttänsä on kasvuikäisten mielenterveystyö: perheneuvoloiden, lasten- ja nuorisopsykiatrian poliklinikoiden ja psykoterapeuttisen kuntoutuksen kokoavaa ohjausta tarvittaisiin kipeästi. Hoitotakuun, palveluketjun koordinaation ja resurssien jakauman kannalta lastenpsykiatrian nykytilanteen ongelmat ovat jo tiedossa. Koko kasvatus- ja perheneuvolajärjestelmä (=lastenpsykiatrian perustaso) tulee siirtää osaksi terveydenhuoltoa. Nykyinen toimintamalli on vanha jäännös, jolle ei enää ole mitään toiminnallisia perusteita, ja joka ylläpitää lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen hajanaisuutta. Kasvatus- ja perheneuvolojen toiminta tulisi integroida neu-

volajärjestelmän, lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon ja toimivan koulu-terveydenhuollon kanssa yhteen.

**Perusterveydenhuollon** tilanteen arvioimista vaikeuttaa luonnollisesti määräämisen PARAS -puitelain ylätasosten määräysten täytäntöönpanon keskenäisyys, sekä ilmeinen pyrkimys olla antamatta terveydenhuoltolaissa sille ristiriitaisia ja ajallisesti päällekkäisiä määräyksiä. Osa esityksen terminologiasta on peräisin PARAS -laista, eikä kaikkien järjestelyjen toimituksesta tai toimijoiden kompetenssista vielä ole riittävää kokemusta. Siten myös tässä lakiehdotuksessa tulisi määritelmien sisältöön paneutua selvästi enemmän.

Ainakin määritelmiin (3 §), ehkä myös palvelujen järjestämisestä määrävään 2. lukuun on syytä lisätä ”terveyskeskus”, joka esiintyy monissa pykälissä (ainakin 18, 20, 30, 32, 41, 42, 45, 49, 56, 57, 64 ja 82 §): kansanterveyslainhan on tarkoitus raueta tämän lain antamisella!

Perusterveydenhuollon ongelmia ratkomaan asetettu Toimiva terveyskeskus -hanke antanee osaltaan lisää toiminnallisia suuntaviivoja, mutta niiden olisi tarpeen ehtiä mukaan jo viimeistään hallituksen esityksenä annettavaan versioon. Yleensäkin tulisi pikimmiten pohtia, onko terveyskeskuksen määritelmä enää samansisältöinen kuin 36 vuotta sitten annetussa kansanterveyslaissa – ainakaan lähipalveluja kuvaava 3. luku ei sen sisällöksi suoraan sovellu. Terveyskeskus tulisikin nähdä toiminnallisena yksikkönä, eikä ainoana mahdollisena perusterveydenhuollon palvelujen järjestämisen tapana.

Yleisesti on todettava, ettei tässä lakiesityksessä vielä ole riittäviä eväitä sille perusterveydenhuollon vahvistamiselle, jota 2 § 5. kohdassa aiheellisesti tarkoitukseksi asetetaan. Lain lisäksi perusterveydenhuollon pelastamiseen tarvitaan toki muitakin toimia, mutta ne ovat kuntien vallassa, ja siksi niitä tulisi tarkemmin säädöksiin noihin toimiin velvoittaa.

Lääkäriliitto katsoo myös, että PARAS -lakiin kirjatun 20 000 asukkaan väestöpohjan minimivaatimus toteuttamisvastuussa olevalle organisaatiolle tulisi olla vain lain voimassaolon mittainen välivaihe, ja suurempiin järjestämisvastuun väestöpohjiin tulisi ajan mittaan pääsääntöisesti pyrkiä.

Esityksessä on hyvin ymmärretty **tiedonsiirron** ja yhteisen rekisterinpidon merkitys palvelujärjestelmän integraatiolle (24 §). Lääkäriliitto pitää tarkoituksenmukaisena, että tällä esityksellä pyritään ensisijaisesti porrastetun terveydenhuollon palveluketjujen tukemiseen ja koordinoimiseen. Tietotekninen infrastruktuuri on vielä puutteellinen, joten vähintään potilastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain mukaiseen siirtymäaikaan on nähdäksemme varauduttava.

**Sosiaalilainsäädännön** muutospaineita varmasti seuraa SATA -komitean työstä, sosiaalityön tietojärjestelmät ovat erilaisessa kehitysvaiheessa ja sosiaalipalvelujen ohjaus- ja sääntelyjärjestelmä eroaa niin paljon terveyspalveluista, ettei koko sosiaalityön yhteyttä nyt voida ehdotettua (15 §) syvästi kirjata terveydenhuoltolakiin, eikä se olisi ollut ryhmän toimiksiannon mukaan mukaista. Lienee myös aikomuksena valmistella ylätasoisempi

”hallintolaki”, jossa mm. sosiaali- ja terveystalvelujen yhteistoiminnan puitteista, rahoituksesta, riskintasauksesta ym. säädettäisiin.

