

Asiantuntijalausunto 21.11.2024 sosiaali- ja terveysvaliokunnalle hallituksen esityksestä 149/2024 vp laiksi terveydenhuoltolain muuttamisesta sekä siihen liittyviksi laeiksi.

Sari Silventoinen
Erikoislääkäri
Valtuuskunnan varapuheenjohtaja
Suomen Erikoislääkäriyhdistys

Yhteenveto

Suomen Erikoislääkäriyhdistys kannattaa lainsäädännön muutosta, jonka mukaan kullakin hyvinvointialueella voisi olla yksi yliopistollinen sairaala tai keskussairaala. Näissä sairaaloissa tulisi olla monierikoisalainen päivystys.

Työnkuvaa sairaaloissa ei saa kaventaa olennaisesti. Monipuolinen työnkuva ja mahdollisuus kehittyä työssä ovat rekrytointivaltti, vahvistavat työpaikan pitovoimaa ja varmistavat turvallisen päivystyksen.

Päiväkirurgian ja lyhytjälkihoitoisen kirurgian kehitystyön tulee tapahtua ammattilaisten johdolla, eikä sitä tule rajoittaa asetuksella annettavalla toimenpidelistalla. Jatkuvasti tapahtuvaa kehitystä ei tule rajoittaa.

Numeerisista toimenpidemääristä ja synnytysmääristä tulee luopua. Tällöin erityislupahahakumenettely loppuisi esimerkiksi synnytysten osalta.

Erikoislääkärikoulutus on jo nyt vaikeuksissa huonontuneiden resurssien johdosta. Lähiopetus ja ohjaus tulee turvata. Koulutuksen vaatiman päivystyksen tulee tapahtua ensisijaisesti samassa yksikössä. Lääkäreiden peruskoulutuksen resurssit tulee turvata niin yliopisto- kuin keskussairaaloissakin.

Perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen ympärivuorokautisen päivystyksen tarjonta tulee jättää hyvinvointialueiden harkintaan.

Perustelut

Suomen Erikoislääkäriyhdistys kannattaa lainsäädännön muutosta, jonka mukaan kullakin hyvinvointialueella voisi olla yksi yliopistollinen sairaala tai keskussairaala.

Erikoissairaanhoidon tulee nyt taata työrauha. Sekä lääkäreiden, että hoitajien rekrytointi on hiljalleen parantunut julkisella puolella. Tätä ei saa vaarantaa uhkakuvilla muutoksesta sairaalan toimintaan tai jopa toiminnan lopettamisella.



Aiemmin tehdyt päätökset keskittämisestä sekä erikoissairaanhoidon päivystysten muutokset (laajan päivystyksen sairaala/päivystävä sairaala) ovat saaneet henkilökuntaa siirtymään muihin tehtäviin (lääkärit ja hoitajat) tai poistumaan alalta kokonaan (hoitajat).

Päivystysten keskittämistä ei ole seurannut tarpeenmukainen resursointi henkilöstöön ja tiloihin.

Suomessa on koulutettua terveydenhuollon henkilöstöä, mutta sen saatavuuteen vaikuttavat voimakkaasti työolosuhdetekijät, työkuorma työntekijää kohden, palkkaus ja joustojen puute.

Työnkuvaa sairaaloissa ei saa kaventaa olennaisesti. Hyvinvointialueiden tulee tehdä yhteistyötä YTA-alueen sisällä hoidonporrastuksen suhteen. Keskussairaaloissa tulee varmistaa lääkäreiden työn monipuolisuus ja mahdollisuudet kehittyä. Se on rekrytointivaltti ja vahvistaa työpaikan pitovoimaa. Päivystysten ylläpitämiseksi vaaditaan tietty lääkärimäärä. Lääkäreiden monipuolinen työ virka-aikana takaa turvallisen päivystyksen.

Päiväkirurgian ja lyhytjälkihoitoisen kirurgian kehitystyön tulee tapahtua ammattilaisten johdolla, eikä sitä tule rajoittaa asetuksella annettavalla toimenpidelistalla. Esitys rajaa monierikoisalaisen ympärivuorokautisen päivystyksen yliopistosairaaloihin tai yhteen keskussairaalaan kullakin hyvinvointialueella. Tämä olisi samalla edellytys anestesiaa ja leikkausaliolosuhteita vaativalle leikkaustoiminnalle.

Poikkeuksena pääsääntöön päiväkirurgiaa ja lyhytjälkihoitoista kirurgiaa voitaisiin kuitenkin toteuttaa nimetyissä muissa sairaaloissa (momentti 4) ja pienimuotoista toimintaa muissakin yksiköissä (momentti 5).

Lain perusteluosassa esitetään, että asetuksella tulotisiin säätämään *tyhjentävä lista* momenteissa 4 ja 5 sallituista toimenpiteistä. Tällaista listaa ei tule tehdä.