Oma kysymyksensä ovat perusterveydenhuoltoon likeisesti kytkeytyvät sosiaalityön palvelut (esim. vanhusten laitoshoido, päihdehoito) joiden järjestämistä jo nykyisen PARAS -lain mukaisissa väestöpohjissa olisi viisasta edistää perusterveydenhuollon yhteydessä.

**Rahoitus ja sen koordinaatio** eivät sisältyneet tähänkään toimeksiantoon. Kuntien maksuvastuulla olisi edelleen Euroopan mitassa ylisuuri hyvinvointipalvelujen ja tulonsiirtojen kokonaisuus, eikä muissa EU-maissa käytettyjä kansallisen terveystakuutuksen elementtejä olisi mahdollista tämänkään lain antamisen jälkeen kunnissa käyttää. Tähänastiset tiedot PARAS -hankkeen vaikutuksesta kuntien asukaskeskilukuun viittaavat edelleenkin alle 5 500 asukkaaseen, joka on valtionosuuksista ja tasausjärjestelmistä huolimatta täysin riittämätön terveystalvelujen vakaata rahoitusta ajatellen. Potilaan oikeuksista rajat ylittävässä terveydenhuollossa annettava direktiivi pakottanee osaltaan tarkastelemaan paremman rahoitusintegraation mahdollisuutta. Muuttuva palveluverkko heijastunee sairausvakuutuksen matkakorvauksiin; toisaalta voimassaolevassa hallitusohjelmassa on kaavailtu kunta – KELA -osaoptimointiin puuttumista.

Potilaiden valinnanvapauden lisääminen vaatii myös kuntien välisen kustannusten siirron täsmällistä toimivuutta. Tämä on tärkeää erityisesti pienten lomailukuntien kannalta, joissa kausilomailijoiden määrä on hyvinkin suuri suhteessa asukasmäärään (esimerkiksi Lapissa).

Lääkäriliitto pitää tarpeellisena, että rahoituksen vakautta tutkitaan pikaisesti, esim. kunnan terveystalvelojen jälleenvakuutusperiaatteen (ns. Huuhtasen malli) selvittämisellä.

**Potilaan oikeuksien** kannalta esityksessä on useita parannuksia: laajempi toimintayksikön valinnan mahdollisuus, osittain lyhentyvät hoitotakuuajat ja vaatimus valvotusta laadusta sekä paremmasta potilasturvallisuudesta.

Teknisesti on toisaalta hankalaa, jos palvelurakenteita koskevassa laissa määrätään potilaan oikeuksista: loogisempaa olisi sisällyttää ko. määräykset lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista. Toisaalta potilaan oikeuksien uhkana koetaan paikoin palveluverkoston harventumisesta seuraavat maantieteellisen saavutettavuuden pulmat.

**Opetuksen ja tutkimuksen** järjestämisessä esitykset sisältävät uhkatekijöitä. Lakiesityksen 23 § on kyllä sisällytetty julkiselle työnantajalle velvoite huolehtia henkilöstön riittävästä osallistumisesta täydennyskoulutukseen, mutta koulutuksen kustannusvastuusta ei ole todettu mitään. Lääkäriliiton mielestä lakiin tai viimeistäänkin sitä täydentävään asetukseen tulee kirjata työnantajan velvoite kustantaa terveydenhuollon ammattihenkilöstön ammatillinen kehittyminen ja täydennyskoulutus.

Samoin lain tai täydentävän asetuksen tulisi velvoittaa työnantajat laatimaan suunnitelmat henkilöstön ammatillisen osaamisen kehittämiseksi, sen seurannasta ja raportoinnista. Lääkäriliiton mielestä työpaikan ulkopuolisen täydennyskoulutuksen minimimäärä lääkäreille on 10 koulutuspäivää vuodessa.

Lakiesityksen 48 §:ssä säädettäisiin opetusterveyskeskuksista. Sairaanhoidopiirien yhteyteen on viime vuosina ilman valtakunnallista ohjausta perustettu alueen terveyskeskusten, erikoissairaanhoidon ja yliopistojen yhteisistä tarpeista lähteviä yleislääketieteen yksiköitä. Nämä yksiköt ovat jo verkotumassa valtakunnallisesti. Lääketieteellisten tiedekuntien päätöksellä yhteisesti sovitut laatukriteerit täyttävät terveyskeskukset voivat osallistua terveyskeskusopetukseen. Näissä terveyskeskuksissa annetaan lääkärin perustutkintoon ja erikoistumiskoulutukseen kuuluvaa opetusta ja koulutusta, ja toimintaa koordinoivat sairaanhoidopiirien yleislääketieteen yksiköt yhteistyössä yliopistojen yleislääketieteen laitosten kanssa.

Lääkäriliitto ei näe mitään syytä siihen, että alettaisiin luoda lakiesityksen mukaisia erityisen statuksen omaavia kehittäjäterveyskeskuksia, joihin monenlaista tukea ohjattaisiin. Kaikilla maan perusterveydenhuollon palveluja tuottavilla yksiköillä tulee olla mahdollisuus – kriteerit täyttäessään – osallistua koulutusyhteistyöhön mainittujen yleislääketieteen yksikköjen ja yleislääketieteen laitosten kanssa. Lääkäriliiton käsityksen mukaan tarkoituksenmukaisempaa onkin ohjata lakiesityksessä erillisten opetusterveyskeskusten perustamiseen suunnitellut voimavarat jo olemassa olevan, alueellisista ja paikallisista tarpeista syntyneen järjestelmän toiminnan kehittämiseen ja tukemiseen kuin uuden opetusterveyskeskusjärjestelmän luomiseen – vallankin kun Ruotsista on hiljattain saatu huonoja kokemuksia perusterveydenhuoltoa varten perustetun valtakunnallisen instituutin toiminnasta (Det familjemedicinska institutet – FAMMI). Sitä vastoin sairaanhoidopiireihin lakiesityksen mukaan perustettavilla perusterveydenhuollon yksiköillä – vastaten nykyisiä yleislääketieteen yksiköitä – on luonnollinen asema mainitussa koulutusyhteistyössä.

Mainitun 48 § 2 mom:ssa mainitaan yliopiston ja ammattikorkeakoulun opettajien sivutoimisista viroista opetusterveyskeskuksissa. Vastaavaa, voimassa olevan erikoissairaanhoidolain 28 §:n mukaista mainintaa sivuviranhaltijoista ei ole terveystieteiden, sairaanhoidopiirejä tai erityisvastuualueita koskevissa määräyksissä. Kliinisen lääketieteellisen opetuksen asianmukainen järjestäminen edellyttää sivuviranhaltijoita koskevan määräyksen lisäämistä lakiesitykseen, esimerkiksi 7-9 §:iin, tai sitten asia on varmistettava muulla tarkoituksenmukaisella tavalla.

Lakiesityksen 63–65 §:ssä säädetään **valtion koulutuskorvauksesta** terveydenhuollon toimintayksiköille ja yliopistotasaisen **terveystieteellisen tutkimustoiminnan rahoituksesta**. Koulutuskorvauksen osalta suuria muutoksia nykyiseen järjestelmään ei esitetä – Lääkäriliiton mielestä lainsäädännöllä tulee kuitenkin jatkossa mahdollistaa koulutuksen erityisvaltionosuuden maksaminen myös yksityisen ja kolmannen sektorin sellaisille toimijoille, jotka täyttävät lääketieteellisten tiedekuntien asettamat koulutuksen laatuvaatimukset. Lisäksi yleislääketieteen erikoistumiskoulutuksen koulutuskorvaus tulee yhdenmukaistaa muiden erikoisalojen korvauksen kanssa.

Lakiehdotuksen terveystieteellisen tutkimustoiminnan rahoitusta koskevat ehdotukset eivät vastaa Lääkäriliiton näkemystä. Ne veisivät tutkimuksen erityisvaltionosuuteen perustuvan rahoitusjärjestelmän kauas tutkimusrahoituksen alkuperäisestä tarkoituksesta. Suomalainen kliininen lääketieteen tutkimus on ollut kansainvälisesti erittäin korkeatasoista, vaikkakin rahoituksen jälkeenjääneisyys ja vuodesta toiseen jatkuvat erityisvaltionosuuden leikkaukset muodostavat sille uhan. Vaikka nykyisen tutkimusrahoituksen pohjana olevien julkaisupisteiden käytössä on myös ongelmia, perustuu järjestelmä kuitenkin selvään näyttöön tutkimuksen tuloksellisuudesta – toisin kuin lakiesityksessä ehdotettu Terveystieteellisen tutkimuksen lautakunnan linjauksia myötäilevä tutkimus olisi. Lääkäriliitto huomauttaa, että laadukas tutkimus ei menesty tiukasti ohjatussa ympäristössä.

Jo nykyisin Sosiaali- ja terveysministeriö ohjailee ja tukee tutkimusta Stake-sin, Kansanterveyslaitoksen ja Työterveyslaitoksen kautta huomattavasti terveystieteellisen tutkimuksen erityisvaltionosuutta suuremmalla rahamäärällä. Tutkimusrahoituksen jatkuva väheneminen – esimerkiksi tutkimuksen erityisvaltionosuuden noin 20 % lasku vuoden 2009 budjettiesityksessä edelliseen vuoteen verrattuna – ja valtion ohjauksen lisääminen vaarantavat suomalaisen kliinisen lääketieteen tutkimuksen.

Lakiesityksen 19 § vaatimus **toiminnan näyttöön ja hyviin hoitokäytäntöihin perustumisesta, laadukkaudesta ja turvallisuudesta**, samoin kuin kunnille, kuntayhtymille ja yhteistoiminta-alueille annettu velvoite laatia suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta on erittäin tervetullut. Laadunhallinnan tulee kuitenkin olla toiminnan systemaattista kehittämistä, ei pelkästään virheiden minimointia.