Toiminnalle tulee antaa ainoastaan riittävän väljät reunaehdot, joiden rajoissa toimenpiteiden soveltuvuuden arviointi ja kehitystyö tapahtuu asiantuntijoiden toimesta. **Jatkuvasti tapahtuvaa kehitystä ei tule rajoittaa.**

Numeerisista toimenpidemääristä ja synnytyismääristä tulee luopua. Tällöin erityislupahakumenettely loppuisi esimerkiksi synnytysten osalta.

Terveydenhuollon laatua ja potilasturvallisuutta tulee seuranta asianmukaisin rekisterein ja ohjauksen tulee tapahtua näiden pohjalta. Rekistereissä tulee huomioida yksiköiden toimenpidemäärien lisäksi yksittäisten lääkäreiden toimenpiteiden määrä. Keskussairaaloissa lääkärikohtainen toimenpidemäärä saattaa olla merkittävästikin suurempi kuin yliopistoklinikoissa. Hoitotulosten osalta keskeistä on ennen kaikkea yhteisten standardien noudattaminen.

Yli 1000 synnytyksen rajasta lupakriteerinä tulee luopua. Jo nyt erityislupa synnytysten hoitoon myönnetään maantieteellisin perustein. Tuhannen synnytyksen määrä on keinotekoinen. Voi kysyä, miten 980 tai 1020 synnytyksen yksiköt eroavat toisistaan.

Sairaaloille tulee taata työrauha niin synnytysten kuin leikkaustoiminnankin suhteen. Tärkeämpää on seurata laatua kuin yksittäistä numeerista arvoa.



Erikoislääkärikoulutus on jo nyt vaikeuksissa huonontuneiden resurssien johdosta. Lähiopetus ja riittävä ohjaus tulee turvata. Koulutuksen vaatiman päivystyksen tulee tapahtua ensisijaisesti samassa yksikössä.

Vastoin lakisesityksen perusteluosan arvioita, suunniteltu sairaalaverkon muutos tulee vaikeuttamaan erikoislääkärikoulutusta. Jo nyt resurssit erikoistuvien lääkäreiden opetukseen ja ohjaukseen ovat riittämättömät.

Keskussairaaloissa opettajia ovat kliinistä työtä tekevät erikoislääkärit. Heistä vain viidennekselle on varattu aikaa opetustehtävään. Keskittäminen ja toiminnan mahdollinen supistaminen keskussairaaloissa heikentää koulutuksen laatua.

Yliopistoklinikoissa erikoistumiskoulutus on useilla aloilla ruuhkautunut. Vaikka opinto-oikeuksia myönnetään, paikkoja erikoistuville ei vastaavalla tavalla avata. Koulutuksen eteneminen katkeilee, mikä kuormittaa erikoistuvan lääkärin arkea ja pirstaloi koulutuspolun.

Päivystys on keskeinen osa koulutusta niin operatiivisilla kuin konservatiivisilla aloilla, sillä valtaosa potilaista tulee sairaalaan sisään päivystyksen kautta. Koulutettavan lääkärin päivystystyötä ei voi hajauttaa toiseen sairaalaan.

Erikoislääkärikoulutuksen paikkasidonnaisuuden vähentäminen ja digitaalisuuden kasvattaminen ei ole realistista. Koulutus tapahtuu tiiviissä kliinisessä työssä seniorilääkärin ohjauksessa. Sitä ei voi siirtää pois potilaan ääreltä.

Lääkäreiden peruskoulutuksen resurssit tulee turvata niin yliopisto- kuin keskussairaaloissakin. Lääketieteellisten tiedekuntien sisäänottoa on kasvatettu yli 60% vuodesta 2000 alkaen, mutta perusopetuksen opettajia ei ole lisätty. Kliinistä opetusta on siirretty keskussairaaloihin (ns. klinikkaviikot), joissa myös raja opiskelijamäärän suhteen on tullut vastaan.

Laajojen teoreettisten opintojen lisäksi koulutuksen olennainen elementti on henkilökohtainen ohjaus potilaiden tutkimisessa ja hoidossa. Mahdolliset sairaalaverkon supistukset vähentävät koulutuspaikkoja ja lisäävät painetta yliopistosairaaloihin. Tuleville lääkäreille tulee taata riittävä koulutus ja mahdollisuus oppia potilaiden hoitoa erilaisissa toimintaympäristöissä.

Perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen ympärivuorokautisen päivystyksen tarjonta tulee jättää hyvinvointialueiden harkintaan. Näiden toimipisteiden määrää, sijaintia ja toimintatapaa ei tule säätää sitovasti, vaan hyvinvointialueille tulee jättää harkinnanvara. Joissakin tilanteissa myös ilman hoitosuunnitelmaa oleva potilas tulee voida ottaa vuodeosastolle myös yöaikaan, vaikka päivystys muutoin olisi vain sairaalansisäistä.