Potilastietorekisterien tulee mahdollistaa laadullisen tiedon kerääminen ja laadun mittaaminen – asia on otettava huomioon tietojärjestelmien kehittämistyössä. Laadullisten tietojen vertailua tulee tehdä sekä erityisvastuualueiden että valtakunnan tasolla, ja hyödyntää tietoja benchmarking-toiminnassa. Laatu- ja potilasturvallisuustiedon kansallista keräämistä varten tulee Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseen perustaa riittävästi resursoitu potilasturvallisuusyksikkö.

**Kunnallisen itsehallinnon** ja rationaalisen palvelujärjestelmän sovittaminen saman lain tavoitteiksi on hyvin haastavaa. Esitys mahdollistaa kunnan päätäntävaltuuden delegoinnin ylikunnallisille toimijoille ja äärikeinonaan myös valtioneuvoston intervention mahdollisuuden. Toisaalta PARAS -lain ympärille syntyneet paikalliset kunnallispoliittiset jännitteet tulevat heijas-

tumaan tämänkin lain täytäntöönpanoon, eivätkä esim. tähänastisesta erikoissairaanhoidolaista poikkeavat, asukasluvusta riippumattomat päätösvaltamääräykset lain tarkoittaman sopimusjärjestelmän rakentamista helpota.

Lääkärien ammatillisen autonomian ja kunnallispäättäjien ristiriidoista seuraa helposti toiminnallisia ja kansalaisten palveluihin heijastuvia ongelmia, ja niiden välttämiseen on kiinnitettävä huomiota jo lain valmistelussa.

## **B LAUSUNTOPYYNNÖN ERITYISISTÄ KYSYMYKSISTÄ**

### **1. Potilaan valinnanvapauden kasvattaminen**

Pyrkimys on lämpimästi kannatettava ja eurooppalaisten toimintatapojen mukainen. Valinnanvapaus onkin nähtävä sekä merkittävänä arvona sinänsä, että terveydenhuollon toimintaa ohjaavana, mm. luottamusta lisäävänä ja laatua parantavana elementtinä. Heijastuksia palvelujärjestelmään on siitä siten odotettavissa. Palvelusetelistä annettava lakiesitys tuonee SVOL 4 § mukaisesti järjestämistapoihin tervetulleeseen, yksityistä ja julkista tuotantoa yhdistävän lisäelementin. Valinnan vapaus kohdistuu tässä toimintayksiköihin; luottamusta lisääisi, jos se kohdistuisi hoitaviin lääkäriin, vähintään perusterveydenhuollon omalääkäriin – toki huolehtien lääkärin mahdollisuudesta hallita työkuormansa. Valintaa tukevissa rekistereissä ja tietokannoissa tulee kuitenkin toteutua myös lääkärin yksityisyyden lainmukainen suoja.

Tässä muodossaan valintaoikeus ei tosin osu yksin rekisterinpitäjän määritelmän (24 §) kanssa eikä liioin helpota tavallisinta käytännön ongelmaa: palvelujen saamista ”miljoonapiirinsä” ulkopuolisesta lomailukunnasta. Hoitotakuun tulisi katsoa toteutuvan silloin, kun potilas pääsee hoitotakuun aikarajoissa hoitoon johonkin julkisen terveydenhuollon järjestämään hoitopaikkaan – valitessaan hoitopaikkaansa tai hoitavaa lääkäriään toisin potilaan täytyisi hyväksyä jonotusajan piteneminen mahdollisesti yli hoitotakurajojen.

Tulevaisuuteen suuntaavassa lakiehdotuksessa ei tule juuttua vanhojen rakenteiden suojaamiseen, vaan keskittyä hoidon perustapahtuman, ts. ammattilaisen ja potilaan optimaalisen kohtaamisen, edistämiseen ja tukemiseen.

### **2. Ehdotettujen mallien soveltuminen koko sosiaali- ja terveydenhuoltoon**

Lääkäriliiton mielestä tässä vaiheessa tulee priorisoida terveydenhuollon palvelujärjestelmän ja prosessien virittäminen kuntoon, ja hoitaa ”hallintolailla” sosiaali- ja terveystalouden ylätasoon koordinointi. Paikallisille yhteistyöjärjestelyille tulee antaa oma aikansa näyttää odotettuja vaikutuksiaan, niin myös sosiaali- ja terveystaloukselle, joista tässä laissa ei erikseen määrätä.

Ehdotuksen tarjoamat mallit näyttävät sopivan huonoiten sekä suurimpien kaupunkien että kaikista harvaan asutuimpien alueiden palveluiden järjes-

tämiseen. Ongelmana lienee kuitenkin, että esitettyä suurempi järjestämismallien kirjo hajottaisi palvelujärjestelmän kokonaisuutta ja vertailtavuutta vielä pahemmin.

Määritelmien tarkentamisen tarvetta lakiesityksessä on, mutta toisaalta määrittelyihin uppoutuminen estää herkästi rajapintoja ylittävien palveluprosessien syntymistä: palvelutarpeita ja -prosesseja tulee tarkastella mallien syinä eikä seurauksina. Sähköisten työkalujen rooli on toimintatapojen muutoksessa keskeinen, ja tiedon liikkuminen korvaa ihmisten liikkumista – niin ammattihenkilöiden kuin potilaidenkin. Koska osa esitetyistä rakenteista on vajaasti määriteltyä ja testattua, tulee säilyttää herkkyyks nopeisiin muutoksiin, mikäli mallit vaarantavat järkeviä toimintaprosesseja.

### 3. ERVA -yhteistyön kehittämisehdotukset

Muut pohjoismaat ovat rakentaneet tai rakentamassa palvelujärjestelmänsä miljoonapiireihin perustuvaksi. Suomen kunnallishallinnon piirteet ja historia lienevät rajanneet niin radikaalia mallin muuttamista. Lääkäriliitto katsoo, että tämä kysymys riippuu myös ehdotetuista sairaanhoitopiirien minimiasukasluvusta: mitä pienempiä piirejä on, sitä suurempi on ERVA -koordinaation tarve. Sairaaloitten työnjaon, etenkin päivystysvetoisten erikoisalojen kohdalla, sekä päivystykseen kiinteästi kuuluvien ensihoitopalvelujen koordinointi ja järjestäminen kuuluvat opetuksen ja tutkimuksen ohella tähän ERVA -mandaattiin.

Toiminnan järkevyyden ratkaisevat tietenkin ensisijaisesti yhteiset tiedonhallintamahdollisuudet: laissa edellytetään vain sairaanhoitopiiritasoista rekisterinpitoa. Myös kunnallisen itsehallinnon, palvelujen riittävän saavutettavuuden ja liian suuren mittakaavan byrokratiaongelmien muistaminen on tarpeen.

Lakiesitykseen on hyvin aiheellisesti kirjattu (51 ja 53 §) ensihoidon järjestämisen vastuita. ERVA -alueiden maantiede, päivystyspalveluverkosto ja asutustiheys vaihtelevat suuresti, joten myöhemmin annettavassa asetuksessa tulee mahdollistaa paikallista harkintaa sovitettaessa ensihoitotoimintaa paikallisten olosuhteiden mukaisesti ERVA -piiri -työnjaon kustannustehokkaisuuteen, mutta potilaat riittävästi saavuttaviin palvelutavoitteisiin.

Lakiesityksessä on kiireellisen sairaankuljetuksen järjestämisvastuu säilytetty osana ensihoitopalvelua terveys- ja sairaanhoitopiireille. Ehdotuksessa jää kuitenkin epäselväksi, kenellä on kiireettömän sairaankuljetuksen järjestämisvastuu – erityisvastuualueen ensihoidokeskukselle on määritelty kyllä kiireettömän sairaankuljetuksen koordinaatiovastuu. Lääkäriliiton mielestä kiireettömän ja kiireellisen sairaankuljetuksen järjestämisvastuu tulee olla samalla toimijalla, luontevimmin sairaanhoitopiireillä alueellaan. Edellä mainittu on perusteltua jo henkilö- ja välineresurssien tehokkaan ja tarkoituksenmukaisen käytön kannalta. Erityisvastuualueen ensihoidokeskuksen kiireettömän sairaankuljetuksen koordinaatiovastuu on piirin järjestämisvastuuseen nähden selvästi toissijaista.

#### **4. Järjestämismallien lainsäädännön porrastus (kunta – kuntayhtymä – yhteistoiminta-alue – sosiaali- ja terveystieteiden – laajan väestöpohjan kuntayhtymä – erityisvastuualue – valtio)**

Järjestämismallien määrittely on aivan keskeinen osa uutta Terveydenhuoltolakia. Vaikka lakiehdotuksessa on järjestämismallien määrittelyyn kiinnitetty huomiota, jää se vieläkin monin paikoin epäselväksi ja sitä tulisi terävöittää.

Kunnallista itsehallintoa pyritään tässä ohjailemaan sopimusjärjestelmien ja leveämmille harteille delegoinnin mahdollisuuksin – valtioneuvoston voimaperäisten toimien välttäminen mahdollisimman pitkälle onkin viisasta. Rahoitusmallien suppeus terveydenhuollossa on ollut Lääkäriliiton kesto- huolena, ja liitto on jo aiemmin esittänyt alueellisia koordinoitua rahoituksen malleja (ALTERA). Myös kuntien terveyskustannusmallien vakuuttaminen kansallisella tasolla (ns. Huumattien malli) tulisi ottaa uudelleen tarkasteluun.

Viittaamme tässäkin PARAS -laista johdettujen mallien vielä kapeaan kokemukseen. Koska suurempiin väestöpohjiin siirrettävä koordinaatiovalta voi merkitä suuriakin paikallisia sopeutumistarpeita, on tarpeen pitää palvelussuhteen ehdoista sopiminen toimintayksiköitasolla, jotta henkilöstöä on saatavissa myös vähemmän houkutteleviin työolosuhteisiin.

Valtion keskitetyn ohjauksen rooli jää valtioneuvoston interventiomahdollisuutta lukuun ottamatta tässä epäselväksi, koska hallintolaitilla ja PARAS-hankkeen tarkoittamalla valtionosuusudistuksella ei vielä ole hahmoa. Kansanterveyslaitoksen ja Stakesin fuusio ja sille annettavat tehtävät ovat vielä avoinna, ja meiltä puuttuu monissa maissa hyväksi havaittu ”henkilöitynyt” johtava lääkintäviranomainen, ”Surgeon General” tai ”Chief Medical Officer”.

Porrastuksessa (56 ja 57 §) herättäneen kansalaisten hämmennystä hoitokäytäntöjen riippuvuus toimintayksiköistä. Piirien järjestämään kiireettömään erikoissairaanhoidon maksimipääsyajan tulisi puolittua, mutta kuntien omassa erikoissairaanhoidossa sekä hammashoidossa se säilyisi ennallaan. Ainakin hammashoidossa palveluseteli on useimmiten käyvä väline, jos oma hoitola ei tehtävään riittäisi.

#### **5. Ehdotetut väestöpohjat**

Useimmat lääketieteen erikoisalajat kattavan päivystyksen järjestäminen edellyttää suurempia sairaanhoitopiirien väestöpohjia kuin 150 000 asukasta, joskaan ei ole välttämätöntä määrittää sairaanhoitopiirien minimikokoa vain päivystyksen järjestämisen näkökulmasta. ERVA alueen tasoisen erikoissairaanhoidon koordinaation vahvistaminen antaa mahdollisuudet myös päivystystoiminnan koordinaatioon sairaanhoitopiirien välillä. Riittävän väestöpohjan kokoa tulisi ennemminkin tarkastella laajemmin toiminnallisuuden näkökulmasta. Paikalliset olosuhteet (kuten palvelun saavutettavuus, riittävän iskukykyinen liikkuva ensihoito, runsas sesonkiasutus, valtion rajan ylittävät

yhteistyö, telelääketieteen edistynyt käyttö, liikelaitostaminen ja ulkoistaminen) heijastuvat erilaisina paikallisina tarpeina ja palvelumahdollisuuksina.

Yhdistelmä, jossa kokonaisluku rajataan enintään 20 piiriin ja annetaan hieman keinotekoinen vähimmäisasukasmäärä sairaanhoitopiirille, lienee kuitenkin vähiten kuntapäätäjien tunteita kuohuttava. Terveyspiirien vähimmäisväestöä ei ole esityksessä määrätty, ja Ahvenanmaan sekä Kainuun keskussairaalat jäänevät tässä laskennassa omien erityislakiensa suojaan.

PARAS -laista tuleva perusterveydenhuollon vähintään 20 000 asukkaan väestöpohja riittää vähentämään peruspalvelujen haavoittuvuutta, mutta kuten jo todettiin, eivät rahoituksesta vastaavien kuntien väestöpohjat ole olennaisesti eivätkä riittävästi vahvistumassa. Asiaan tulisi palata viimeistään PARAS -lain voimassaolon päättyessä.

## **6. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteiden säätelytarve**

Esityksessä on lähdetty Suomen EU:ssa markkinoiman Health in All Policies (HIAP)-periaatteen mukaisesti siitä, ettei hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen voi olla vain substanssipalvelujen huolena. Suomessa kunnalla on monialainen koneisto ja lähidemokraattinen toimintaote, mutta myös HIAP-tarkoituksia ajatellen alle 5 500 asukkaan mediaanikoko on riittämätön. Edellisessä erikoissairaanhoitolain muutoksessa sairaanhoitopiireille annettu terveyden edistämisen vastuu lienee osoittautunut kuolleeksi kirjaimiksi. Kuntapäätäntään korkealla tasolla kytkettävä vastuu on Lääkäriliiton näkemysten mukainen, vaikkakin tulevan terveyden ja hyvinvoinnin kehittämiskeskuksen valtakunnallinen asiantuntija- ja ohjausrooli on vielä tarkemmin määrittämättä.

## **7. Ympäristöterveydenhuollon kytkentä muuhun terveydenhuoltoon**

Suomen tapa järjestää ympäristöterveydenhuolto paljolti eläinlääkärivetoisena poikkeaa eurooppalaisesta valtavirrasta. Ympäristöasioissa tehtävät linjaukset vaikuttavat suoraan myös väestön terveyteen. Alueellisen ympäristöviranomaisen roolin muuttuminen ALKU -hankkeessa on avoinna. Lääkäriliitto katsoo, että ympäristöterveydenhuollon palveluiden luontevin kotipaikka olisi joko suuremmissa kunnissa kansanterveystyönä tai pienempien kuntien osalta vaihtoehtoisesti piirien perusterveydenhuollon yksiköiden yhteydessä.

## **8. Työterveyshuollon kytkentä muuhun terveydenhuoltoon**

Työterveyshuollon merkittävä perustoiminta on ollut terveyden edistämisen alueella, joskin yhä useammat työnantajat käyttävät sairauksien hoitomahdollisuutta myös ikääntyvän työvoiman rekrytointietuna. Palveluita järjestetään tällöin yrityskohtaisesti ja tilaajan määrittämällä tasolla. Kunnallisesta terveystalvotijärjestelmästä poiketen on riskiä kestäväns kansallisen rahoittajan rooli työterveyshuollossa merkittävä, ja tämän rahoitusmallin vakaudesta tulisi etsiä mallia myös kuntapalvelujen rahoitusriskeihin.

Koska sairauskertomustietojen yhteiskäyttö julkisten tuottajien ja työterveyshuollon usein yksityisten tuottajien kesken on teknisesti vaikeampaa, ja kun yksityisyyden suojasta työelämässä on erikseen säädetty, muodostaa tiedonsiirto yhteispelin merkittävän esteen. Käyttäjättyytyväisyys ja potilaan rahoitusriskin pienuus puoltavat toiminnan järjestämistä, mutta työpaikkojen terveyden edistäminen on erillinen foorumi kunnan yleiseen terveyden edistämiseen nähden.

## 9. SVOL -säädännön kehittämistarpeet

Terveydenhuoltolakiesitykseen on jo kirjattu mm. nykyisen SVOL:n 4 §, ja ”hallintolain” säätämistä sen rinnalle suunnitellaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon ylitason koordinaatiosta siinä voidaan säätää, ja siihen liitettäneen myös PARAS -hankkeessa todettu valtionosuuksien uudistaminen. Kalliiden palvelujen kustannusten tasausjärjestelmä kuuluneen luontevasti mieluummin rahoituksesta, valtakunnallisesta suunnittelusta ja hallinnosta annettavaan eri lakiin kuin tässä 77 § esitettyyn asetukseen.

## 10. Muita mahdollisia sosiaali- ja terveyslainsäädännön yhdistämistarpeita

Sosiaalialan uudistuksia seurannee SATA -komitean työstä. Uutta lakia mielen-terveyspalveluista tarvitaan kipeästi tässä mietinnössä ja edellä tämän lausunnon osassa A sanotuista syistä. Kunnallisen ja KELA:n järjestämistä vastuun rajojen tarkistustarvetta on pohdittu mm. STM:n SAVAKE -työryhmän muistiossa. Sairaanhoidovakuutuksen taksan jäädyttäminen pariaksi vuosikymmeneksi on lisännyt palvelujärjestelmän vaihtoehdottomuutta ja lisännyt väestön eriarvoisuutta.

Ensihoitopalvelujen kannatettavat uudistamisesitykset tässä mietinnössä edellyttävät tarkistuksia palo- ja pelastustoimen säädöksiin.

Terveydenhuollon toimipaikoissa, etenkin ensiapuyksiköissä runsaana näkyvä päihdeongelma puoltaa terveydenhuollon suurempaa vastuuta tästä sairaiden joukosta. Erikseen tulisi selvittää joko erillisten tai yhteisen mielen-terveys- ja päihdelainsäädännön etuja ja haittoja.

Vanhusten kasvava osuus väestöstä merkitsee myös monisairaiden ja toiminnanvajausten lisääntymistä palvelujen käyttäjissä. Vanhusten laitoshoidon sijainnista joko sosiaali- tai terveyslainsäädännössä tulisi käynnistää oma selvityksensä – esim. Ruotsissa ”långvård” kuuluneen kasvavissakin maakäräjäalueissa kuntien vastuulle ja on irrallaan terveydenhuollosta. Laitoksiin tuskin enää joudutaan sosiaalisen turvattomuuden vuoksi, vaan syytä on sairauksien ja toiminnanvajausten yhdistelmä, joka estää itsenäisen selviytymisen.

**C TARKENNUSEHDOTUKSIA LAKIESITYKSEN PYKÄLIIN**

- **3 §** kohdalla tulee vielä määritellä ainakin ”terveyskeskus”, ”toimintayksikkö” ja ”mielenterveystyö” tämän lakiesityksen tarkoitusperien ja reaali maailmassa muuttuneiden tehtävien hengessä. Etenkin perusterveydenhuollon järjestämismallien kasvava monimuotoisuus (terveyskeskus, yhteistoiminta-alue, terveystyöryhmä, sosiaali- ja terveystyöryhmä, julkinen liikelaitos, yksityinen ostopalvelun tuottaja tai sopimuksen tehnyt ammattihenkilö) tulisi määritelmässä tarkemmin avata.
- **29 / 30 §** on muotoiltu niin, että jatkumo neuvolapalveluista kouluterveydenhuoltoon rakoilee, ja lasten ja nuorten muuntunut ongelmakirjo jää jossain määrin huomiotta.

Ehdotamme että **29 §** velvoittaisi neuvolapalvelujen järjestämiseen yhteistyössä muiden neuvolaikäisten fyysistä ja psykososiaalista hyvinvointia tukevien tahojen (lastenpsykiatria ja -neurologia) ja tarvittaessa aikuisten päihde- ja mielenterveyspalvelujen kanssa.

**30 §:n** tulisi velvoittaa paitsi oppilaan terveyden, myös kasvun ja kehityksen seuraamiseen, koska murrosiän osuminen koulutyön ja -yhteisön vaihtumiseen luokanopettajajärjestelmästä aineenopettajasysteemiin tuottaa merkittäviä paineita oppilashuollollekin. Elämäntapojen terveellisyden edistäminen sekä vanhempien ja koulun yhteistyön tukeminen tulisi kirjata tähän lakiin, koska oppilashuollon säädösten nykyinen pirstaleisuus ei oikeastaan tähänkään kannusta, eikä lapsen hyvinvointia voida edistää ilman perheen kasvatusvastuuta ja osallisuutta.

Vielä **30 §** voisi velvoittaa erityistukea ja -tutkimuksia tarvitsevien paitsi tunnistamiseen, myös tukemiseen ja perustasoiseseen hoitamiseen, ts. laajempi kirjaus kuin ”terveydentilan toteamista varten tarpeellinen erikoistutkimus” olisi tässä paikallaan. Pitkäkestoimmat tarpeet ovat usein lasten ja nuorten psyykkisen hyvinvoinnin tueksi rakennettujen palvelujen suunnalla.

Noita tehtäviä ei voida menestyksellisesti hoitaa yksin ja koulutyön etulinjassa, joten samantapainen verkostoitumisen yhteistoimintakaneetti kuin edellä (**29 §**) esittämämme tarvitaan myös kouluterveydenhuollolle.

- **31 § 2 ja 3 mom.** ovat opiskeluterveydenhuollon osalta ristiriitaiset määritellössään eri opiskelijaryhmien terveystyöryhmien sisällön erilaiseksi. Etulinjan mielenterveystyön vastuut tulisi määritellä myös opiskeluterveydenhuoltoon, koska psyykkiset ongelmat ovat useimmin opintojen etenemisen hidasteena tai esteenä.
- **34 §:** ”mielenterveystyötä” on nyt käsitelty ainoastaan lähipalvelujen osalta, eikä pykälä mainitse esim. sairaanhoitopiiriä järjestämistä vastaavaksi mielenterveystyön toteuttajana. Tosielämässä lähipalvelu ei kuitenkaan voi toteuttaa kaikkia mielenterveystyössä tarpeellisia toimia, esim. tahdosta riippumaton tilan arviointi. Siten psykiatristen hoitoketjujen

toiminnallisen kokonaisuuden tueksi tarvitaan lakiin määräykset koko hoidon porrastuksen mitalle. Perusteluissa ja kehittämisehdotuksissa kuvatut (3. kohta) psykiatrisen palvelujärjestelmän selkeät muutostarpeet tulisi saattaa myös lakitekstiksi.

- **51 / 53 §** mukainen ensihoidon uusi järjestämisvastuu nostaa esiin lääkintäpäällikön ja lääkintäkommentajan osaamisen ja valtuudet, esim. suhteessa pelastuskomentajaan. Poikkeusoloissa ja suuronnettomuuksissa tarvittava lääkintäresurssien kohdistaminen on senlaatuinen hoitopäätös, että lakiin tai sen perusteella annettavaan asetukseen tulee kirjata määräys siitä, että piirin lääkäreistä määrätään lääkintäpäällikkö ja veloitetaan hänet saamaan tehtävään tarpeellinen täydennyskoulutus.
- Ehdotuksen **61 §** osalta tulee todeta, että myös terveystalujen tilaaminen toimintayksikön ulkopuolelta on osaltaan hoidosta päättämistä, ja myös tilaajavastuu tulee sisällyttää tämän pykälän vastuumääritteisiin. Saman pykälän osalta on keskeistä, että laissa tarkasti määritellään mitä terveydenhuollon toimintayksiköllä tarkoitetaan.
- **70 §** mukaiseen neuvottelukuntaan nimettävän puheenjohtajan ehdottamme olevan samalla anglosaksisen maailman käyttökelpoiseksi osoittaman Surgeon General- tai Chief Medical Officer -tyyppisen virkamiehen, jossa henkilöityisi tiedottamis- ja viranomaisvastuu tärkeissä ja kansallisissa terveydenhuoltoalan kysymyksissä.
- **72 §** mainittu Lääkelaitos ei ehkä tämän lain voimaan tullessa enää valvo terveydenhuollon laitteita, ja 69 § mukaiset asiantuntijalaitokset ovat myös erinimisiä ja eri laein säädeltyjä kuin tässä esityksessä (tämä vain eräänä esimerkkinä lain kirjaimen koordinaatio-ongelmista monen samanaikaisen muutoksen ollessa meneillään).
- **74 §** mukainen kantelun 5 vuoden vanhenemisaika on tarpeellinen, ja selkeyden vuoksi se tulisi ulottaa myös potilaslain 10 § muistutuksiin. Potilasvahinkolain 10 § määräaika (3 v) on lyhyempikin, mutta sen 10 vuoden viimesijaista määräaika voisi samalla selkeyttää 5 vuoden mittaiseksi.
- **84 §:** asiakasmaksulakia tulee muuttaa, kun 13 § 5. kohdassa ennakoitu palvelusetelilaki annetaan

Kunnioittaen

SUOMEN LÄÄKÄRILIITTO ry

Olli Meretoja  
puheenjohtaja

Risto Ihalainen  
varatoiminnanjohtaja